



HAL
open science

Contribution à l'étude de la préparation des personnels hospitaliers aux situations sanitaires exceptionnelles par une approche psycho-sociale

Marie Bossard

► To cite this version:

Marie Bossard. Contribution à l'étude de la préparation des personnels hospitaliers aux situations sanitaires exceptionnelles par une approche psycho-sociale. Psychologie. IMT - MINES ALES - IMT - Mines Alès Ecole Mines - Télécom, 2021. Français. NNT : 2021EMAL0009 . tel-03603638

HAL Id: tel-03603638

<https://theses.hal.science/tel-03603638>

Submitted on 10 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DES MINES D'ALÈS (IMT MINES ALÈS)

En Psychologie sociale

École doctorale Risque et Société

Laboratoire des Sciences du Risque

Contribution à l'étude de la préparation des personnels hospitaliers aux situations sanitaires exceptionnelles par une approche psycho-sociale

Présentée par Marie BOSSARD

Le 6 décembre 2021

Sous la direction de Gilles DUSSERRE et Karine WEISS

Devant le jury composé de

Gilles DUSSERRE, professeur, IMT Mines Alès

Karine WEISS, professeur, Université de Nîmes

Valérie FOINTIAT, professeur, Université d'Aix-Marseille

Estelle MICHINOV, professeur, Université de Rennes

Thémis APOSTOLIDIS, professeur, Université d'Aix-Marseille

Véronique CHRISTOPHE, professeur, Université de Lille

Laurent MATTATIA, Médecin anesthésiste, CHU de Nîmes

Thibaut STORY, Cadre de santé, CHU de Nîmes

Directeur de thèse

Directrice de thèse

Présidente

Rapportrice

Examineur

Examinatrice

Invité

Invité



Résumé

En réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE), la préparation de l'hôpital et de son personnel est nécessaire pour que les dispositifs de réponses à ces crises soient efficaces. Cependant, la littérature scientifique sur la préparation des personnels hospitaliers est relativement pauvre. C'est pourquoi la préparation est étudiée à travers 4 axes de recherche : (1) explorer le contenu représentationnel des personnels hospitaliers associé aux SSE et à leur préparation, (2) explorer la perception, des personnels hospitaliers, des risques relatifs aux SSE, (3) mesurer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers et identifier les facteurs qui y sont associés et (4) mesurer l'intention comportementale des personnels hospitaliers à se préparer aux SSE et identifier ses prédicteurs. Quatre études ont été menées pour atteindre les objectifs associés à ces axes de recherche. Ces études se basent sur des démarches qualitatives (entretiens semi-directifs et questionnaires d'évocations hiérarchisées) et quantitatives (questionnaires, avant/après le premier pic de la COVID-19, pandémie survenue au cours de ce travail de thèse). Les résultats montrent que la notion de SSE fait référence à des cognitions partagées, concernant des éléments de définitions, des exemples de situations, des éléments de pratique professionnelle et relatives à un champ lexical fonctionnel. Ces représentations semblent se baser sur l'image des situations de type plan blanc et des exemples d'événements passés. Elles semblent également catalyser les conflits institutionnels traversant l'hôpital. Les personnels hospitaliers semblent percevoir la SSE comme un risque lorsqu'elle est associée à un événement spécifique, sinon elle est perçue comme une procédure professionnelle. Le sentiment d'être prêt à gérer une SSE, différent de la perception de la préparation, dépend principalement du sentiment d'auto-efficacité personnelle, de la perception des collègues comme prêts et de la perception de la préparation personnelle. Les variables du modèle de la théorie du comportement planifié n'expliquent qu'une faible part de la variance de l'intention comportementale de se préparer aux SSE. Les résultats suggèrent une probable diminution de l'engagement professionnel après le premier pic de la COVID-19 chez les personnels hospitaliers. La validité et l'intérêt de ces travaux reposent sur une démarche écologique, de pluralisme théorique et méthodologique, intégrée dans une visée d'utilité sociale et sur un sujet encore peu étudié. S'ils permettent de proposer des recommandations concernant les freins organisationnels, la motivation des personnels hospitaliers et l'adaptation des formations, ils permettent aussi et surtout de poser de nouvelles questions. Ces travaux argumentent pour la

mobilisation d'une approche psycho-sociale pour ne plus limiter la préparation des personnels hospitaliers à son aspect technique.

Mots clés : Situation sanitaire exceptionnelle, Personnel hospitalier, Préparation, Représentations sociales, Perception du risque, Théorie du comportement planifié.

Abstract

The preparedness of the hospital and hospital workers is necessary for effective sanitary crisis response process. However, the scientific literature about the preparedness of hospital workers is relatively poor. This thesis studies preparedness through 4 research axes: (1) explore the representational content of hospital workers regarding sanitary crisis and preparedness, (2) explore hospital worker's perception of sanitary crisis-related risks, (3) measure the readiness perception among hospital workers and identify its predictors, (4) measure the behavioural intention to prepare for sanitary crises and identify its predictors. Four studies were conducted to achieve the objectives of these research axes. These studies are based on qualitative (semi-structured interviews and free association task) and quantitative (questionnaires, before/after the first wave of COVID-19, the pandemic that occurred during this thesis) approaches. Results show that sanitary crises refer to shared cognitions, about definitions, examples, elements of professional practice and relating to a functional lexical field. These representations seem to be based on the image of institutional processes and examples of past events and seem to show the institutional conflicts in the hospital. Hospital workers seem to perceive sanitary crises as a risk when it is associated with a specific event, otherwise it is perceived as a professional process. Readiness perception to manage sanitary crises is different from the perception of preparedness and depends mainly on the feeling of personal self-efficacy, the perception of colleagues as ready and the perception of personal preparedness. The factors of the theory of planned behaviour model explain only a small part of the behavioural intention to prepare for sanitary crises variance. Results suggest a probable decrease in work engagement after the first wave of COVID-19 among hospital workers. Validity and interest of this work is based on an ecological approach, theoretical and methodological pluralism, integrated into an aim of social utility and on a subject that is still under-researched. While based on the results, recommendations concerning organisational obstacles, the motivation of hospital workers and the adaptation of training are proposed, they also, and above all ask new questions. This work argues for the mobilisation of a psycho-social approach so as not to reduce the preparedness of hospital workers to its technical aspect.

Key words: Sanitary crises, Hospital workers, Preparedness, Social representation, Risk perception, Theory of planned behaviour.

Remerciements

Si la partie remerciement est une étape obligatoire, cela n'enlève en rien à l'authenticité de son intention. Ce travail de thèse, comme tout autre, ne peut se faire seul et je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, et de bien des manières, contribué à son élaboration.

En premier lieu — et c'est bien normal ! — je tiens à remercier ma direction de thèse. Je les remercie de m'avoir accompagnée tout en me laissant suffisamment d'autonomie, les échanges que nous avons eus tout au long de ce travail m'ont permis de développer ma posture professionnelle sans qu'elle ne me soit jamais imposée. Merci pour votre confiance. Plus particulièrement, à mon directeur de thèse, Gilles Dusserre, je te remercie de m'avoir incluse dans des projets, de m'avoir mise en contact avec de nombreuses personnes, tu as permis d'ouvrir beaucoup de portes. Merci pour la bienveillance dont tu as fait preuve, tu n'as pas été avare de compliments et c'est suffisamment rare pour être souligné ! À ma directrice de thèse, Karine Weiss, je te remercie pour ton humanité, qui m'a poussée à me sentir considérée et soutenue et d'avoir été disponible chaque fois que je te l'ai demandé. Ta simplicité a soulagé beaucoup de doutes ! Je suis reconnaissante d'avoir eu une telle direction de thèse, on n'a pas toujours cette chance !

Je tiens également à remercier les membres du jury Thémis Apostolidis, Véronique Christophe, Valérie Fointiat, et Estelle Michinov qui ont accepté de lire ces travaux, de les évaluer et d'échanger sur ces derniers au regard de leurs différentes expertises. Je remercie également les membres invités de ce jury, Laurent Mattatia et Thibaut Story, d'avoir accepté les mêmes tâches bien vous ne soyez pas, je le crois, fréquemment confrontés à ce type de document. Cette évaluation prend tout son sens grâce à vos expertises de terrain.

Je remercie également le laboratoire des sciences du risque et particulièrement l'équipe ISOAR ainsi que l'ancien LGI2P et leurs membres pour leur accueil non pas physique, mais symbolique. L'accompagnement des doctorants est de grande qualité, même à distance ! Les quelques rencontres que nous avons eues m'ont permis de m'enrichir auprès d'autres disciplines, dans une autre institution, et donc d'une autre façon de faire de la recherche.

Je remercie l'Université de Nîmes de m'avoir accueillie cette fois physiquement. Plus précisément les membres de la filière psychologie pour leur accueil et leur sympathie, à vos

côtés j'ai découvert le fonctionnement de la recherche et de l'enseignement. Avec certains j'ai découvert l'enseignement, merci aux étudiants pour leur bienveillance, ça aura été extrêmement enrichissant.

Je remercie l'École Doctorale 583, pour l'accompagnement proposé aux doctorants. Les deux années en tant que représentante des doctorants à cette instance m'ont permis de prendre conscience du fonctionnement du doctorat à un niveau plus large, et nous ont permis de nous investir pour mettre en pratique nos idées pour essayer d'améliorer les conditions de vie des doctorants. Les journées passées à l'organisation d'événements ou autre outil à cette fin ont été des réelles bouffées d'oxygène. Merci Julien d'avoir été mon binôme dans cette aventure-là, tu auras été une des plus belles rencontres pendant cette thèse, je crois et j'espère que notre collaboration ne s'arrêtera pas là !

Je remercie tous les doctorants de l'ED 583, et plus particulièrement ceux de GIS qui sont des personnes passionnantes et passionnées ! Les échanges entre sciences humaines et inhumaines ont pu être houleux, mais très enrichissants, continuons de nous mélanger, ça a du bon ! Et parce que les doctorants ce ne sont pas que des zombies dépressifs obsédés par leurs sujets, merci pour les moments de décompression et de rire, trop peu fréquents cependant parce qu'on a tous du travail... L'expérience de la thèse, peu importe les disciplines, nécessite à mon sens un soutien entre les doctorants et j'en ai trouvé ici, je vous en remercie sincèrement.

Je remercie tous les doctorants de la D217 et associés ! Sans vous ça n'aurait vraiment pas été pareil. Merci à Margaux pour tes conseils, ta sensibilité et ta douceur m'auront beaucoup apporté. Merci à Julien et Clément pour les échanges passionnés, que ce soit sur la psycho ou la politique, merci à Cécile d'avoir été là, tout simplement, que ce soit pour rire (beaucoup) et pleurer (un peu) tu as laissé un grand vide en partant, même tes bruits bizarres m'ont manqué ! Merci à Priscillia, même si les confinements ont rajouté à la solitude de la thèse, les bureaux virtuels ont été essentiels, merci pour ça. Merci pour tout le soutien émotionnel surtout en bout de course, et tes conseils et tes outils qui m'ont vraiment permis d'avancer ! Merci à Franck pour ton pragmatisme et ta simplicité. Merci à Julie d'être aussi drôle ! Merci à Barbara pour ton humour que j'adore et ces échanges de points de vue qui font du bien pour se remettre en question ! À vous trois merci pour votre soutien et bon courage à vous pour la suite...

Parce que l'expérience de la thèse n'est pas qu'une expérience professionnelle, je tiens à remercier tous mes proches, ma famille : ma mère, mon père, mes frères, mes belles-sœurs, mes neveux et nièces, mes beaux-parents, mes beaux-frères et les potes : les vieux potes (ceux

de la rive gauche, ceux de la rive droite et ceux qui s'enterrent en troglo) et les potes plus récents (ceux de psycho, ceux de la ville). En effet, vous avez toutes et tous, de loin ou de près, participé à l'élaboration de cette thèse, que ce soit par des relectures (mention spéciale à ma mère et à ma tante !), des gros gros gros coups de pouce sur l'anglais (mention spéciale à Rosie et Félicia !), des cobayes d'auditoires (mention spéciale à ma belle-famille !), des échanges sur le sujet en lui-même qui permettent de mettre à plat la thèse ou juste en étant un soutien moral, sans forcément le vouloir, en étant là, tout simplement. Et pour tous ceux qui l'ont enduré, merci pour votre soutien lors des quelques digressions émotionnelles dont j'ai fait preuve (mention spéciale à Sylvain et Lucie !). Certains parmi vous m'ont montré leur fierté ce qui m'a donné beaucoup de force et d'assurance et d'autres m'ont remis les pieds sur terre en rappelant que la vie ne s'arrête pas à son travail...

Je remercie évidemment celui qui aura été le plus impacté, je crois, par tout ça, merci à Dorian de m'avoir soutenue tout au long de ce travail. Merci de m'avoir suivie, au sens propre comme au sens figuré ! Ta confiance dans mes capacités et ton optimisme sans faille m'ont aidé à me lancer, à relativiser les nombreux moments de doutes, mais paradoxalement je te remercie surtout pour tous les moments où tu m'as fait oublier la thèse par ta joie de vivre, c'est, je crois, grâce à ça que tout s'est déroulé sans trop entacher ma santé mentale !

Pour finir, je voudrais remercier profondément l'ensemble des participants aux études de cette thèse. Prendre du temps pour répondre à des questionnaires peut être fastidieux, mais compte tenu de la période, votre mobilisation est d'autant plus remarquable. Le soutien de mes collègues et proches a été déterminant pour parvenir à constituer mes échantillons, un grand merci à vous, il est certain que ça n'aurait pas été possible sans vous !

Table des matières

Abstract.....	4
Remerciements	6
Table des matières	9
Table des tableaux	15
Table des figures	20
Introduction générale	24
1. CHAPITRE 1 : DEFINITION DES OBJETS D'ETUDES : LES SSE ET LES PERSONNELS HOSPITALIERS	28
1.1 Définition de la situation sanitaire exceptionnelle	29
1.1.1 Le débordement du système de santé	29
1.1.2 Qu'est ce qui fait risque des situations sanitaires exceptionnelles ?.....	31
1.2 Contextualisation socio-historique de l'hôpital et de son personnel	33
1.2.1 Un système en mutation.....	33
1.2.2 Tension de rôle chez les personnels hospitaliers	34
1.2.3 Les personnels hospitaliers : un groupe professionnel homogène ?.....	35
1.3 La préparation : définition et enjeux.....	37
1.3.1 Anticiper pour mieux gérer.....	37
1.3.2 Préparer l'hôpital : la préparation organisationnelle.....	39
1.3.3 Préparer l'hôpital : la préparation des professionnels.....	40
1.3.4 La préparation psychologique.....	42
1.3.5 Être prêt ou être préparé ?.....	42
1.4 État de la préparation des personnels hospitaliers aux situations sanitaires exceptionnelles	44
1.4.1 Niveau de préparation	44
1.4.2 Perception de la préparation	45
1.4.3 La préparation à la crise sanitaire de la COVID-19.....	47
2. CHAPITRE 2 : POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE	52
2.1 Le modèle de la théorie du comportement planifié	54
2.1.1 Définition de la théorie du comportement planifié.....	54
2.1.2 L'attitude envers le comportement	55
2.1.3 La norme subjective.....	56
2.1.4 Le contrôle comportemental perçu	57
2.1.5 L'intention comportementale.....	58
2.1.6 Intérêt du modèle de la théorie du comportement planifié dans notre contexte	58

2.2	La perception du risque	60
2.2.1	Définition et approches de la perception du risque.....	60
3.1.1.	Comment se forge la perception du risque ?.....	61
3.1.2.	De la perception à la représentation du risque	63
2.2.2	Perception du risque et comportements de préparation	64
2.3	Les représentations sociales	66
2.3.1	Définition, caractéristiques, fonctions et approches de la théorie des représentations sociales	66
2.3.2	L'émergence d'une représentation sociale	68
2.3.3	Organisation, transformation et conditionnalité d'une représentation sociale	69
2.3.4	Les représentations professionnelles	70
2.3.5	Intérêt de l'approche de la théorie des représentations sociales dans notre contexte	71
2.4	L'intérêt de la triangulation de ces approches et méthodes	73
3.	CHAPITRE 3 : LA PREPARATION COMME UN COMPORTEMENT SOCIALEMENT CONTEXTUALISE	78
3.1	Psychologie sociale et comportement	79
3.2	Une approche socio-cognitive : Le modèle de Paton (2003).....	80
3.2.1	Les variables précurseurs ou motivationnelles	82
3.2.2	La formation de l'intention	83
3.2.3	De l'intention aux comportements de préparation.....	85
3.2.4	L'intérêt du modèle socio-cognitif de la préparation dans notre contexte	86
4.	CHAPITRE 4 : PROBLEMATISATION.....	92
4.1	Pourquoi s'intéresser à la préparation des personnels hospitaliers aux situations sanitaires exceptionnelles ?	93
4.2	L'intérêt des choix épistémologiques.....	94
4.3	Objectifs de la thèse.....	96
4.4	Démarche opérationnelle	97
5.	CHAPITRE 5 : REPRESENTATIONS ASSOCIEES AUX SSE ET A SA PREPARATION	104
5.1	Objectifs de l'étude 1	105
5.2	Méthode.....	106
5.2.1	Participants.....	106
5.2.2	Procédure et outils	107
5.3	Résultats	109
5.3.1	Analyse du contenu thématique : la définition des SSE	109
5.3.2	Analyse du contenu thématique : la préparation aux SSE	118
5.4	Discussion	128

5.4.1	Résumé des résultats	128
5.4.2	Les situations sanitaires exceptionnelles sont-elles un objet de représentation sociale ?.....	128
5.4.3	Les situations sanitaires exceptionnelles : un objet de représentation professionnelle émergent ?	130
5.4.4	Quels sont les risques associés aux SSE ?	131
5.4.5	Vers une meilleure définition du sentiment d'être prêt à gérer les SSE .	132
5.4.6	Limites de l'étude 1	133

6. CHAPITRE 6 : STRUCTURE ET CONTENU DE LA REPRESENTATION ASSOCIEE AUX SSE 138

6.1	Objectifs de l'étude 2	139
6.2	Méthode.....	140
6.2.1	Participants.....	140
6.2.2	Procédure et outils	141
6.3	Résultats	144
6.3.1	Description du corpus	144
6.3.2	Analyse prototypique	144
6.3.3	Analyse de similitude.....	145
6.3.4	Catégorisation thématique	146
6.3.5	Différences entre professionnels.....	147
6.4	Discussion	150
6.4.1	Synthèse des résultats	150
6.4.2	Les situations sanitaires exceptionnelles : un objet de représentation professionnelle ?.....	150
6.4.3	Quelle pertinence pour le terme englobant « Situation sanitaire exceptionnelle » ?	151
6.4.4	Une pratique organisationnelle	152
6.4.5	Le lien entre la position institutionnelle et le contenu représentationnel	153
6.4.6	Limites de l'étude 2	154

7. CHAPITRE 7 : DU SENTIMENT D'ETRE PRET AUX SSE A L'INTENTION DE S'Y PREPARER 158

7.1	Objectifs de l'étude 3	159
7.2	Méthode.....	161
7.2.1	Participants.....	161
7.2.2	Procédure et outils	164
7.2.3	Analyse des données	173
7.3	Résultats	177
7.3.1	Représentation, perception du risque et implication personnelle liés à des événements potentiellement SSE	177

7.3.2	Le sentiment d'être prêt aux SSE	194
7.3.3	Le sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19	200
7.3.4	Application du modèle de la TCP.....	205
7.4	Discussion	210
7.4.1	Représentation, perception du risque et implication liés à des événements potentiellement SSE	210
7.4.2	Le sentiment d'être prêt aux SSE	214
7.4.3	Le sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19	218
7.4.4	Application du modèle de la TCP.....	221
7.4.5	Limites de l'étude 3	224
8.	CHAPITRE 8 : IMPACT DE L'EXPERIENCE DE LA COVID-19 SUR LA PREPARATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS AUX SSE	230
8.1	Objectifs de l'étude 4	231
8.2	Méthode.....	233
8.2.1	Participants.....	233
8.2.2	Procédure et outils	236
8.2.3	Analyse des données	240
8.3	Résultats	243
8.3.1	Représentations, perception du risque et implication personnelle liés aux événements potentiellement SSE	243
8.3.2	Le sentiment d'être prêt aux SSE	260
8.3.3	Le sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19	270
8.3.4	Application du modèle TCP	278
8.4	Discussion	284
8.4.1	Résumé des résultats et confrontation aux hypothèses de l'étude 3	284
8.4.2	Une diminution de l'engagement professionnel ?.....	291
8.4.3	L'effet de l'expérience acquise lors de la COVID-19 sur la perception de la préparation	293
8.4.4	Limites de l'étude 4	293
9.	CHAPITRE 9 : DISCUSSION GENERALE	297
9.1	Une démarche exploratoire, appliquée et de triangulation théorique et méthodologique	298
9.1.1	Axe 1 : Explorer le contenu représentationnel des personnels hospitaliers associé aux SSE et à sa préparation.....	301
9.1.2	Axe 2 : Explorer la perception du risque des personnels hospitaliers de la survenue des SSE et de l'impréparation.....	303
9.1.3	Axe 3 : Mesurer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers aux SSE et identifier les facteurs qui y sont associés	304

9.1.4	Axe 4 : Mesurer l'intention comportementale des personnels hospitaliers à se préparer aux SSE et identifier ses prédicteurs	305
9.2	Perspectives théoriques.....	307
9.2.1	Le sentiment d'être prêt : un concept à définir	307
9.2.2	L'adoption du comportement de préparation.....	309
9.2.3	TCP et représentations sociales : un lien à explorer	312
9.3	Perspectives pratiques	315
9.3.1	Des barrières techniques	315
9.3.2	Le rapport entre les personnels hospitaliers et les SSE	316
10.	REFERENCES	323
11.	ANNEXES	361
11.1	Guide d'entretien	362
11.2	Grilles d'analyses avec verbatims.....	364
11.3	Questionnaire d'évocation hiérarchisée (Procédure 1)	376
11.4	Questionnaire d'évocation hiérarchisée (Procédure 2)	378
11.5	Analyse prototypique et catégorielle en fonction de la méthode de recueil des données de l'étude 2	383
11.6	Catégorisation thématique des associations au terme « SSE »	386
11.7	Répartition des personnels hospitaliers de l'étude 3 en fonction de leur service	389
11.8	Questionnaire en ligne de l'étude 3.....	390
11.9	Répartition des personnels hospitaliers de l'étude 4 en fonction de leur service	414
11.10	Items supplémentaires de l'étude 4.....	415

Table des tableaux

Tableau 1 - Catégorisation des risques sanitaires auxquels les établissements de santé doivent se préparer (Direction de la santé & Direction de l'offre de soin, 2019).....	30
Tableau 2 - Croisement des axes de recherche et des études	98
Tableau 3 - Récapitulatif des opérations de recherches	99
Tableau 4 - Description de l'échantillon de participants entretiens semi-directifs ...	106
Tableau 5 - Grille d'analyse du contenu thématique partie 1 - représentations associées aux situations sanitaires exceptionnelles.....	109
Tableau 6 - Grille d'analyse de contenu thématique partie 2 - préparation aux situations sanitaires exceptionnelles.....	118
Tableau 7 - Description de l'échantillon des participants à la tâche d'évocations hiérarchisées	140
Tableau 8 – Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers (n=157).....	144
Tableau 9 – Indices de diversités et pourcentage d'hapax des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » en fonction de la catégorie professionnelle	147
Tableau 10 – Pourcentages des thèmes des associations à l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » par catégorie professionnelle.....	147
Tableau 11 – Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction du sexe et de l'âge (N=745)	161
Tableau 12 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur catégorie professionnelle (N=745).....	161
Tableau 13 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur famille professionnelle (N=745)	162
Tableau 14 - Répartition des personnels hospitaliers de l'étude 3 en fonction du genre et de l'âge	163
Tableau 15 - Fréquence d'occurrence des associations correspondant à 5 % et 10 % des populations en fonction de la condition	173
Tableau 16 - Indices de diversité et pourcentage d'hapax en fonction des populations et conditions	178

Tableau 17 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez les personnels hospitaliers (n=159)	179
Tableau 18 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez les personnels hospitaliers (n=132)	180
Tableau 19 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » chez les personnels hospitaliers (n=116)	180
Tableau 20 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez la population générale (n=250)	182
Tableau 21 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez la population générale (n=267)	183
Tableau 22 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » chez la population générale (n=227)	183
Tableau 23 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la perception du risque des risques « épidémie », « attentat », « catastrophe naturelle »	191
Tableau 24 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant la perception du risque des SSE des personnels hospitaliers et population générale	191
Tableau 25 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant l'implication personnelle liée aux SSE	192
Tableau 26 - Test t entre les moyennes des scores aux items concernant l'implication personnelle liée aux SSE des personnels hospitaliers et population générale.....	193
Tableau 27 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la perception de la préparation aux SSE	194
Tableau 28 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience	195
Tableau 29 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables testées, classées selon les quatre dimensions explorées	196
Tableau 30 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables de la perception des situations pouvant devenir des SSE	198
Tableau 31 - Corrélations de Pearson partielles pertinentes entre le sentiment d'être prêt et les autres variables corrélées initialement	199
Tableau 32 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la préparation à la COVID-19	201

Tableau 33 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt à la COVID-19 en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience	203
Tableau 34 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt à la COVID-19 et les variables individuelles, collectives et institutionnelles	204
Tableau 35 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant le modèle de la TCP.....	206
Tableau 36 - Corrélations de Pearson entre l'intention d'adopter un comportement de préparation et les dimensions de la TCP	207
Tableau 37 - Corrélations de Pearson entre l'intention d'adopter un comportement de préparation, la perception de la préparation et le sentiment d'être prêt	207
Tableau 38 – Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction du sexe et de l'âge (N=477)	233
Tableau 39 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur catégorie professionnelle (N=477)	233
Tableau 40 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur famille professionnelle (N=477)	234
Tableau 41 - Répartition des personnels hospitaliers en fonction du sexe et de l'âge (N=534)	235
Tableau 42 - Fréquence d'occurrence des associations correspondant à 5 % et 10 % des populations en fonction de la condition	240
Tableau 43 - Indices de diversité et pourcentage d'hapax en fonction des populations et modalités	244
Tableau 44 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez les personnels hospitaliers (n=165)	245
Tableau 45 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez les personnels hospitaliers (n=188)	246
Tableau 46 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » chez les personnels hospitaliers (n=181)	247
Tableau 47 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez la population générale, étude 4 (n=168)	247
Tableau 48 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez la population générale, étude 4 (n=168)	248

Tableau 49 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez la population générale, étude 4 (n=141).....	249
Tableau 50 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant la perception du risque des types d'événements étudiés des personnels hospitaliers et de la population générale en fonction de la population.....	257
Tableau 51 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant la perception du risque des types d'événements étudiés des personnels hospitaliers en fonction de l'étude 3 ou 4.....	258
Tableau 52 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant l'implication personnelle des types d'événements étudiés des personnels hospitaliers et de la population générale en fonction de la population	259
Tableau 53 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant l'implication personnelle aux types d'événements étudiés des personnels hospitaliers en fonction de l'étude 3 ou 4	260
Tableau 54 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la perception de la préparation aux SSE.....	261
Tableau 55 - Test t de Student et Welch entre les moyennes aux items concernant la perception de la préparation chez les personnels hospitaliers en fonction de l'étude 3 ou 4.	262
Tableau 56 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience.....	263
Tableau 57 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables testées, classées selon les quatre dimensions explorées.....	264
Tableau 58 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables de la perception des situations pouvant devenir des SSE	266
Tableau 59 - Corrélations partielles pertinentes entre le sentiment d'être prêt et les autres variables corrélées initialement	267
Tableau 60 – Moyennes et écart-types des scores aux items concernant la préparation à la COVID-19.....	271
Tableau 61 - Test t de Student et de Welch des scores aux items relatifs à la préparation à la COVID-19 en fonction de l'étude 3 ou 4.....	272
Tableau 62 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience.....	273
Tableau 63 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt à la COVID-19 et les variables individuelles, collectives et institutionnelles.....	274

Tableau 64 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant le modèle de la TCP.....	279
Tableau 65 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant le modèle de la TCP de l'étude 3 et 4.....	280
Tableau 66 – Corrélations de Pearson entre l'intention d'adopter un comportement de préparation, les dimensions de la TCP et la perception de la préparation	281
Tableau 67 - Grille d'analyse du contenu thématique avec verbatims partie 1 – représentations associées aux situations sanitaires exceptionnelles.....	364
Tableau 68 - Grille d'analyse du contenu thématique avec verbatims partie 2 – représentations associées à la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles.....	369
Tableau 69 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers provenant des entretiens (n=43)	383
Tableau 70 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers (n=114).....	384
Tableau 71 – Répartition des associations au terme « SSE » en fonction des catégories	386
Tableau 72 - Répartition des personnels hospitaliers en fonction de leur service (N=408).....	389
Tableau 73 - Répartition des personnels hospitaliers en fonction de leur service (N=534).....	414

Table des figures

Figure 1 - Le cycle des catastrophes d'après Alexander, 2002	37
Figure 2 - Modèle de la théorie du comportement planifié d'après Ajzen, 1991	55
Figure 3 - Modèle intégratif de la perception du risque d'après Renn (Renn, 2008 ; Renn & Rohrman, 2000).....	62
Figure 4 – Modèle de la théorie sociale cognitive appliquée aux comportements de préparation d'après Paton, 2003	81
Figure 5 - Analyse de similitude des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers (N=157)	146
Figure 6 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des médecins (N=30)	148
Figure 7 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des paramédicaux (N=65)	148
Figure 8 -Pourcentages des thèmes dans le corpus des cadres de santé (N=35)	149
Figure 9 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des administratifs (N=27)	149
Figure 10 - Nombre de patients atteint de la COVID-19 admis à l'hôpital en France du 16 mars 2020 au 15 février 2021	165
Figure 11 - Plan du questionnaire de l'étude 3	166
Figure 12 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « épidémie » des personnels hospitaliers (N=159).....	185
Figure 13 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « attentat » des personnels hospitaliers (N=132)	186
Figure 14 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » des personnels hospitaliers (N=116)	187
Figure 15 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « épidémie » de la population générale (N=250)	188
Figure 16 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « attentat » de la population générale (N=268).....	189
Figure 17 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » de la population générale (N=227).....	190
Figure 18 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer une SSE comme variable dépendante	200
Figure 19 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 comme variable dépendante	205

Figure 20 - Modèle de régression linéaire multiple avec l'intention comportementale comme variable dépendante	208
Figure 21 - Nombre de patients atteints de la COVID-19 admises à l'hôpital en France du 16 mars 2020 au 15 février 2021	237
Figure 22 - Plan du questionnaire de l'étude 4	238
Figure 23 - Graphe de l'analyse de similitude des associations de la condition épidémie des personnels hospitaliers (N=165)	251
Figure 24 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition attentat des personnels hospitaliers (N=188).....	252
Figure 25 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition catastrophe naturelle des personnels hospitaliers (N=181)	253
Figure 26 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition épidémie de la population générale (N=168).....	254
Figure 27 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition attentat de la population générale (N=168)	255
Figure 28 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition catastrophe naturelle de la population générale (N=141).....	256
Figure 29 - Modèle de régression linéaire multiple avec la perception de l'état de préparation personnel comme variable dépendante étude 4.....	269
Figure 30 - Modèle de régression linéaire multiple avec la perception de l'état de préparation personnel comme variable dépendante étude 4 et la crainte perçue	270
Figure 31 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 comme variable dépendante	276
Figure 32 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 comme variable dépendante avec toutes les variables	278
Figure 33 - Modèle de régression linéaire multiple avec l'intention comportementale de se préparer à gérer une SSE comme variable dépendante avec toutes les variables	282
Figure 34 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des participants des entretiens (N=43)	385
Figure 35 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des participants des questionnaires en ligne (N=114)	385

Abréviations

ARS = Agence Régionale de Santé

COVID-19 = COronaVirus Disease 2019

DPET = Disaster Preparedness Evaluation Tool

EPIQ = Emergency Preparedness Information Questionnaire

IHR = International Health Regulations

NRBC = Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique

SRAS = Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

SSE = Situation Sanitaire Exceptionnelle

TAR = Théorie de l'Action Raisonnée

TCP = Théorie du Comportement Planifié

Introduction générale

L'actualité internationale nous rappelle que l'humanité doit régulièrement faire face à des crises ayant des impacts sanitaires. En effet, des exemples récents soulignent l'importance de ces crises dans nos sociétés (*e.g.* la pandémie de la maladie à coronavirus de 2019 (ou COVID-19 pour CoronaVirus disease 2019), les attentats terroristes notamment depuis 2001, les tsunamis de 2004 et de 2011, l'incendie de l'usine Lubrizol en France en 2019, etc.). De surcroît, le réchauffement climatique implique l'augmentation de ces dernières (Bein et al., 2020). Alors, des mesures sont prises pour éviter leur apparition. Cependant, lorsque ces dernières n'ont pas suffi, il est nécessaire de gérer l'impact des crises. L'hôpital, en tant que service de santé publique, a le devoir de gérer ces crises. Or certaines crises en raison de l'afflux massif des victimes dans les hôpitaux entraînent une désorganisation de l'hôpital. Cette institution ne peut répondre à certaines d'entre-elles par ses procédures habituelles. Il doit mettre en place de nouvelles procédures pour la gestion de ces situations : le « plan blanc » est alors activé. Dans ce cas, l'hôpital parle de Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE). Définies récemment, ces situations mobilisent les personnels hospitaliers dans un mode dégradé. La mise en place des procédures pour y répondre nécessite l'efficacité des personnels hospitaliers. C'est pourquoi leur préparation à ces situations est considérée comme primordiale. Pourtant, la littérature montre que les personnels hospitaliers ne sont pas suffisamment préparés à ces situations. Cependant, cette littérature est disparate et peu d'études se sont intéressées à la préparation des personnels hospitaliers français à ces situations. La recherche s'est principalement axée sur la préparation déclarée. Les facteurs psychosociaux affectant la préparation sont étudiés dans la population générale. Cependant, peu d'études s'intéressent à l'impact de facteurs psychosociaux sur la préparation et le sentiment d'être prêt du personnel hospitalier aux SSE.

Cette thèse se propose notamment d'étudier plusieurs aspects de la préparation des personnels hospitaliers aux SSE avec une approche psycho-sociale. La première partie de la thèse s'attache à poser le contexte théorique de cette thèse. Le premier chapitre définit les principaux éléments de la thèse que sont la préparation, les personnels hospitaliers et dresse un bilan des recherches antérieures concernant la préparation aux SSE. Le second chapitre cadre l'approche épistémologique de la thèse à travers les trois grandes approches empruntées que sont la théorie des représentations sociales, la perception du risque et la théorie du comportement planifié. Le troisième chapitre propose au regard du modèle socio-cognitif de la

préparation de contextualiser le comportement de préparation aux SSE comme un comportement social, dépendant de variables socio-cognitives. Enfin le quatrième chapitre résume les éléments abordés dans les premiers chapitre afin de problématiser la recherche de cette thèse et de définir ses objectifs et sa démarche empirique.

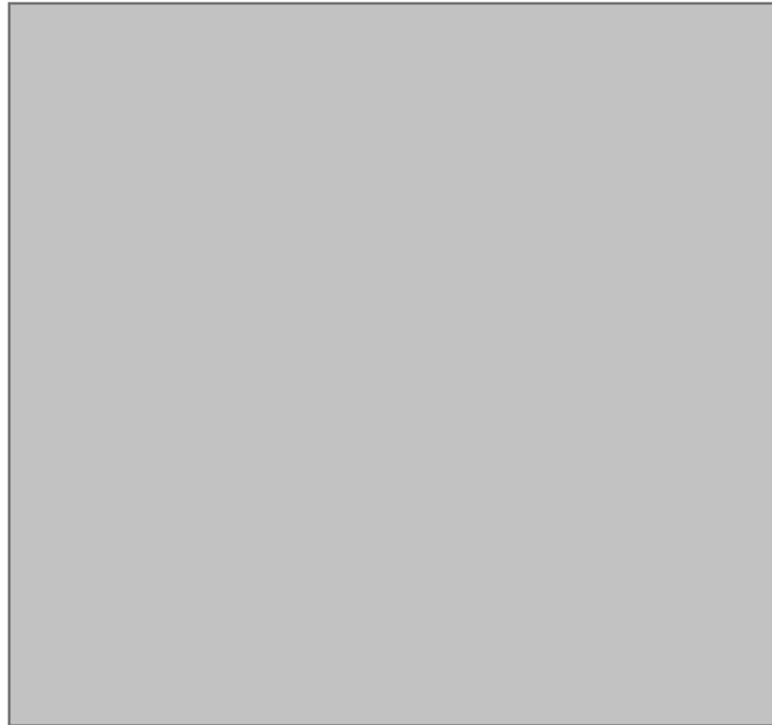
La seconde partie de la thèse présente les apports empiriques de cette thèse. Le chapitre 5 présente une étude basée sur 43 entretiens semi directifs permettant de mieux comprendre comment les personnels hospitaliers se représentent les SSE et leur préparation à ces situations. Le chapitre 6 présente une seconde étude basée sur 157 questionnaires d'évocations hiérarchisées permettant également d'étudier les représentations associées aux SSE chez les personnels hospitaliers. Ces deux études constituent un apport empirique en soit mais permettent également de construire les méthodes des études suivantes et d'analyser leurs résultats au regard des apports qualitatifs des deux premières études. Le chapitre 7 présente une troisième étude basée sur les données de 1153 répondants à un questionnaire en ligne, diffusé juste avant la première vague de la COVID-19. Cette étude permet d'étudier le sentiment d'être prêt et ses prédicteurs, l'intention comportementale à se préparer et ses prédicteurs selon la théorie du comportement planifié chez les personnels hospitaliers. Les représentations et perception du risque associés aux SSE sont également explorés par cette étude, à travers une comparaison entre les données issues de la population hospitalière et celles de la population générale. Le chapitre 8 présente une quatrième étude basée sur les données de 1011 répondants à un questionnaire en ligne, diffusé après la première vague de la COVID-19. Cette étude permet d'étudier l'effet de l'apparition d'une SSE de type pandémie sur les perceptions de la préparation, l'intention comportementale à se préparer aux SSE, les représentations et perceptions des risques associés aux SSE. Pour cela, la procédure est similaire à celle de la troisième étude.

Pour finir, le dernier chapitre de ce manuscrit résume les principaux apports de cette thèse, les interprète au regard de la littérature scientifique et conclut ce travail par des nouvelles propositions théoriques et des recommandations pour la pratique des personnels hospitaliers concernant leur préparation aux SSE.

PARTIE 1 : CONTEXTE

THEORIQUE DE LA THESE

1. CHAPITRE 1 : DEFINITION DES OBJETS D'ETUDES : LES SSE ET LES PERSONNELS HOSPITALIERS



1.1 DEFINITION DE LA SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

1.1.1 Le débordement du système de santé

L'hôpital ne disposait pas de terme commun officiel pour désigner les dangers, risques ou événements susceptibles de l'affecter avant l'apparition de l'expression « situation sanitaire exceptionnelle ». Ce n'est qu'avec la loi de santé publique de 2016 que cette expression est consacrée et donc considérée comme commune (Linde, 2018). La Direction Générale de la Santé définit une situation sanitaire exceptionnelle comme « la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise » (Direction générale de la santé — département des urgences sanitaires — bureau organisation et préparation, 2014). En 2019, le ministère de la Santé a publié un guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Selon ce dernier, lorsqu'un événement sanitaire qualifié de grave survient, les conséquences possibles sont soit une tension hospitalière soit une situation sanitaire exceptionnelle (SSE). La notion de tension hospitalière est décrite comme « une inadéquation entre le flux entrant de patients et les capacités immédiates de prise en charge de l'établissement. Elle peut être générée par un problème structurel et/ou conjoncturel. » (Direction générale de la santé & Direction générale de l'offre de soins, 2019, p.15). Alors qu'une SSE est définie comme suit : « La notion de SSE englobe toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins (événement à cinétique rapide de type attentat, ou accident grave) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Une SSE peut également résulter d'un événement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnels par leur ampleur, etc.) pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes. » (Direction générale de la santé & Direction générale de l'offre de soins, 2019, p.16).

Ainsi, on considère une SSE lorsque l'organisation du soin n'a plus la capacité de répondre aux exigences sanitaires en conservant son fonctionnement habituel. L'événement cause une

désorganisation du fonctionnement général des systèmes de santé. Une SSE agit en rupture avec le quotidien puisqu'elle nécessite la mise en place de procédures inhabituelles. Ces définitions permettent de spécifier les propriétés de la SSE : sa gravité, son ampleur, sa médiatisation, son imprévisibilité et son immédiateté.

Selon la Direction Générale de la Santé (2014), une situation sanitaire exceptionnelle peut prendre des formes diverses selon différents facteurs :

- (a) Sa nature : spécifiquement sanitaire ou aux répercussions sanitaires (*i.e.*, rupture d'approvisionnement en dispositifs médicaux ou produits de santé) ;
- (b) Son ampleur (*i.e.*, départementale, régionale, nationale ou internationale) ;
- (c) Son origine : nationale ou internationale ;
- (d) Sa dynamique : nécessitant des mesures de gestion d'urgence (*i.e.* attentat) ou, au contraire, relevant d'une temporalité plus lente (spécificité d'une crise à caractère sanitaire pouvant nécessiter une expertise particulière ou des investigations épidémiologiques par exemple) (Direction générale de la santé — département des urgences sanitaires — bureau organisation et préparation, 2014).

Le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des SSE présente les risques sanitaires auxquels « les établissements de santé doivent se préparer » (Direction générale de la santé & Direction générale de l'offre de soins, 2019, p.14). Ces types de situations sont classés selon la catégorisation du risque (*cf.* Tableau 1).

Tableau 1 - Catégorisation des risques sanitaires auxquels les établissements de santé doivent se préparer (Direction de la santé & Direction de l'offre de soin, 2019)

Catégorisation du risque	Typologie des situations à risque ou menaces
Afflux de blessés somatiques et psychiques	Accident de la route, aérien ou ferroviaire Accident de chantier Attentat (balistique, explosif, voiture bélier, piétinement, effondrement de structure...) Incendie Explosion Accident de travail « en masse » Émeute/rixes importantes
Afflux de malades notamment de personnes fragiles (personnes âgées, enfants)	Épidémie saisonnière (ex. grippe saisonnière, bronchiolite, toxi-infection alimentaire collective, etc.) Événement climatique (canicule, grand froid, pollution...)

Prise en charge de patients atteints par un agent NRC ¹	Accident ou attentat nucléaire (N), radiologique (R) ou chimique (C)
Dégradation du fonctionnement des installations	Incendie ou risque d'inondation qui menace l'établissement Panne électrique, risque de panne d'approvisionnement énergétique (ex. : coupure électricité, défaut d'approvisionnement en carburant) Panne téléphonique Rupture d'approvisionnement d'eau potable Action malveillante, menace d'attentat au sein de l'établissement Défaillance des systèmes d'information, cyberattaque
Infection associée aux soins	Fermeture d'une unité de production ou de soins (ex. : liée à la présence de légionelles, épidémie à Clostridium difficile)
Altération de l'offre de soins	Pénurie de médicaments ou de fluides vitaux Difficultés de circulation du personnel (ex. : épisode climatique intense, neige, inondation, cyclone, etc.)

1.1.2 Qu'est ce qui fait risque des situations sanitaires exceptionnelles ?

Le terme SSE est défini en fonction des capacités du système de santé. Il n'est pas défini par le type d'événement à l'origine du débordement de ce système. Ainsi, ces situations regroupent divers événements entraînant des conséquences sanitaires. Si les risques auxquels les établissements de santé doivent se préparer ont été catégorisés (*cf.* Tableau 1), ce n'est pas leurs caractéristiques qui font la SSE. Ainsi, lorsque les personnels hospitaliers se préparent à une SSE, ils se préparent à une situation organisationnelle qui correspond à une inadéquation entre les moyens habituels et les besoins pour gérer la situation. Ils ne se préparent donc pas systématiquement à un événement précis (*i.e.* pandémie de la COVID-19), mais à des types d'événements potentiellement SSE (*i.e.* une épidémie). Le risque correspond donc à l'apparition

¹ Ce document n'intègre pas les risques Biologique dans l'expression NRC. Il est plus classique de considérer les risques «NRBC» ou «Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique» (Ministère des Solidarités et de la santé, 2021).

d'un événement qui entraîne des conséquences que l'hôpital ne peut pas gérer dans son système dit normal. Ainsi, dans le cadre de ces travaux, nous considérons la survenue d'une SSE comme un risque, peu importe l'événement source de cette situation.

Certains auteurs, compte tenu de la variété des types de catastrophes et de l'incertitude associée à ces situations, font le choix de proposer un modèle, ou du moins une lecture multi-événements des mécanismes motivant les comportements de préparation comme le préconise Paton (Paton, 2019). Le terme SSE renvoie à cette conception puisqu'elle ne se définit pas par l'événement en lui-même, mais par une évaluation des capacités du système de santé à y faire face. Cependant, il est important de noter que les types d'événements entraînant potentiellement des SSE renvoient à des systèmes représentationnels distincts, entraînant des comportements potentiellement différents. Ainsi, Guterman différencie les réactions psychologiques entre les attentats et les catastrophes naturelles. Ces différences s'expliqueraient par trois caractéristiques : (1) la cause (événements dus à de mauvaises intentions humaines vs événements asociaux), (2) la prédictibilité (caractère soudain, pouvant s'abattre partout vs caractère relativement prévisible grâce à la technologie, que ce soit spatialement ou temporellement), (3) l'évaluation de l'événement (évitable car attribué à un groupe d'individus, ordre social bousculé vs inévitable, déchaînement de la force de la nature (Guterman, 2005). Ces différenciations s'opèrent également chez les personnels de santé qui sont par exemple moins volontaires pour se présenter au travail pour des risques chimiques ou épidémiques, que pour une catastrophe naturelle, en raison d'une peur de contamination pour soi et sa famille (Qureshi, 2005).

1.2 CONTEXTUALISATION SOCIO-HISTORIQUE DE L'HOPITAL ET DE SON PERSONNEL

La santé détient une place centrale dans notre société, l'apparition d'un risque sanitaire conduit à un sentiment d'urgence politique et social majeur (Herzlich & Pierret, 2010). Dans ce contexte, les personnels hospitaliers sont un groupe structurant pour la société qui, comme tout groupe professionnel, partage des valeurs et des représentations (Dubar, 2014). L'organisation des pratiques de soin est révélatrice des représentations des soignants à propos du service de santé et de leur conception de l'institution qu'est l'hôpital (Herzlich, 1973). C'est pourquoi une contextualisation socio-historique de l'hôpital et du groupe professionnel des personnels hospitaliers est nécessaire pour aborder ce travail de thèse.

1.2.1 Un système en mutation

L'hôpital est défini par le Larousse comme un « Établissement public ou établissement privé ayant passé certaines conventions avec l'État et où peuvent être admis tous les malades pour y être traités » (Larousse, 2020). L'hôpital est à la fois une administration et un lieu de soins (Belorgey, 2018). Le fonctionnement des administrations publiques se base sur trois notions que sont : (1) l'honnêteté et l'équité, (2) l'économie et la parcimonie et (3) la fiabilité, la robustesse et la survie (Hood, 1991). L'hôpital n'est pas exempt de ces trois familles de valeurs puisqu'il vise la non-discrimination des patients, une gestion efficace des budgets de santé publique et à être accessible aux citoyens en terme spatial et temporel (Belorgey, 2018). En tant que lieu de soin, l'hôpital a une visée curative, du niveau de l'organe spécifique, de l'individu dans sa globalité et à la santé publique, mais également préventive, à ces différents niveaux (*ibid*). Cette définition est primordiale pour comprendre les fortes tensions institutionnelles que traverse l'hôpital depuis les années 1980, à la suite de nombreuses réformes (Domin, 2015). Ces mutations prennent source dans le concept de la « Nouvelle Gestion Publique » (ou « New Public Management »), qui lui-même s'inscrit dans le mouvement néolibéral des années 1970. Ce dernier, en rupture avec une gestion centralisée de l'état du service public entraîne sa mutation en lui appliquant des fonctionnements de gestion provenant du secteur privé (Lane, 2000). La nouvelle gestion publique a connu une large diffusion dans les pays occidentaux et a été appliquée aux services de santé, en Europe comme

en France (Simonet, 2011). Un auteur propose de parler de capitalisation de l'hôpital, puisque ces nouvelles logiques de gouvernance ne se contentent pas de l'équilibre comptable, mais impliquent une recherche de rentabilité (Juven, 2018). Il s'agit cependant d'une tendance et non d'un fonctionnement hégémonique. En effet, l'application de ces logiques de gouvernance à l'hôpital fait l'objet de résistances en France. Les praticiens ont tendance à rejeter les changements de paradigmes qui accompagnent ces réformes, plus particulièrement la conception gestionnaire de la médecine (Domin, 2015). Selon Ogien, l'activité médicale contient deux dimensions : la fonction sociale et le droit à la santé. La première concerne le soin et la seconde « l'engagement des pouvoirs publics à assurer la meilleure protection sanitaire à leurs citoyens » (Ogien, 2000, p.140). C'est pourquoi les questions de santé ne peuvent ignorer leur portée morale, politique et financière. En ce sens s'opposent deux conceptions de la médecine : l'une médicale et l'autre gestionnaire. Or, la conception gestionnaire entraîne des rejets, car elle place le médecin comme un « offreur de soins » et le patient comme un « chiffre ». C'est cette conception qui provoque du rejet (Ogien, 2000).

1.2.2 Tension de rôle chez les personnels hospitaliers

On assiste donc à une mutation de l'hôpital en raison de la nouvelle gestion publique avec une modification de l'activité (*e.g.* tarification à l'acte qui conduit à une recherche de rentabilité et de compétitivité) et du pouvoir décisionnaire (plus de places accordées aux managers). Les personnels hospitaliers se trouvent alors dans une situation de tension entre les logiques publiques et privées, les premières ayant pour objectif la satisfaction de l'intérêt général et les secondes la recherche de rentabilité (Rivière et al., 2013). Plus encore, ils sont en tension entre deux visions de leur activité, l'une médicale et l'autre gestionnaire (Ogien, 2000). Ces divergences peuvent être source de tension de rôle (Kahn et al., 1964) pour les professionnels de santé. Les tensions de rôle émergent lorsqu'un individu, dans le cadre de son activité, est sujet à des attentes de diverses sources (les siennes, celles des supérieurs hiérarchiques, des collègues, de la société, etc.). Face à ces attentes qui peuvent être contradictoires, des tensions de rôle, définies comme le « sentiment qu'éprouve une personne dans une situation où il lui est difficile, voire impossible, de répondre à toutes ces attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui les formulent » (Royal & Brassard, 2010, p. 27) peuvent apparaître. Les cadres de santé particulièrement vivent ces tensions de rôle (Rivière et al., 2013). Ils ont en effet un positionnement en mutation, puisqu'on

leur attribue un rôle de manager, incluant la gestion des équipes et des budgets (Franchistéguy-Couloume, 2015). Les tensions de rôle peuvent entraîner un stress professionnel (Jackson & Schuler, 1985 ; Örtqvist & Wincent, 2006). Des études ont montré empiriquement ce lien chez les infirmiers (Miyata et al., 2015) et les cadres de santé (Rivière, 2019).

1.2.3 Les personnels hospitaliers : un groupe professionnel homogène ?

Comme en témoignent des recherches sur des types de professions internes à l'hôpital comme les directeurs d'hôpitaux (Schweyer, 2001), les médecins de la douleur (Baszanger, 1990), ou encore pour les infirmières hospitalières (Feroni, 1994), on peut diviser le groupe personnel hospitalier en différents groupes professionnels que l'on peut étudier en tant que tels. Sainsaulieu (2006), au cours d'un travail reposant sur plus de 400 entretiens semi-directifs, montre par exemple qu'il peut exister différentes appartenances collectives au sein de l'hôpital, comme les unités de soins ou services, ou encore les types de professions, notamment les médecins ou infirmiers. Le caractère hiérarchisé de l'hôpital est également un facteur de division en sous-groupes d'appartenance. Plusieurs rapports de domination sont prégnants à l'hôpital. Ces derniers prennent racine dans des rapports de domination propres à la société. On observe alors une hiérarchisation dépendante par exemple du genre, de l'ethnie, du niveau de diplôme ou de différenciation entre les travaux « manuels » vs. « intellectuels » (Sainsaulieu, 2006). Au-delà des rapports de domination classiques, on observe également une hiérarchisation basée sur les représentations professionnelles ; les relations entre professionnels hospitaliers, au-delà du cadre officiel, sont dictées par le pouvoir informel (Véga, 1997). La répartition du travail par le « sale boulot »² hiérarchise ainsi les professions, il définit par exemple le rôle des aides-soignants, qui consiste à défaire de ce « sale boulot » les professionnels avec un statut plus élevé (Arborio, 1995). En outre, ces professions à qui l'on lègue le sale boulot sont fréquemment occupées par des femmes, non-blanches, peu ou pas diplômées à l'inverse des médecins, fréquemment hommes blancs et, de fait, fortement diplômés (Sainsaulieu, 2006).

² On considère que la profession est divisée en tâches valorisantes et non valorisantes. Selon Hugues (Hughes, 1951), le « sale boulot » représente l'ensemble des activités désagréables, faisant objet de dévaluation sociale (Lhuillier, 2005).

Cependant, la pratique hospitalière est une pratique de santé particulière, et l'hôpital est un lieu de culture organisationnelle et professionnelle (Fortin & Knotova, 2013). Il existe un sentiment d'appartenance de la communauté hospitalière, moins saillant cependant. Ce dernier se concentre autour de valeurs et de pratiques associées à la relation avec les patients, la « philanthropie », ainsi que l'appartenance à un service public de santé, et plus particulièrement autour de la mission publique de l'hôpital. Dans ce cadre, tous les services et professions sont confondus, excepté pour les services administratifs qui ne sont pas considérés comme des « soignants » (Sainsaulieu, 2006).

1.3 LA PREPARATION : DEFINITION ET ENJEUX

1.3.1 Anticiper pour mieux gérer

La préparation est une phase essentielle dans la gestion de crise. Le cycle des situations de crise est un modèle linéaire classiquement utilisé dans la gestion des crises. Ce modèle distingue les différentes phases de la crise (avant, pendant et après la crise) et les interventions qui y sont associées (atténuation, préparation, réaction et rétablissement) (Twigg, 2015). Afin de l'illustrer, la figure réalisée par Alexander est traduite ci-après (Alexander, 2002, p. 6) (cf. Figure 1).

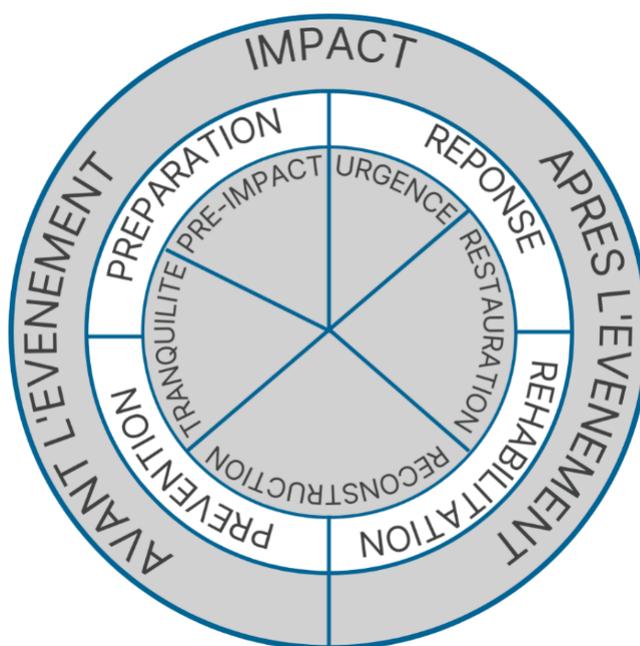


Figure 1 - Le cycle des catastrophes d'après Alexander, 2002

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la préparation est l'ensemble des « Connaissances et capacités des gouvernements, des organismes d'intervention et de redressement, des communautés et des personnes, qui leur permettent d'anticiper les impacts d'une multitude d'événements probables, imminents ou en cours, d'y riposter et de se redresser efficacement. La préparation est le produit d'une combinaison de planification, d'allocation de

ressources, de formation, d'exercices et d'organisation, pour créer, maintenir et améliorer les compétences opérationnelles basées sur l'évaluation des risques.» (OMS, 2015). La préparation aux crises sanitaires s'inscrit dans un contexte international depuis 2007. L'*International Health Regulations* (IHR), contraint juridiquement 196 pays, dont la France. Il impose la mise en place de mesures pour gérer les crises de santé publique. Ces dernières consistent à se préparer par la prévention, la détection, la vérification, l'évaluation et la réponse à ces crises (Organisation Mondiale de la Santé, 2008). À partir de ce règlement, le e-SPAR (State Party Annual Report) est un outil d'auto-évaluation qui permet de déterminer l'état des capacités définies par l'IHR par pays (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). En France, au niveau national, un des défis les plus importants est la capacité «Cadre national pour les situations d'urgence sanitaire», impliquant plus précisément d'élaborer un «inventaire et la cartographie des ressources existantes du secteur de la santé pour l'action d'urgence» (Organisation Mondiale de la Santé, 2021).

Depuis quelques années, nous assistons dans nos sociétés à un changement de paradigme quant à la gestion des situations de crise : l'objectif n'est plus d'éviter les aléas, mais de réduire leurs conséquences. Le paradigme du risque zéro a été remplacé par celui de la société résiliente (Quenault, 2013). Ce glissement, daté du début du XXI^e siècle impose de repenser la gestion des risques, jusque-là centrée sur la réduction de l'aléa vers une gestion centrée sur le renforcement des ressources des communautés à rebondir face à un risque (Manyena, 2006). La résilience d'un système de santé fait référence à sa capacité à absorber les perturbations, à s'adapter et à réagir en fournissant les services nécessaires (Kruk et al., 2015). Si la notion de société résiliente fait débat, en raison de sa définition confuse (Turenne et al., 2019) et parce qu'elle serait plus relative à une idéologie culturelle qu'à un concept scientifique (Jore, 2020), il n'empêche que la demande de résilience persiste. Ainsi, des axes d'amélioration de la résilience des systèmes de santé sont identifiés, tels que la planification et la préparation aux crises futures (Barasa et al., 2018). Ce paradigme entraîne donc des attentes vis-à-vis des services de soins : ils doivent se préparer à la crise pour en limiter les dégâts. En effet, les systèmes de santé permettent, par leur réorganisation et le maintien de leur service, d'atténuer la déstabilisation de la société (Linde, 2018).

1.3.2 Préparer l'hôpital : la préparation organisationnelle

En raison de cette demande de préparation et de gestion des SSE, l'hôpital a développé des procédures de gestion de crise. La constitution de procédures a pour objectif d'accueillir de nombreuses victimes à l'hôpital. Elle prend ses racines dans les organisations préhospitalières. L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris a mis en place le premier dispositif appelé « plan blanc » qui vise la mobilisation rapide des hôpitaux après avoir eu à gérer une succession d'attentats terroristes dans les années 1980 et 1990. Ce premier dispositif organisait les missions préhospitalières puisqu'il s'agissait d'organiser la prise en charge des victimes sur place avec la constitution d'un poste médical avancé afin d'orienter les patients dans les différents hôpitaux compétents. L'accident du stade de Furiani à Bastia en 1992 faisant plus de 2000 blessés et l'explosion de l'usine d'AZF en 2001, faisant plus de 2500 blessés ont confirmé la nécessité de concevoir une prise en charge non seulement préhospitalière, mais également hospitalière (Carli & Telion, 2014).

Puis, en 2014, l'état a mis en place un système de réponse aux SSE : le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). Ce dispositif piloté par l'ARS vise à organiser les systèmes de santé à la gestion de tous types de SSE. Ceci en proposant une coordination régionale des dispositifs préexistants dans les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux (Direction générale de la santé & Direction générale de l'offre de soins, 2019). Le dispositif ORSAN permet une coordination des réponses des établissements de santé. Tous les établissements de santé doivent mettre en place un dispositif de réponse interne, générique et structuré. Ce procédé interne doit pouvoir être mis en place dès que la gestion courante est inopérante. Il est composé d'une cellule de crise hospitalière qui commande l'établissement lors de l'événement. Il offre une réponse préparée en amont. Ce dispositif dispose de deux niveaux. Le premier niveau appelé « plan de mobilisation interne » et le niveau deux appelé « plan blanc » (présenté dans le paragraphe précédent). Le premier niveau concerne « un phénomène ayant a priori un impact limité sur l'offre de soins au sein de l'établissement nécessitant une gestion adaptée sectorielle » alors que le second niveau concerne : « un événement ayant un impact majeur sur l'offre de soin ». C'est le deuxième niveau qui permet la gestion SSE (Direction générale de la santé & Direction générale de l'offre de soins, 2019, p.29). Depuis la circulaire de 2002, les établissements

hospitaliers ont l'obligation de se munir d'un « Plan blanc » (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2002).

Le plan blanc organise la mobilisation de tous les moyens humains et logistiques nécessaires. Ce dispositif est conçu pour répondre aux besoins de l'événement tout en maintenant l'offre de soins habituelle de l'hôpital (Direction générale de la santé & Direction générale de l'offre de soins, 2019). Plus précisément, le plan blanc traite de son déclenchement : sa mise en œuvre et sa levée ; de la mise en place d'une cellule de crise : sa composition et son fonctionnement ; la mobilisation des ressources de soins (le rappel des personnels, le stock du matériel, la capacité d'hospitalisation), l'accueil et l'orientation des victimes (parcours de soins des urgences absolues et des urgences relatives, admission au service d'accueil des urgences, à la salle de surveillance post-interventionnelle, à la réanimation), la communication (en interne et en externe avec la famille et les médias), l'organisation de la circulation (plan d'accès externe, plan de circulation et de stationnement internes), la sécurisation du site, le confinement de l'établissement, le plan d'évacuation de l'établissement, les mesures spécifiques des risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (décontamination et circuit patient) et de la formation (les exercices de préparation) (Jouffroy et al., 2016).

1.3.3 Préparer l'hôpital : la préparation des professionnels

La réponse organisationnelle qu'offre le plan blanc est primordiale lors de la gestion des SSE. Cependant, l'efficacité de la réponse aux SSE ne dépend pas uniquement de la qualité des dispositifs et leur respect rigoureux, mais également des personnels hospitaliers. Plus précisément de la façon dont ces dispositifs sont mis en œuvre par les individus (Combalbert, 2012 ; Conseil National pour la Science, 2008). En effet, ses compétences, son engagement et sa motivation sont essentiels pour faire face à ces SSE (Barasa et al., 2018). Les recherches qui se sont intéressées à la préparation individuelle de la population hospitalière se sont principalement attachées à évaluer leur niveau de connaissances et de compétences. Il existe quelques outils pour les évaluer tels que la « Disaster Preparedness Evaluation Tool » (DPET) (cf. Tichy et Bood, 2009, cité par Al Khalaileh et al., 2010) ou encore l'« Emergency Preparedness Information Questionnaire » (EPIQ) (cf. Garbutt et al., 2008). D'après une revue de la littérature, des études montrent que les exercices d'urgence impliquant les soignants sont

efficaces pour améliorer leurs connaissances, les compétences techniques médicales et la confiance des participants et les procédures. Ces exercices augmentent la perception de la préparation des participants et la compréhension de leur propre rôle et de celui de leurs partenaires. Si l'efficacité de la préparation individuelle est donc attestée, peu d'études montrent l'impact de ces améliorations sur la réponse réelle aux SSE (Skryabina et al., 2017). De plus, il n'y a pas de consensus clairement établi dans la littérature sur la définition de la préparation des personnels hospitaliers et ses outils de mesures.

Ainsi, afin de mieux définir la préparation individuelle des personnels hospitaliers, la littérature concernant la population générale peut apporter des pistes. Leur préparation aux catastrophes est définie comme « les connaissances, compétences, aptitudes et actions nécessaires pour réagir et se préparer à une menace, réelle ou présumée, liée à la chimie, de nature radiologique, nucléaire, biologique ou explosive, un incident naturel ou d'origine humaine »³ (Slepski, 2005, p.426). Diverses recherches sur la préparation ont tenté de proposer des classifications des éléments constituant la préparation et leur mesure. En 1995, des auteurs ont proposé que la préparation à des tremblements de terre soit constituée de trois dimensions : la survie (acquisition matérielle et apprentissage de techniques pour les premiers secours), la planification (activités de préparation cognitive et comportementale permettant l'acquisition de ressources, comme la constitution de procédures familiales ou la souscription à des assurances par exemple) et l'atténuation des risques au niveau structurel (sécuriser et renforcer le logement et son contenu) (Russell et al., 1995). En plus de ces dimensions, Paton a ajouté les dimensions suivantes : psychologiques (améliorer son adaptabilité et celle de son groupe), le renforcement des capacités de la communauté (anticiper avec les membres de son groupe), les moyens de subsistance (répondre aux besoins en terme économique), et le renforcement des capacités des organismes communautaire (collaborer avec les institutions et autres organismes à un niveau supérieur de la communauté, pendant le rétablissement et la reconstruction) (Paton, 2018). Selon ces définitions, on peut distinguer la préparation organisationnelle de la préparation individuelle, cette dernière étant composée d'un volet concernant l'acquisition des compétences et d'un autre concernant la préparation psychologique.

³ Traduit de l'anglais « the comprehensive knowledge, skills, abilities, and actions needed to prepare for and respond to threatened, actual, or suspected chemical, biological, radiological, nuclear or explosive incidents, man-made incidents, natural disasters, or other related event » (Slepski, 2005, p.426)

1.3.4 La préparation psychologique

Reser serait le premier à évoquer la préparation psychologique, en 1996. Par la suite, la majorité de la littérature sur le sujet de la préparation psychologique associée aux catastrophes résulte de sa collaboration avec Morrissey (Boylan, 2016). Ils définissent la préparation psychologique comme « une préparation intra-individuelle et l'état psychologique de conscience, d'anticipation et de préparation, c'est une capacité interne, amorcée, d'anticipation, d'identification pour gérer sa réponse psychologique dans une situation d'urgence » (Reser & Morrissey, 2009, p. 14). L'objectif de la préparation psychologique est de se préparer afin de gérer ses émotions et de conserver ses performances comportementales et ses facultés cognitives lors de la survenue de la situation de crise (Reser, 1996 cité par Boylan & Lawrence, 2020). La préparation psychologique est complémentaire à la préparation technique. Elle permet de gérer l'anxiété associée à la situation et ainsi de mettre en place plus efficacement les comportements nécessaires (Reser & Morrissey, 2009). De plus, une bonne préparation psychologique est liée à une meilleure préparation matérielle (Every et al., 2019 ; Malkina-Pykh & Pykh, 2013). Elle est en effet associée à une gestion plus efficace du stress, une perception de contrôle plus élevée et à une probabilité moindre de développer des troubles de santé mentale (Roudini et al., 2017).

Boylan et Lawrence (2020) ont réalisé une revue de la littérature sur la préparation psychologique individuelle de la population générale concernant des risques naturels. Cette revue traite de documents publiés entre janvier 2000 et janvier 2019. Ils indiquent que la plupart des études s'intéressant à la préparation mettent l'accent sur la préparation technique et très peu sur la préparation psychologique. Ainsi, la définition de cette notion est floue et non consensuelle. De plus, il n'existe actuellement pas d'outil de mesure suffisamment étayé pour mesurer la préparation psychologique. En effet, les propriétés psychométriques des outils développés ne sont pas analysées et ne semblent pas mesurer de façon fiable les caractéristiques définies par les auteurs principaux (Boylan & Lawrence, 2020).

1.3.5 Être prêt ou être préparé ?

Le manque de consensus dans la littérature sur la définition de la préparation et son évaluation rend nécessaire de mieux définir la préparation individuelle et de dépasser l'étude

de la préparation technique et organisationnelle. Dans ce contexte, il apparaît également indispensable de distinguer ici 4 notions :

- (a) La préparation réelle ;
- (b) La préparation déclarée ;
- (c) La perception de la préparation ;
- (d) Le sentiment d'être prêt.

La distinction entre ces notions est complexe. À notre connaissance, il n'en existe pas de conceptualisation théorique. Aussi, nous en retenons les définitions suivantes :

- (a) La préparation réelle, d'après Slepski (*cf.* partie 1.3.3, p.40) correspond aux compétences, aptitudes, connaissances et actions nécessaires mis en œuvre pour se préparer à réagir à une SSE.

(b) La préparation déclarée est définie comme la description des personnels hospitaliers de leurs comportements de préparation ; cela peut consister en la description d'avoir participé à des formations, ou lu le plan blanc.

(c) La perception de la préparation est définie comme la perception des individus à propos de leur préparation réelle. Il ne s'agit pas de sa seule description, mais de son jugement, son évaluation au regard de son efficacité. Cela peut consister par exemple en la perception de sa préparation réelle comme suffisante pour gérer une SSE.

(d) Le sentiment d'être prêt fait appel à une perception d'un état personnel. Il ne s'agit pas d'une évaluation comme la perception de la préparation, mais d'un éprouvé. Cela peut consister par exemple à se sentir prêt à gérer une SSE. Le sentiment d'être prêt ne se baserait pas uniquement sur l'évaluation de l'efficacité de la préparation (la perception de la préparation), mais aussi sur d'autres éléments relatifs au soi ou au contexte social. Ainsi, il serait possible se sentir prêt sans préparation et inversement.

Ces distinctions permettent de mieux définir la préparation individuelle et de mieux l'évaluer. Ce travail de thèse, basé sur ces propositions, apportera, au fur et à mesure de ses contributions empiriques, des étaiements concernant ces définitions.

1.4 ETAT DE LA PREPARATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

1.4.1 Niveau de préparation

Concernant les personnels de santé en règle générale, une seule revue de la littérature s'intéresse à leur préparation aux SSE. Elle dénombre 36 publications et indique que les personnels de santé en règle générale ne sont pas suffisamment préparés pour gérer une SSE. Cependant, ce niveau de préparation dépend du type de situation. Plusieurs études montrent par exemple que les infirmiers se perçoivent moins bien préparés à des risques biologiques (Gowing et al., 2017). Des études menées au Yémen, en Italie, en Éthiopie et en Chine démontrent que les connaissances des professionnels de santé en matière de gestion des catastrophes et des urgences sont insuffisantes (Berhanu et al., 2016 ; Naser & Saleem, 2018 ; Paganini et al., 2016 ; Su et al., 2013). Des études s'intéressent spécifiquement à la préparation des médecins généralistes (non hospitaliers). Ils sont motivés à fournir des services de soins en cas de pandémie (Lauer et al., 2008 ; Shaw et al., 2006 ; Wong et al., 2008) et se perçoivent suffisamment préparés (Wong et al., 2008). Cependant, ces derniers manquent de formation, d'information et d'équipements matériels pour répondre à ce type de crise (Lauer et al., 2008 ; Shaw et al., 2006). De plus, ils s'inquiètent de leur propre santé et de l'ostracisme social dont eux et leur famille pourraient faire l'objet (Wong et al., 2008). Enfin, ils n'ont pas suffisamment de temps pour se préparer correctement à ce type de risque (Lauer et al., 2008).

Au niveau international, concernant les infirmiers, deux revues de la littérature évaluent leur niveau de préparation à une SSE. La première dénombre 17 publications. Certaines études utilisent des échelles validées pour l'évaluer : l'EPIQ ou le DPET. D'autres développent des échelles non validées. Cependant, toutes montrent que les infirmiers sont faiblement à modérément préparés à la gestion de SSE (Labrague et al., 2018). La seconde revue répertorie 12 publications et fait le même constat. Elle indique que les infirmiers ont un niveau de préparation insuffisant concernant leurs connaissances, attitudes, compétences, et leur préparation psychologique (Said & Chiang, 2020). Selon une étude de la portée de 2020, les

soins infirmiers en cas de gestion de crise sont encore considérés comme une nouvelle spécialité qui demande encore à être développée. Les infirmiers manquent encore de formations sur ce sujet et ces dernières ne sont pas suffisamment efficaces (Al Harthi et al., 2020).

En France, peu d'études s'intéressent à la préparation des personnels hospitaliers. L'une d'entre elles, réalisée dans un centre hospitalier de Gironde montre que si presque tous les participants déclarent connaître le document du plan blanc, la majorité ont des difficultés à le définir et à identifier leur rôle en cas de son déclenchement (Lae & Grange, 2008). Une seconde étude réalisée dans un centre hospitalier de la Somme montre que la majorité des participants estiment être mal informés sur le plan blanc (Ammirati et al., 2008). Une troisième étude réalisée dans un centre hospitalier du Rhône montre que la majorité des participants n'ont jamais pris connaissance du document du plan blanc, ne connaissent pas leur rôle ou le lieu où ils doivent aller en cas de SSE. Seulement la moitié de ces participants ont été formés théoriquement et peu d'entre eux ont participé à un ou des exercice(s) de simulation de plan blanc (Malfroy et al., 2016). Une quatrième étude réalisée dans plusieurs centres hospitaliers de Gironde, uniquement avec des médecins, cadres de santé et infirmiers des services d'urgence adultes, montre que plus de la moitié des participants sont formés théoriquement et la moitié des participants ont participé à un exercice de simulation de situation type plan blanc. Selon les critères des auteurs, seulement un tiers des participants possèdent un bon niveau de connaissances sur le plan blanc. Cependant, la grande majorité des participants savent définir le plan blanc, mais les résultats suggèrent que leurs connaissances des pratiques attendues lors du déclenchement d'un plan blanc sont largement insuffisantes (Wrobel, 2017).

Ainsi, peu d'études portent sur la préparation des personnels de santé aux SSE et encore moins sur celle des personnels hospitaliers. Cependant, celles existantes convergent vers le constat d'une préparation inadéquate et de connaissances insuffisantes de ces derniers à l'égard des SSE.

1.4.2 Perception de la préparation

Bien que la définition ne soit pas clairement établie dans la littérature, cette partie présente les études portant sur la perception de la préparation selon notre définition. Deux études menées en Chine ont étudié la préparation perçue. La première inclut des personnels impliqués dans la préparation aux situations d'urgence de l'hôpital, que ce soit des médecins, infirmiers ou autres

paramédicaux. La majorité des participants considèrent que leur institution est en mesure de répondre à une SSE. À cet item, les infirmiers ont des scores plus élevés que les médecins et autres paramédicaux. Les participants sont plus susceptibles de percevoir leur établissement comme préparé s'ils estiment que leurs superviseurs et leurs collègues sont préparés. Un tiers des participants se sentent prêts à faire partie d'une équipe d'intervention en cas de SSE et les infirmiers sont plus favorables à cette participation que les médecins et les autres paramédicaux. Un tiers également des participants se perçoivent comme suffisamment préparés. Cette perception dépend de différents facteurs : la supervision (le fait de considérer leurs superviseurs comme capables de les diriger, et préparés et la perception de leur institution comme préparée), l'expérience antérieure, l'entraînement, le support familial et le support des pairs (Lim et al., 2013). La seconde étude inclue des médecins et infirmiers. Un tiers des participants se percevaient comme préparés et perçoivent leur ville comme préparée, un peu moins de la moitié perçoivent leur lieu de travail comme préparé. La perception de la préparation du lieu de travail, la durée de la pratique et la volonté de répondre à une crise sanitaire sont associées à la perception de leur préparation personnelle comme adéquate (Lam et al., 2018).

Une étude réalisée en Pologne montre que les médecins ne se perçoivent pas suffisamment préparés. Les auteurs expliquent cette perception faible par le manque de formation à la gestion de ce type de situation et par leur perception de leur institution comme peu préparée (Goniewicz et al., 2020).

Une étude menée aux Etats-Unis montre que la participation antérieure à une catastrophe majeure et l'auto-régulation prédisent significativement la compétence perçue à propos des comportements des infirmiers alors que la satisfaction professionnelle ne prédit pas significativement leur compétence perçue. Par ailleurs, les infirmiers de cette étude ont indiqué qu'ils percevaient avoir une compétence faible ou moyenne pour répondre aux catastrophes (Baack & Alfred, 2013). Une autre étude réalisée aux États-Unis montre que la majorité des personnels hospitaliers s'attendent à faire face à une catastrophe au cours de leur carrière. Ils estiment que les catastrophes les plus probables sont d'abord les catastrophes naturelles, puis les catastrophes industrielles et pour finir les attentats terroristes. Dans cette même étude, la majorité des participants ne se sentent pas prêts à diriger une initiative de gestion des catastrophes. La majorité des participants déclaraient être intéressés par la participation à des formations de préparation. Cependant, les obstacles à cette préparation sont : le manque de temps, la disponibilité des ressources, l'accès aux experts, l'obtention d'exercices de scénarios et le manque d'intérêt (Walczyzyn et al., 2016).

Une recherche exploratoire française a montré que certains cadres de santé hospitaliers déclarent appréhender la gestion d'une SSE et estiment leurs compétences insuffisantes pour agir lors de SSE (Story, 2017). Cette recherche ne peut être généralisable en raison du nombre de sujets interrogés (12 sujets). Elle illustre cependant une inquiétude des acteurs de santé hospitaliers, susceptibles de devoir gérer des SSE dans le cadre de leur activité professionnelle. D'ailleurs dans une autre étude Française, seulement la moitié des personnels hospitaliers des urgences interrogés pensent avoir une bonne capacité d'adaptation lors du déclenchement d'un plan blanc (Wrobel, 2017).

Là encore, peu d'études portent sur la perception de la préparation des personnels hospitaliers aux SSE. Cependant, celles existantes montrent que les personnels hospitaliers ne se sentent pour la plupart pas suffisamment préparés pour gérer une SSE. Cette perception dépendrait de divers facteurs tels que la perception de la préparation de l'institution, l'expérience, le support des pairs et de la famille ou du type de situation source de SSE.

1.4.3 La préparation à la crise sanitaire de la COVID-19

En décembre 2019, un coronavirus hautement pathogène pour l'homme a été découvert en Chine (Huang et al., 2020). Cette maladie est appelée maladie à coronavirus 2019 ou COVID-19 (l'acronyme de « coronavirus disease 2019 »). Rapidement, l'épidémie de la COVID-19 s'est transmise au monde entier. Elle a été considérée le 11 mars 2020 comme une pandémie et une urgence internationale (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). L'apparition de la COVID-19 en 2020 a fait émerger une impressionnante littérature sur la préparation des personnels hospitaliers à ce type de crise sanitaire. Une revue de la littérature a été réalisée jusqu'en juillet 2020 (cf. Hesaraki et al., 2020) et une méta-analyse internationale a été réalisée (cf. Bhagavathula et al., 2020). Bien que spécifique à un type de crise, cette littérature permet d'évaluer la préparation et les facteurs qui y sont associés pour une crise sanitaire émergente. La revue de littérature s'arrêtant au 30 juillet 2020 montre que 28 études se sont intéressées aux connaissances et aux attitudes des personnels hospitaliers sur la pandémie de la COVID-19 en 2020. Sur toutes les études, 72 % des participants rapportent une connaissance considérée comme suffisante par les auteurs à propos de la COVID-19. Il y a des différences entre les pays : les études réalisées en Iran, Turquie et Inde faisaient état par exemple de niveaux de connaissance plus faibles (Hesaraki et al., 2020). Certains auteurs montrent que la quasi-totalité des participants présente une préparation inadéquate (Elhadi et al., 2020) ou moyenne (Al-

Ashwal et al., 2020). Des études se sont également intéressées à la confiance que les participants ont dans leurs propres capacités à prendre en charge les patients. Elles font majoritairement état d'un sentiment de confiance moyen, voire faible, de la part des participants quant à leurs capacités à prendre en charge des patients potentiellement atteints de la COVID-19 (Al-Ashwal et al., 2020 ; Elhadi et al., 2020 ; Olum et al., 2020 ; Prescott et al., 2020). La méta analyse de 2020 a étudié 16 articles publiés de janvier à mai 2020. Les résultats montrent que 57 % des professionnels de santé interrogés avaient des connaissances erronées concernant la COVID-19. De plus, les professionnels mettaient l'accent sur l'hygiène des mains, mais pas suffisamment sur le port du masque (Bhagavathula et al., 2020). En France, une étude a interrogé les chefs de service de services d'urgence de France sur leur préparation à la COVID-19 du 7 au 11 mars 2020. Les résultats montrent que 20 % des participants ne perçoivent pas leur service capable d'assurer les missions d'accueil des patients susceptibles d'être atteints de la COVID-19. Les services des urgences ayant le score de préparation le plus élevé sont les services adultes, universitaires et ceux avec plus de 60 000 visites par an. Cependant, tous les services montrent des scores de préparation moyens. De plus, les services semblent avoir de faibles capacités de préparation dans un contexte de pré-crise (Casalino et al., 2020). Une étude européenne a été réalisée avant le début de la crise sanitaire (de février à mars 2020). Elle s'est intéressée à la perception de la préparation des médecins impliqués dans les réseaux de surveillance sentinelle⁴ français, belge et espagnol. Les résultats montrent que la moitié des participants se perçoivent suffisamment préparés. Cette perception est liée au pays (les Espagnols se perçoivent plus préparés que les autres), au sexe (les hommes se perçoivent plus préparés que les femmes), la perception des mesures prises par les autorités comme efficaces, un niveau élevé de connaissances liées à la COVID-19 alors qu'une inquiétude relative à la pandémie forte ou moyenne influence négativement cette perception (Guerrisi et al., 2021).

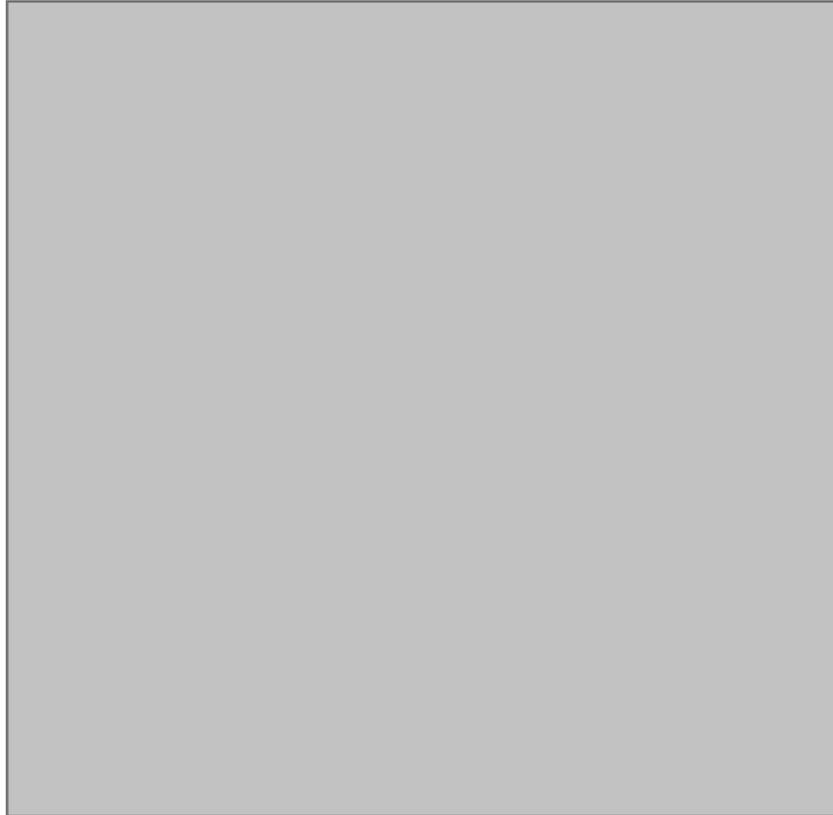
Les résultats de ces différentes études sont difficiles à comparer, car comme précisé dans les parties antérieures de ce chapitre, il n'existe pas de consensus sur la définition exacte de la préparation des personnels hospitaliers et sur les outils pour la mesurer. Ainsi, les méthodes employées sont hétérogènes, de même que les conclusions : pour un même score, certains auteurs le considèrent comme satisfaisant et d'autres comme insuffisant.

⁴ Les réseaux sentinelles de médecin sont des groupements de médecins généralistes qui ont un objectif de recherche et de veille sanitaire (Réseau sentinelles, 2021).

À RETENIR

La SSE fait référence à une inadéquation entre les capacités de prise en charge du système de santé et la demande de la situation : l'organisation du soin n'a plus la capacité de répondre aux exigences sanitaires en conservant son fonctionnement habituel. Depuis les années 1980, deux conceptions de la médecine font muter l'hôpital : l'une médicale et l'autre gestionnaire. Une modification de l'activité et du pouvoir décisionnaire apparaît. Les personnels hospitaliers se trouvent dans une situation de tension entre les logiques publiques et privées. Ce groupe se fonde sur des valeurs et pratiques associées à la relation avec les patients, la « philanthropie » et la mission publique de l'hôpital. Des procédures telles que le plan blanc sont prévues pour se préparer aux SSE et en limiter les dégâts. Cependant, l'efficacité de la réponse aux SSE dépend également des personnels hospitaliers. Ainsi leur préparation aux catastrophes, définie comme « l'ensemble des compétences, aptitudes, connaissances et actions nécessaires pour réagir et se préparer à une menace, réelle ou présumée, liée à la chimie, de nature radiologique, nucléaire, biologique ou explosive, un incident naturel ou d'origine humaine » (Slepski, 2005, p.426) est primordiale pour leur gestion. Nous distinguons dans cette thèse la préparation réelle ; la préparation déclarée ; la perception de la préparation et le sentiment d'être prêt. Il est difficile d'établir un consensus dans la littérature sur l'état de préparation des personnels hospitaliers aux SSE tant les outils de mesures et les niveaux d'acceptabilité sont diversifiés. Cependant, la littérature semble pencher vers une préparation insuffisante des personnels hospitaliers aux SSE. Les rares études portant sur la perception de la préparation montrent des résultats variés ne permettant pas d'établir de généralités.

2. CHAPITRE 2 : POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE



La psychologie sociale appliquée à l'étude de la préparation des personnels hospitaliers aux SSE présente plusieurs intérêts. La notion même de SSE prend place dans un contexte socio-politique particulier. La santé, et particulièrement les risques sanitaires, constituent une préoccupation majeure dans nos sociétés (Herzlich & Pierret, 2010). De même, les personnels hospitaliers, en tant que membres de l'institution qu'est l'hôpital et en tant que professionnels, ont une importance sociale au cœur de nos sociétés. Ce contexte social est appréhendé grâce à l'approche de la psychologie sociale. En sa dimension sociologique (la psychologie sociale dite sociologique, développée plus particulièrement en Europe), elle permet une compréhension des phénomènes étudiés en conservant un regard compréhensif de leur position sociale : « d'où ils parlent ». Plus encore, le regard ternaire de Moscovici permet une prise en compte des relations entre l'égo (l'individu), l'alter (autrui, concret ou symbolique) et l'objet (Moscovici, 1984). Ainsi, le rapport que les individus entretiennent avec la préparation aux SSE dépend de leur insertion sociale, mais également de l'inscription sociohistorique des SSE. Il s'agit ici en effet de prendre en compte les idéologies associées à cet objet. Les SSE, ancrées dans un contexte professionnel, sont associées à une pratique, mais également à un contexte politique, notamment les décisions institutionnelles et gouvernementales encadrant la préparation des personnels hospitaliers.

La psychologie sociale, en prenant en compte l'insertion collective des individus, s'est montrée pertinente pour la compréhension des comportements, notamment lors de situations complexes telles que les SSE. En effet, il s'agit de situations où l'incertitude règne en raison de l'impossibilité pour l'individu d'en connaître l'ensemble des paramètres, des tenants et aboutissants (Morin, 1990). Dans ces situations, les comportements des individus vont dépendre de ses perceptions. Ainsi, la psychologie sociale, avec notamment la théorie des représentations sociales et les travaux sur la perception du risque, permet de comprendre les processus représentationnels et perceptifs précédant les comportements. De même, la théorie du comportement planifié intègre les croyances parmi les éléments de compréhension des comportements. Elle a, par le passé, permis de guider des actions concrètes de promotion de changement comportemental.

Si ce positionnement épistémologique est important, et que le choix d'une utilisation d'approches épistémologiques multiples constitue en soi un intérêt, il ne constitue cependant pas le cœur de la thèse. Ce travail de thèse adopte en effet une démarche de recherche appliquée, s'appuyant sur les apports de la psychologie sociale pour analyser un phénomène afin de promouvoir un changement de comportement ou de situation (Fischer, 2010).

2.1 LE MODELE DE LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE

2.1.1 Définition de la théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié a pris ses racines dans la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) développée par Ajzen et Fishbein en 1975. Cette dernière vise à étudier le lien entre croyances et comportements (Fishbein & Ajzen, 1975) : d'une part, les croyances comportementales engendrent des attitudes envers le comportement, et d'autre part, les croyances normatives engendrent des normes subjectives. Ces deux facteurs influencent le comportement par le biais de l'intention comportementale, qui constitue le meilleur prédicteur du comportement (Ajzen & Fishbein, 1970). Ajzen complète la TAR et développe la Théorie du Comportement Planifié (TCP) en y ajoutant la notion de contrôle comportemental. Ainsi, les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu influencent l'intention comportementale. Puis, l'intention prédit le comportement. Cependant, le contrôle comportemental a également un effet direct sur l'adoption du comportement (Ajzen, 1991). Plus précisément, les croyances comportementales sont constituées des croyances sur les conséquences et les caractéristiques du comportement ; les croyances normatives sont constituées des croyances sur les attentes des autres individus ; les croyances de contrôle sont constituées des croyances sur les facteurs qui peuvent empêcher ou au contraire favoriser le comportement. Des évaluations proviennent de ces croyances, une attitude favorable ou défavorable vis-à-vis du comportement (croyance comportementale), une pression sociale perçue ou non (croyance normative), une perception de contrôle comportemental (croyance de contrôle). Ces évaluations entraînent la formation de l'intention comportementale. L'intention comportementale prédit à son tour l'adoption du comportement. Cependant, il est nécessaire que le contrôle comportemental soit suffisamment effectif pour que le comportement soit réalisé. C'est pourquoi le contrôle comportemental a un effet sur l'intention et sur le comportement (Ajzen, 2002) (*cf.* figure 2).

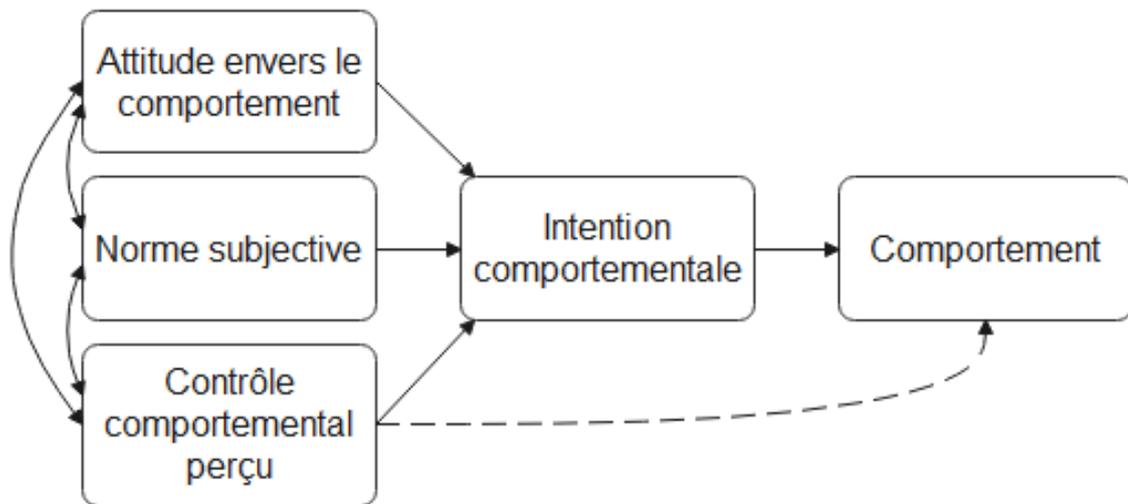


Figure 2 - Modèle de la théorie du comportement planifié d'après Ajzen, 1991

Plus récemment, le modèle de la TCP a été enrichi par la division de sous-composantes des trois facteurs que sont les attitudes, les normes et le contrôle comportemental perçu (Ajzen & Fishbein, 2005 ; Conner & Norman, 2005). Le facteur correspondant aux normes est composé des normes descriptives et injonctives (Cialdini et al., 1990). Le facteur correspondant aux attitudes est composé des attitudes instrumentales et expérientielles. Les attitudes instrumentales font référence aux effets du comportement alors que les attitudes expérientielles font référence à un jugement à propos de l'expérience de l'adoption du comportement (Ajzen & Driver, 1992 ; Crites et al., 1994). La dimension contrôle comportemental est composée de la confiance dans l'exécution du comportement, de sa capacité et la perception du degré de contrôle sur le comportement, son autonomie (Ajzen, 2002). D'après une méta-analyse, ce nouveau modèle est plus prédictif de l'intention comportementale et du comportement dans le cadre des comportements de santé (McEachan et al., 2016).

2.1.2 L'attitude envers le comportement

Il existe plusieurs définitions de l'attitude en psychologie sociale tant c'est une notion d'importance dans cette discipline. Pour Ajzen et Fishbein, une attitude désigne « l'évaluation d'un objet, d'un concept ou d'un comportement selon une dimension favorable ou défavorable, bonne ou mauvaise, apprécié ou non »⁵ (Ajzen & Fishbein, 2000, p. 3). Pour ce modèle, les

⁵ Traduit de l'anglais « evaluation of an object, concept, or behavior along a dimension of favor or disfavor, good or bad, like or dislike » (Ajzen & Fishbein, 2000, p. 3)

auteurs se basent sur la théorie de Fishbein (1963) à propos des attitudes qui postule que l'attitude tire son origine des croyances sur l'objet et des attributs associés à l'objet. L'attribut est défini comme une cognition associée à l'objet, par exemple, les formations (objet) augmentent ma préparation (attribut). Les attitudes se forment de manière automatique lorsque les individus sont exposés à de nouvelles informations sur les attributs de l'objet (Fishbein, 1963). Lors de la production des comportements, les individus se basent sur leurs croyances comportementales, mais plus précisément selon 3 mécanismes : (1) La probabilité subjective, qui est définie par la probabilité que l'objet détient un attribut. Ainsi, plus les individus pensent que l'objet détient cet attribut, plus la croyance est forte. Par exemple, les individus peuvent estimer qu'il est probable que le comportement de préparation via la formation (objet) augmente les capacités de prise en charge en cas de SSE (attribut) ; (2) La valeur positive ou négative associée à l'attribut associé au comportement, par exemple, les individus peuvent estimer qu'il est positif d'augmenter ses capacités de prise en charge en cas de SSE ; (3) l'accessibilité des croyances, qui est définie par la facilité de récupération en mémoire de la croyance, et donc son activation, puisque toutes les croyances ne sont pas mobilisées en même temps de la même façon. Par exemple est ce que les individus associent spontanément l'augmentation des capacités de prises en charge à ce comportement de préparation qu'est là participation à une formation. C'est l'association de ces trois mécanismes qui détermine en partie l'adoption ou non du comportement (Ajzen & Fishbein, 2000).

2.1.3 La norme subjective

Les normes sociales sont des prescriptions de comportements partagées au sein de groupes sociaux. Elles se divisent en deux catégories : les normes sociales individuelles et les normes sociétales. Les normes sociétales (ou collectives ou encore réelles) sont définies par la prévalence et la force des normes sociales dans un groupe. Les normes individuelles (ou perçues ou encore subjectives) sont définies par la perception des individus des normes sociétales au sein de son groupe social (Rimal & Lapinski, 2015). Ainsi, dans la théorie du comportement planifié, ce sont bien les normes individuelles qui sont étudiées.

Il est également nécessaire de différencier les normes injonctives des normes descriptives. Les normes injonctives correspondent à l'approbation d'un comportement au sein d'un groupe social alors que les normes descriptives sont définies comme la prévalence du comportement en question au sein du groupe (Cialdini et al., 1990). Si, au début de sa théorie,

Ajzen faisait plutôt référence à des normes injonctives (*cf.* Ajzen, 2002), la littérature mobilisant cette théorie a parfois mesuré les normes descriptives. Il est donc important de différencier ces deux types de normes lors de l'exploration de la littérature à ce sujet. En effet, d'après la littérature, la norme injonctive semble plus prédictive de l'intention que la norme descriptive. Cependant, selon le comportement cible, les liens entre ces facteurs varient. Enfin, ces deux types de normes sont des constructions conceptuellement différentes qui méritent d'être mesurées séparément (Manning, 2009).

2.1.4 Le contrôle comportemental perçu

« Le contrôle comportemental perçu indique simplement le degré subjectif de contrôle sur l'exécution du comportement lui-même »⁶ (Ajzen, 2002, p. 668). Il est donc défini comme la croyance en ses capacités d'exécution d'un comportement et non en la croyance de l'efficacité du comportement lui-même. Le contrôle comportemental a un double effet : sur l'intention et sur l'adoption du comportement. En effet, le contrôle comportemental perçu a dans un premier temps été ajouté à la TAR pour prendre en compte les situations où l'intention seule ne suffit pas. Les auteurs prennent l'exemple d'une personne qui souhaite obtenir un travail : si son comportement de postuler est contrôlable de façon interne, l'acquisition du poste en question est dépendante de facteurs externes sur lesquels l'individu n'a pas de contrôle. Concernant son effet sur l'intention comportementale, les auteurs postulent qu'un niveau de contrôle comportemental perçu élevé renforce l'intention comportementale, et augmente la « force de persévérance » (Ajzen, 2002).

Les auteurs mettent en lien la notion d'auto-efficacité et le contrôle comportemental perçu. Si l'on définit l'auto-efficacité comme étant la perception de sa capacité de contrôle sur son propre fonctionnement et les événements de sa vie, elle est très différente du contrôle comportemental perçu qui s'intéresse à un comportement en particulier. Cependant, si l'on définit l'auto-efficacité comme étant la perception de sa capacité à organiser et exécuter des actions pour arriver à un résultat, alors elle est semblable au contrôle comportemental perçu tel que défini par Ajzen. En effet, ces deux notions peuvent être définies comme la perception de l'individu de ses capacités à exécuter un comportement (Ajzen, 2002). Cependant, il est nécessaire de distinguer la croyance sur la contrôlabilité (le comportement dépend de moi) et

⁶ Traduit de l'anglais : « Perceived behavioral control simply denotes subjective degree of control over performance of the behavior itself » (Ajzen, 2002, p. 668)

l'auto-efficacité (la facilité ou difficulté d'exécution du comportement). La contrôlabilité a un effet direct sur l'adoption du comportement, mais ce n'est que lorsqu'elle est associée à des variables d'auto-efficacité qu'elle a un effet sur l'intention comportementale. Dans ce modèle, la notion de contrôle comportemental perçu est composée de l'auto-efficacité et de la contrôlabilité. De plus, ces deux composantes sont associées à des croyances reflétant des attributions externes et internes concernant la perception de la contrôlabilité du comportement (Ajzen, 2002).

2.1.5 L'intention comportementale

L'intention comportementale résulte des facteurs présentés précédemment. Elle est définie comme étant le fait de prévoir ou de vouloir s'engager dans un comportement (Ajzen, 1991). L'intention comportementale est particulièrement pertinente lorsque l'on s'intéresse à des comportements qui ont besoin d'être planifiés, et qui sont réalisés de façon volontaire. La causalité entre l'intention comportementale et l'adoption du comportement a été démontrée, même si elle n'est pas seule variable explicative de l'adoption du comportement (Webb & Sheeran, 2006).

2.1.6 Intérêt du modèle de la théorie du comportement planifié dans notre contexte

L'applicabilité de la TCP a été largement démontrée. En effet, Sutton a réalisé une méta-analyse afin d'évaluer l'efficacité des modèles de la TAR et de la TCP pour prédire les intentions et comportements de santé. Les résultats montrent que les modèles expliquent 40 à 50 % de la variance des intentions comportementales et 19 à 38 % de la variance des comportements (Sutton, 1998). Une autre méta-analyse rapporte un R moyen de 0,64 pour des comportements de santé (Godin & Kok, 1996). Une méta-analyse plus récente confirme la pertinence de la TCP dans la prédiction de comportements de santé (McEachan et al., 2016). Même si la force de prévision est dépendante du type de comportement étudié, la TCP est pertinente dans le cadre de comportements de protection de santé (Conner et al., 2017). Il serait d'ailleurs un modèle pertinent lorsque les individus perçoivent un contrôle faible de leur comportement (Ajzen, 1991). Nous supposons que c'est le cas dans notre contexte. Ensuite, la

pertinence de ce modèle réside notamment dans sa praticité. En effet, n'incluant que des facteurs sur lesquels il est possible d'agir, il est pertinent pour la construction et l'évaluation d'interventions (Vinnell, 2020).

En ce qui concerne les catastrophes, les attitudes positives à l'égard de l'atténuation des risques, un contexte social qui encourage l'adoption de comportements de protection, l'attente de résultats et des capacités d'adaptation élevées influencent positivement l'adoption de comportements de protection contre les tremblements de terre (McIvor & Paton, 2007). Le modèle de la TCP s'est montré pertinent pour prédire l'adoption de comportements de préparation à des catastrophes (Najafi et al., 2017) ou à des catastrophes naturelles (Vinnell, 2020) dans la population générale. En ce qui concerne les personnels hospitaliers, ce modèle s'est montré pertinent pour prédire la prise en charge des patients atteints de SRAS par les infirmiers (Ko et al., 2004) ou encore la vaccination contre la grippe porcine chez des professionnels de santé (Myers & Goodwin, 2012). Ainsi, nous supposons que, dans notre contexte, cette approche peut être pertinente, bien qu'aucune recherche n'ait proposé d'étudier la préparation des personnels hospitaliers sous cet angle. Pourtant cette approche devrait permettre une meilleure compréhension des comportements des personnels hospitaliers. Il est nécessaire de vérifier sa pertinence dans notre contexte. Si elle se montre efficace, cette théorie permettra de mieux identifier les leviers pouvant être mobilisés lors de la formation des personnels hospitaliers aux SSE.

2.2 LA PERCEPTION DU RISQUE

2.2.1 Définition et approches de la perception du risque

Historiquement, le risque était un terme neutre défini par un calcul de probabilité. Il a désormais acquis une acception négative en étant associé à l'exposition potentielle à un danger (Douglas, 2003). Toutefois, la définition du concept de risque n'est pas aisée pour deux raisons principales. Premièrement, ce terme recouvre une grande variété de type de situations. Le risque peut être individuel ou collectif, de plusieurs types (environnemental, sociétal, de santé, etc.), il peut être choisi, maîtrisé ou incontrôlable (Chauvin, 2014). Deuxièmement, la définition du risque varie en fonction de l'approche employée pour son étude. Si l'on se base sur les trois approches du concept de risque proposées par Lupton, nous pouvons mobiliser trois définitions du risque. Selon une approche positiviste, le risque est un fait réel, pouvant être caractérisé par des procédés empiriques. C'est un danger défini par sa probabilité et ses conséquences. Selon une approche socioculturelle, le risque est un danger objectif, mais le rapport que les individus ont avec le risque est dépendant du contexte social et culturel. Le risque est caractérisé comme tel selon ce contexte. Enfin, selon une approche constructiviste, il n'y a pas de danger objectif, ce dernier est lui aussi le produit d'une construction sociale. Le risque ne peut donc pas être défini en dehors de ce contexte (Lupton, 2013). Au-delà de la définition du risque, c'est la perception des personnels hospitaliers qui nous intéresse et donc leur perception du risque.

Plusieurs conceptions de la perception du risque existent dans la littérature. En psychologie, on peut distinguer 3 grands axes : le paradigme de l'utilité espérée, qui considère l'évaluation d'un risque selon deux éléments, la probabilité de la survenue du risque et la gravité de ses effets ; le paradigme psychométrique qui ajoute la dimension sociale et culturelle à l'évaluation des risques et le paradigme cognitif qui s'intéresse aux processus cognitifs d'élaboration des perceptions (Cadet & Kouabéna, 2005). Les caractéristiques du risque ainsi que les caractéristiques de l'individu percevant forment la perception du risque (Kouabéna & Cadet, 2005). Concernant les caractéristiques du risque, trois variables sont identifiées par Peretti-Wattel comme principales composantes de la perception du risque : la gravité perçue, la fréquence perçue et la crainte déclarée liée au risque (Peretti-Wattel, 2003). Concernant les caractéristiques de l'individu, la perception du risque dépend de la manière dont l'individu

caractérise le risque. Plus qu'un processus cognitif individuel, le risque est une construction sociale, sa perception ne s'appuie pas uniquement sur des éléments techniques, mais également sur les représentations sociales, les systèmes de valeurs et de croyances ou les expériences antérieures par exemple. C'est pourquoi dans une perspective psychosociale et cognitive, le risque est appréhendé de manière subjective (Slovic, 1987).

3.1.1. Comment se forge la perception du risque ?

Le modèle intégratif de la perception du risque (Renn, 2008 ; Renn & Rohrman, 2000) permet de regrouper les facteurs intervenant dans la perception du risque et leur interaction. Ce dernier se divise en quatre niveaux : (a) les heuristiques et les biais, (b) les cognitions et les affects, (c) l'influence sociale et les politiques institutionnelles, (d) les déterminants culturels. Ces quatre niveaux sont interdépendants puisque les variables individuelles, sociales et culturelles interagissent. Chaque niveau est divisé en deux sous-sections, avec d'un côté les influences collectives et de l'autre les influences individuelles de la perception du risque. Si cette classification n'est pas exhaustive, elle permet d'avoir une vision holistique de ce qui se joue dans la perception d'un risque (*cf.* Figure 3).

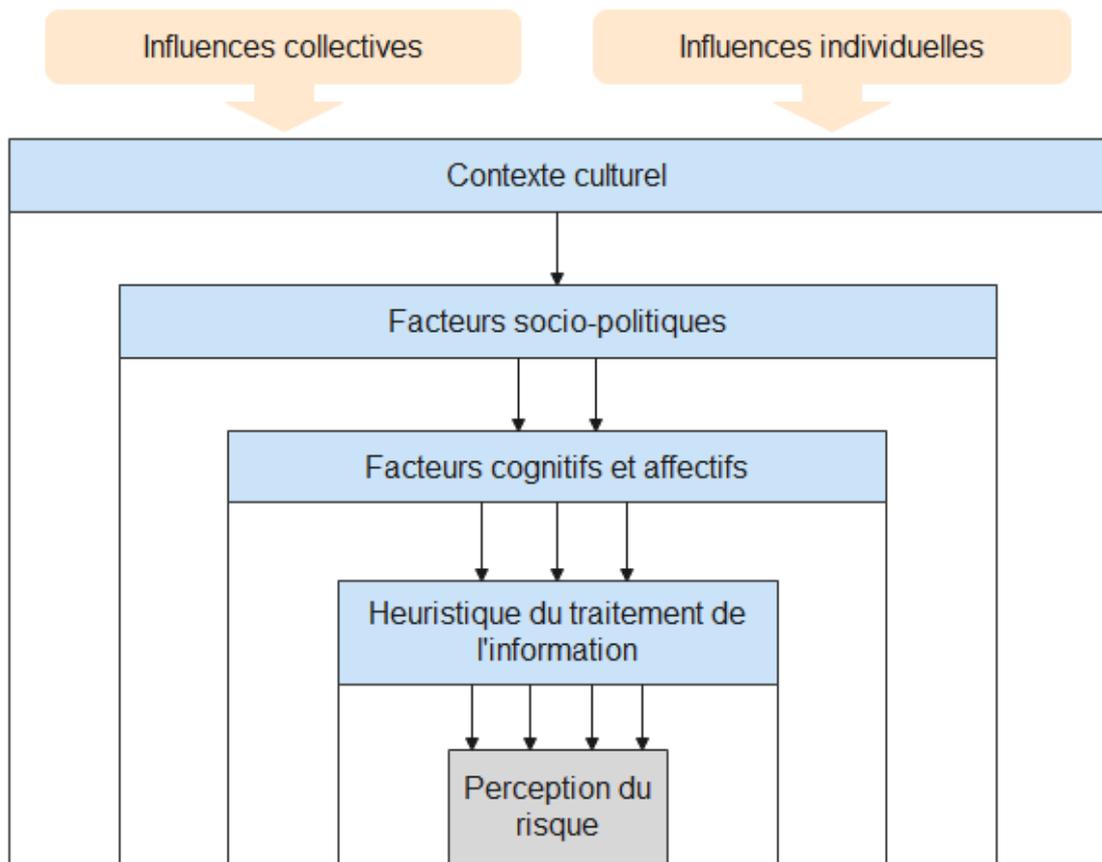


Figure 3 - Modèle intégratif de la perception du risque d'après Renn (Renn, 2008 ; Renn & Rohrmann, 2000)

Le premier niveau d'influence présente les heuristiques du traitement de l'information. Ces derniers agissent lors de la formation des jugements des individus. De cette phase, primaire, dépend la sélection et l'analyse de l'information relative au risque. Les heuristiques correspondent à des stratégies de raisonnement individuelles, mais sont liées au collectif puisque dépendantes de la culture, même si elles sont relativement universelles (Renn, 2008). Les individus utilisent des processus simplificateurs pour se forger des croyances sans dépenser trop d'énergie. Le recours à ces outils simplificateurs, appelés heuristiques, implique des biais systématiques, comme l'heuristique de représentativité (utilisation de stéréotypes) ou des précédents (se rapporter à ce qui est conservé en mémoire des occurrences précédentes d'un événement) par exemple (Kahneman & Tversky, 1974). Du point de vue des sociologues, les individus présentent une aversion pour le risque et l'incertitude, ce qui les pousse à se forger des modèles probabilistes. Ces modèles sont donc construits à partir d'informations erronées ou de raisonnements caducs (Peretti-Watel, 2003). Dans des situations d'incertitude, les individus font appel à leurs valeurs, représentations et croyances (Kouabéna, 2007).

Le second niveau d'influence correspond aux cognitions et affects. Ces facteurs influencent la perception des propriétés des risques, à partir des informations sélectionnées lors du premier niveau. Les connaissances sur le risque forgent les caractéristiques qualitatives perçues du risque (variables psychométriques) comme la crainte ou le contrôle perçu, ce qui impacte la gravité perçue et l'acceptabilité du risque (Slovic, 1992). Les émotions colorent les conséquences plus ou moins fortement, ce qui influence la balance décisionnelle entre les avantages et les risques de conséquences d'un comportement risqué par exemple. Lorsque la réponse appropriée est ambiguë, les individus ont tendance à adopter la réponse qui envoie les stimuli affectifs les plus forts (Peters et al., 2004).

Le troisième niveau d'influence correspond aux institutions sociales et politiques. Il s'agit ici d'étudier la confiance des individus dans les institutions, leurs valeurs, leurs cultures organisationnelles, les structures sociales et politiques et leur statut socio-économique. Plus précisément, il s'agit d'étudier la perception de ces institutions en tant que cause d'un risque ou en tant que risque elles-mêmes. Les médias, les normes et valeurs perçues de son groupe de référence et les organisations influencent la perception du risque (Renn, 2008).

Le dernier niveau d'influence présente les facteurs culturels qui impactent les niveaux précédents. Les facteurs culturels conditionnent la manière dont les niveaux inférieurs interagissent et influencent la perception du risque. L'acceptabilité du risque dépend par exemple de ce que la culture permet d'accepter ou non comme type de risque (Renn, 2008).

3.1.2. De la perception à la représentation du risque

Nous avons parlé dans ce chapitre de perception du risque. Il nous semble nécessaire de préciser le concept de représentation du risque et de préciser les différences entre ces deux concepts. En effet, le choix de la terminologie employée revêt une réelle importance. La perception relève de la sensation, elle fait référence au sens des individus qui réagissent à des stimuli extérieurs. La perception se distingue de l'opinion ou de l'impression. En effet, ces deux notions font plutôt référence à « une cognition, un jugement ou une réaction vague et non analysée » (Corsini, 1999, p. 475). La perception se situe du côté du ressenti. Elle se distingue de la représentation ou de la conception, qui ne font pas appel directement au vécu du sujet, contrairement à la perception (Corsini, 1999). Au sens de Merleau-Ponty, la perception vient unir les deux entités opposées : le jugement et la sensation. Elle renvoie à une conscience

perceptive, interface entre l'individu et son environnement (Merleau-Ponty, 1945, cité par Trémolières, 2017). Ainsi, par perception, on entend l'appréhension d'un objet par l'individu, de ses caractéristiques de façon passive. Alors que par représentation, on entend la reconstruction d'un objet par l'individu, de ses caractéristiques, de façon active (Joffe, 2003).

En outre, lorsque l'on utilise la notion de perception, on induit qu'il y a contact direct avec l'objet du risque et qu'il s'agit d'un risque réel. Alors qu'avec la notion de représentation, il importe peu que le risque soit réel ou imaginaire, il est présent dans l'univers représentationnel de l'individu (Peretti-Watel, 2003). Ainsi, pour parler de sensation brute, on parlera de perception, et pour parler de réinterprétation de ces sensations à l'aide de facteurs psychosociaux, on parlera de représentations. Lorsque l'on parle de représentation du risque, ce dernier est considéré comme une construction sociale. Il est inséré dans l'univers socio-représentationnel des individus, ceci résulte d'une construction mentale, influencée d'une part par l'individuel (l'individu lui-même) et le collectif (le contexte social dans lequel l'individu évolue). L'utilisation du terme « représentation » permet d'impliquer la pensée de sens commun en concevant l'activité de perception comme une construction du savoir de sens commun dépendant de rapport de symbolisation, dépendant de la réalité sociale et à du savoir social (Joffe & Orfali, 2005).

Dans cette thèse, nous ne nous intéresserons pas à la perception en tant qu'ensemble de fonctions permettant de percevoir les stimuli extérieurs, mais en tant que concept philosophique comme défini par Merleau-Ponty. C'est-à-dire que nous définissons la perception comme une activité cognitive permettant de concevoir le monde dans lequel l'individu s'inscrit, perception dépendante de l'expérience vécue de l'individu. Il nous semble donc pertinent dans la suite de ce travail de parler de perception du risque lorsque nous étudions les facteurs psychométriques de la perception du risque et de représentation du risque lorsque nous étudions la façon dont les individus intègrent ce risque dans leur univers socio-représentationnel.

2.2.2 Perception du risque et comportements de préparation

La littérature en psychologie des risques a permis de démontrer quelle articulation existe entre perception du risque et comportements. La perception du risque influence les prises de

décisions et les comportements des individus en lien avec les risques (Kouabenan, 2012). Cette perception modère les comportements de protection ou de préparation des individus (Slovic, 1987). En effet, la perception du risque est une variable primordiale dans la littérature sur l'éducation du public aux risques des catastrophes naturelles (Perry & Lindell, 2006). Une revue de la littérature montre que la perception du risque est une variable importante dans les processus cognitifs motivant l'intention comportementale (Shreve et al., 2016). Une méta-analyse confirme l'importance de la perception du risque dans le cadre de l'intention comportementale à adopter des comportements adaptatifs en lien avec le changement climatique (incluant des comportements de préparation) (Van Valkengoed & Steg, 2019).

Cependant, pour que la perception du risque motive le comportement de protection, les individus doivent comprendre le risque, mais également avoir une capacité d'action à propos de ce risque (Lindell & Perry, 2012). En effet, il est communément admis que, plus la perception du risque est élevée, plus les individus adoptent des comportements de protection. Cependant, malgré une perception du risque élevé, les individus ont peu de comportements de préparation. En effet, un manque de motivation dû à des bénéfices associés aux comportements risqués, une perception de la responsabilité, la confiance dans les organismes faibles, ainsi qu'un sentiment d'auto-efficacité faible diminuent l'importance de la perception du risque et limitent sa relation avec l'adoption de comportements de protection (Wachinger et al., 2013). Par ailleurs, le lien entre la perception du risque et les comportements de préparation est modéré par la connaissance, l'efficacité perçue et une attitude passive (Bourque et al., 2013). Cependant, selon une méta-analyse réalisée en 2007, la perception du risque et le comportement sont bel et bien liés, et des erreurs méthodologiques tendent à expliquer les résultats contradictoires à ce lien (Brewer et al., 2007).

Certains auteurs ont déjà montré l'importance de prendre en compte des facteurs psycho-sociaux et la construction sociale du risque dans la perception des risques, notamment dans le cadre de risques collectifs (Baggio & Rouquette, 2006 ; Lave & Lave, 1991). Ernst-Vintila rappelle que la gestion de crise concernant les risques collectifs ne peut négliger l'importance des représentations que la population détient à propos de ces risques. De plus, si un risque peut être objectivé par des connaissances expertes, c'est son reflet subjectif, produit par la pensée sociale, qui est perçu par l'individu (Ernst-Vintila et al., 2010). Or, l'approche des représentations sociales permet de saisir les mécanismes en jeu dans la construction subjective et sociale du risque, notamment lorsqu'il s'agit d'un risque relatif à la santé (Apostolidis & Dany, 2012).

2.3 LES REPRESENTATIONS SOCIALES

2.3.1 Définition, caractéristiques, fonctions et approches de la théorie des représentations sociales

La théorie des représentations sociales prend ses racines dans la notion de représentation collective définie par Durkheim en 1898. Les représentations collectives, partagées au sein de la société sont stables dans le temps et se transmettent socialement. Elles sont des guides pour l'action, et uniformiseraient les comportements des individus (Valence, 2010). Moscovici reprend cette notion en 1961 dans son ouvrage « la psychanalyse, son image et son public » (Moscovici, 1961) et la transforme en « représentation sociale » : là où Durkheim parlait de représentation immuable et unanime, Moscovici indique que les représentations sociales sont dynamiques et peuvent s'opposer selon les groupes sociaux. Selon Jodelet, une représentation sociale est « 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). Ainsi, les représentations sociales sont des connaissances de sens communs. Il s'agit de constructions qui s'opposent à la pensée rationnelle. La théorie des représentations sociales s'intéresse à la pensée sociale. Selon Abric, les représentations sociales sont « le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (Abric, 1987, p. 64). Ainsi, les représentations sociales sont autant produits que processus, puisqu'elles traitent autant de ce qui est construit et de ce qui fait la construction, tout en permettant un va-et-vient permanent entre ces deux notions (Jodelet, 2015). La reconstruction de la réalité est une notion fondatrice de la définition de cette théorie. Les représentations sociales permettent d'interpréter une réalité en prenant en compte les rapports de symbolisation et en lui attribuant des significations. C'est donc un remodelage cognitif de la perception d'un objet influencé par la signification qu'on lui donne. Les individus sont considérés comme des êtres sociaux, insérés dans un contexte social (Guimelli, 1999). Cette approche s'intéresse aux dimensions sociales de l'individu, en l'étudiant dans son contexte. Selon Jodelet (1989), une représentation sociale compte cinq caractéristiques distinctes présentées ci-dessous.

- (a) La représentation est toujours la représentation d'un objet, c'est-à-dire qu'elle ne peut émerger sans être liée à un objet.

- (b) Elle a un caractère imageant, c'est-à-dire qu'elle aide à la compréhension des notions abstraites. Il ne s'agit donc pas d'une simple reproduction de la réalité, mais il s'agit d'un imaginaire à la fois social et individuel.
- (c) Une représentation sociale possède deux facettes, une symbolique et une figurative. C'est-à-dire qu'elle permet à l'individu de symboliser l'objet puis de le rendre signifiant et donc, de lui donner du sens.
- (d) Une représentation sociale a un caractère constructif, ce qui signifie que les représentations s'élaborent dans les échanges qui vont construire la réalité sociale.
- (e) La représentation a un caractère autonome et créatif, qui influence les attitudes et les comportements.

Afin d'étudier les représentations sociales, il est nécessaire de comprendre leurs fonctions. Les individus ont besoin de théories explicatives de leur environnement social (Abric, 1987), c'est notamment à ça que répondent les représentations sociales. Leur première fonction est cognitive et elle permet d'interpréter la réalité. Elles ont également une fonction identitaire et une fonction d'orientation des conduites et des comportements et finalement une fonction de justification des pratiques (Jodelet, 1989).

La théorie des représentations sociales s'est largement développée à la suite du développement théorique fondateur de Moscovici. Quatre approches complémentaires de la théorie des représentations sociales se sont développées. Il est possible de distinguer (1) l'approche sociogénétique (ou anthropologique) portée par Moscovici, qui étudie la genèse de ces représentations, mais également son contenu en tant que phénomène s'exprimant à la fois dans les discours et dans les pratiques (Kalampalikis & Apostolidis, 2016), (2) l'approche structurale, portée par Abric, qui étudie le contenu, l'organisation et les dynamiques des représentations sociales (Abric, 2001), (3) l'approche socio dynamique (ou des principes organisateurs), portée par Doise, qui étudie les liens entre les positions sociales des individus et les représentations sociales (Doise, 1990). Dans le cadre de ce travail de thèse, plusieurs approches seront mobilisées dans les méthodes et dans la lecture des résultats. L'approche sociogénétique sera mobilisée afin de situer la place de l'objet situation sanitaire exceptionnelle dans l'environnement social des personnels hospitaliers. Puis l'approche structurale sera mobilisée afin d'explorer l'organisation de cette représentation et l'observer d'un point de vue dynamique.

2.3.2 L'émergence d'une représentation sociale

Dans les caractéristiques énoncées par Jodelet, il est indiqué que la représentation sociale est toujours la représentation d'un objet. Cependant l'inverse n'est pas exact. Un objet peut ne pas connaître de processus de représentation sociale. Moscovici a énoncé trois critères d'émergences de la représentation sociale qui sont : la dispersion de l'information, le facteur de focalisation et la pression à l'inférence (Moscovici, 1961). Moliner propose une quatrième condition : la notion de polymorphie (Moliner, 1996) :

- (a) Dispersion de l'information : c'est à dire que l'information disponible sur l'objet est difficile à saisir dans sa globalité
- (b) Le facteur de focalisation : il s'agit de l'appréhension sélective des objets, les individus se focalisent sur un seul angle de perception pour conceptualiser l'objet
- (c) La pression à l'inférence : on a besoin de raccourcis cognitifs qui permettent la compréhension de la réalité, afin de permettre aux individus de s'intégrer dans leur environnement
- (d) La polymorphie : il est nécessaire que la compréhension de l'objet soit un enjeu déterminant pour d'autres acteurs sociaux pour que la représentation sociale existe. Ce serait donc le besoin de maîtriser un objet polymorphe et donc complexe à maîtriser dans un premier temps qui motiverait cette émergence

En outre, pour être objet de représentations sociales il faut que le groupe partage une façon consensuelle de penser au sujet de l'objet en question, communique à son sujet et partage des pratiques communes à son égard. De plus, c'est la dimension polémique de l'objet entre différents groupes sociaux qui le caractérise comme objet de représentation sociale (Flament & Rouquette, 2003).

Puis, le processus de genèse des représentations sociales correspond à une appropriation de l'objet nouveau en lien avec des cognitions préexistantes. Deux procédés « rendent compte de la façon dont le social transforme une connaissance en représentation et de la façon dont cette représentation transforme le social » (Jodelet, 1984, p. 367) : l'objectivation et l'ancrage (Moscovici, 1961). Synthétiquement, l'objectivation consiste à rendre l'objet abstrait concret. Elle permet d'imager et de structurer l'objet. Il devient alors accessible grâce à un noyau figuratif qui synthétise et met en lien les éléments sélectionnés comme les plus importants caractérisant l'objet. L'ancrage, elle, insère l'objet dans le système de pensée préexistant. L'individu se familiarise avec l'objet nouveau grâce à une mise en sens dépendant de la culture,

des valeurs du groupe de l'individu. Les éléments relatifs à l'objet sont catégorisés et mis en lien avec les connaissances préexistantes en fonction du système de pensée du groupe (Jodelet, 1984).

2.3.3 Organisation, transformation et conditionnalité d'une représentation sociale

L'approche structurale des représentations sociales prend ses racines dans la conception proposée par Abric (1987) proposant l'existence d'un noyau central. Abric propose alors cette définition : « Une représentation sociale est un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes, elle constitue un système sociocognitif particulier composé de deux sous-systèmes en interaction : un système central (ou noyau central) et un système périphérique. » (Abric, 2001, p. 82). Selon l'approche structurale, les représentations sociales sont organisées selon deux systèmes : le système central et le système périphérique. Le système central, composé du noyau central régit la signification, l'organisation et la stabilité du contenu de la représentation sociale. Le système central régit le fonctionnement et la dynamique de la représentation sociale, il a un rôle majeur dans les pratiques en lien avec la représentation, les transformations et variations individuelles et conditionnelles des représentations sociales (Abric, 1994).

Les représentations sociales bien qu'assurant une stabilité des cognitions partagées par les individus se transforment. De nombreux travaux ont montré l'importance des pratiques sociales dans les processus de transformation des représentations sociales (Flament, 1994b ; Guimelli, 1998 ; Guimelli & Jacobi, 1990). Des situations exceptionnelles peuvent amener les individus à adopter des pratiques en opposition avec leurs représentations. En fonction de la récurrence de ces comportements, les transformations des représentations sociales diffèrent (Flament, 1994b). Cependant, d'autres facteurs peuvent impliquer des changements dans les représentations sociales, comme le contexte d'expression de ces représentations, c'est-à-dire en fonction notamment de la désirabilité sociale (Guimelli & Deschamps, 2000).

Flament (1994) met l'accent sur l'aspect conditionnel des représentations sociales et plus particulièrement sur la conditionnalité du système périphérique. Selon cette idée, les cognitions des représentations sociales sont conditionnelles, qu'elles soient normatives ou fonctionnelles, prescriptives ou descriptives. En effet, dans certains cas, les prescriptions

sociales apportées par les représentations sociales peuvent être conditionnelles. Il peut exister une flexibilité dans le jugement des comportements contraires à la prescription sociale (Flament, 1994a). Selon la théorie de la conditionnalité, les variations conditionnelles des prescriptions permettent d'adopter une justification aux comportements contre-prescrits (Gaymard, 2014). Ainsi, cette conditionnalité permet une défense du noyau central pour éviter une transformation radicale de la représentation sociale.

2.3.4 Les représentations professionnelles

Les représentations professionnelles sont définies comme « des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelles (interagir et inter-réagir) et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles » (Blin, 1997, p. 80). Ces représentations sont donc des catégories de représentation sociale particulière, se réfèrent aux représentations associées aux activités professionnelles. En effet, le groupe professionnel agit comme tout groupe social, c'est-à-dire que les individus partagent des valeurs et une pensée sociale (Dubar, 2014). Les pensées professionnelles sont des éléments de la pensée sociale qui « subissent donc les tensions à l'œuvre dans la société » (Ratinaud & Piasser, 2013, p. 207). Les pensées professionnelles sont donc dépendantes comme les pensées sociales du contexte socio-historique. Elles sont cependant dépendantes d'un contexte social particulier, le contexte professionnel. Or, au sein de ce contexte « les individus intériorisent des modes de penser et incorporent des modes d'agir très particuliers à leur groupe identitaire » (Bataille, 2000, p.181-182, cité par Hille, 2016). Leur spécificité ne réside pas uniquement dans le groupe professionnel, les objets de représentations professionnelles sont également spécifiques au contexte professionnel. Ainsi, l'objet représenté a un intérêt à être représenté par le groupe en question. C'est pourquoi les objets sont spécifiques aux différents groupes professionnels (Piasser, 1999, cité par van Comperol, 2019). La représentation professionnelle ne renvoie ni à un savoir scientifique ni à un savoir de sens commun. Elle est spécifique à un contexte professionnel qui « recouvre à la fois le cadre des activités (les structures spatiales et temporelles dans lesquelles s'inscrivent les actions et les interactions) pourvu d'une certaine autonomie, l'organisation qui régule une communauté réunissant un ensemble de personnes et de groupes en interaction et l'institution qui la fonde symboliquement » (Bataille et al., 1977, p.77, cité par van Comperol, 2019).

Les représentations professionnelles ont les mêmes fonctions que les représentations sociales d'autres objets (*i.e.* interprétation de la réalité, identitaire, orientation des conduites et justification des pratiques (Jodelet, 1989)). Par la construction d'un savoir professionnel prescriptif, composé de schémas figuratifs moins simplificateurs que dans le sens commun, mais qui découlent de l'appropriation dans le contexte professionnel de savoirs scientifiques, les représentations professionnelles répondent à la fonction d'interprétation de la réalité. Par la socialisation professionnelle, elles construisent une identité professionnelle, permettant de spécifier son groupe professionnel. Par la sélection d'informations provenant de la situation professionnelle, en lien avec les prescriptions provenant du contenu de la représentation professionnelle, elles orientent les conduites. Enfin, par la mise en lien des actions et du contenu de ces représentations, elles justifient les pratiques professionnelles (Blin, 1997).

L'étude des représentations professionnelles a plusieurs avantages dont celui d'étudier la manière dont elles s'articulent avec les pratiques professionnelles. En effet, ce type de représentation est plus fonctionnelle que les représentations sociales d'autres objets. Elles ont donc pour objectif d'orienter les pratiques, notamment dans des conditions d'incertitude. Dans le cadre professionnel, ces contextes d'incertitude peuvent apparaître lorsque les prescriptions sont polémiques, contradictoires et/ou peu opérationnelles. Ce type de situations peut apparaître dans les professions de santé (Blin, 1997).

2.3.5 Intérêt de l'approche de la théorie des représentations sociales dans notre contexte

Les SSE en tant que situation de crise sont une situation complexe. Or, les perceptions que les personnels hospitaliers ont de ces situations influencent la mise en œuvre des protocoles. Toutes leurs actions pendant cette phase dépendent de leurs perceptions (Combalbert, 2012). Les individus sont en difficulté pour estimer de façon probabiliste les risques peu fréquents impliquant des conséquences très graves. Ils mobilisent donc les ressources dont ils disposent (Selvidge, 1975), identifiées comme des représentations, dépendant de leur insertion sociale (Peretti-Watel, 2003). En ce sens, Ersnt-Vintila rappelle que la gestion de crise concernant les risques collectifs ne peut négliger l'importance des représentations que la population détient à propos de ces risques. En effet, comme mentionné plus haut, les pratiques sont guidées par les représentations des individus (Abric, 1994). De plus, si la place d'un objet de risque existe de

manière « objective » c'est son reflet subjectif produit par la pensée sociale qui est perçue par l'individu (Ernst-Vintila et al., 2010). C'est pourquoi l'étude de ces représentations est importante pour améliorer la préparation des personnels hospitaliers aux situations sanitaires exceptionnelles. De plus, cette approche permet une compréhension dynamique des systèmes de pensées (Flament, 1994b). Elle peut donc être mobilisée en prenant en compte le contexte social et, tout au long de la réalisation de ce travail de thèse, un contexte sanitaire bouleversé.

Les représentations sociales sont liées aux pratiques des individus. Ce lien est complexe et circulaire (Abric, 1994). Ainsi, les représentations sociales et plus particulièrement les représentations professionnelles jouent un rôle dans la mise en place des comportements. L'étude de ces représentations permettrait alors une meilleure compréhension de la réalité perçue des personnels hospitaliers. Cette approche permet de compléter les approches centrées sur le déterminisme des comportements en adoptant une démarche compréhensive. En effet, elle permet d'articuler différents niveaux explicatifs en intégrant l'individu dans son contexte social (Doise, 1982) et ne se centre pas seulement sur des facteurs individuels. Enfin, cette approche permet de proposer des pistes d'amélioration des procédures mises en place dans les hôpitaux pour améliorer la préparation des personnels hospitaliers à la survenue d'une SSE grâce à une meilleure compréhension de leurs représentations.

2.4 L'INTERET DE LA TRIANGULATION DE CES APPROCHES ET METHODES

Ce chapitre présente les théories et approches mobilisées dans le cadre de cette thèse. Ces approches sont diverses et leur mobilisation simultanée n'est pas fréquente. L'objectif de cette approche mixte, tant sur le plan épistémologique que méthodologique, traduit une volonté de triangulation. La triangulation consiste à mobiliser une diversité de méthodes, théories, données et de chercheurs mis en œuvre pour étudier un même sujet afin d'obtenir une multiplicité de points de vue à l'égard de ce dernier (Denzin, 1978). Initialement, l'objectif de cette multiplication de démarches a pour objectif une meilleure validité des résultats. Cependant, elle peut être considérée comme une démarche méthodologique à part entière, la triangulation dans les recherches qualitatives permet d'apporter une compréhension plus profonde des mécanismes étudiés (Flick, 2017).

Premièrement, dans cette thèse, plusieurs approches complémentaires de la théorie des représentations sociales sont mobilisées. Au vu de la variété des perspectives théoriques et méthodologies interne à la théorie des représentations sociales, cette dernière est particulièrement appropriée pour une démarche de triangulation (Apostolidis, 2005). Nous nous intéressons ici à deux approches : l'approche sociogénétique (ou anthropologique) qui étudie la genèse de ces représentations, mais également son contenu en tant que phénomène s'exprimant à la fois dans les discours et dans les pratiques (Kalampalikis & Apostolidis, 2016) et l'approche structurale qui étudie le contenu, l'organisation et les dynamiques des représentations sociales (Abric, 2001). Pour étudier le contenu d'après l'approche sociogénétique, la constitution d'un corpus d'entretiens semi-directifs est une méthode pertinente afin d'accéder aux représentations des individus (Jodelet, 2003). Pour étudier le contenu et l'organisation de la représentation sociale selon l'approche structurale, une méthode pertinente est la tâche d'évocations hiérarchisées, consistant à demander aux individus de produire des associations libres et de les hiérarchiser par ordre d'importance. La fréquence moyenne et le rang d'importance moyen de chaque association sont croisés afin de déterminer le statut de l'évocation (centrale ou périphérique) dans l'organisation de la représentation sociale (Abric, 2005).

Deuxièmement, dans cette thèse, plusieurs approches du concept de risque sont mobilisées. La littérature en psychologie du risque s'est historiquement plutôt concentrée sur la probabilité que l'individu a d'être confronté à un risque et l'évaluation que l'individu en fait.

Un accent a donc été mis sur la faillibilité de l'individu et les sources d'erreurs (les biais et heuristiques) (Peretti-Watel, 2003). La représentation est une construction qui s'établit selon des symboles et le rapport entre l'individu et le social. L'individu détient alors une représentation du risque, modulée par des logiques psycho-sociales. Ainsi, la psychologie du risque s'intéresse plutôt aux processus cognitifs intra-individuels et leurs limites alors que la théorie des représentations sociales s'intéresse au sens du risque, à la pensée sociale en lien avec le risque. Ainsi s'appuyer à la fois sur la théorie de la perception du risque et la théorie des représentations sociales contribuerait à développer une psychologie sociale du risque valide (Joffe, 2005). La théorie des représentations sociales permet d'apporter un développement nouveau pour la littérature sur le risque. Elle permet de contextualiser le discours socialement construit et partagé en fonction de différents contextes sociaux à propos du risque (Kmiec & Roland-Lévy, 2014).

Troisièmement, la mobilisation à la fois de la théorie du comportement planifié et de la théorie des représentations sociales constitue une démarche de triangulation théorique. Nous étudions le même sujet, à savoir la préparation des personnels hospitaliers et plus particulièrement l'intention de se préparer à ces situations, à travers ces deux approches théoriques. D'après la TCP, les normes, attitudes et contrôles comportementaux sont issus de croyances. L'étude des représentations sociales permettrait une meilleure compréhension de ces croyances. La théorie des représentations sociales, en s'intéressant au symbolique associé à l'objet étudié permet une observation contextualisée. Alors que la théorie du comportement planifié propose une description à un temps t des attitudes, normes et contrôle comportemental. Elle propose une description fixe, non contextualisée. L'apport de la théorie des représentations sociales réside en partie donc dans l'apport de ce contexte. Plus généralement, au-delà de la triangulation théorique, c'est la triangulation méthodologique (utilisation d'approche qualitative avec les entretiens de recherches et quantitative avec les questionnaires) qui permet l'approfondissement des données provenant des questionnaires.

À RETENIR

Ce travail de thèse adopte une démarche de recherche appliquée, s'appuyant sur les apports de la psychologie sociale pour analyser un phénomène afin de promouvoir un changement de comportement ou de situation. Trois approches théoriques sont mobilisées et définies dans ce chapitre. La Théorie du Comportement Planifié est employée afin de mieux comprendre les processus de formation de l'intention d'adopter un comportement de préparation via la division en trois phases que sont la motivation, l'intention et le passage à l'action. Le modèle de la TCP s'est montré pertinent pour prédire l'adoption de comportements de préparation à des catastrophes chez la population générale. La perception du risque est employée afin de mieux comprendre les prises de décisions et les comportements des individus en lien avec les risques. Cette perception modère les comportements de protection ou de préparation des individus et est une variable importante dans les processus cognitifs motivant l'intention comportementale. La théorie des représentations sociales est employée afin de mieux comprendre la place de l'objet SSE dans l'univers socio-représentationnel des personnels hospitaliers. Les représentations sociales et les représentations professionnelles jouent un rôle dans la mise en place des comportements. Cette approche permettant d'articuler différents niveaux explicatifs en intégrant l'individu dans son contexte social ne se centre pas seulement sur des facteurs individuels en adoptant une démarche compréhensive et dynamique. L'objectif de cette approche mixte tant sur le plan épistémologique que méthodologique traduit une volonté de triangulation afin d'obtenir une multiplicité de points de vue à l'égard de l'objet étudié et une compréhension plus profonde des mécanismes étudiés.

3. CHAPITRE 3 : LA PREPARATION COMME UN COMPORTEMENT SOCIALEMENT CONTEXTUALISE



3.1 PSYCHOLOGIE SOCIALE ET COMPORTEMENT

Une approche psycho-sociale peut donc être efficace pour comprendre la préparation aux catastrophes. De nombreuses recherches portant sur les processus de prises de décisions ont été menées pour comprendre les comportements des individus. Ces recherches ont été menées principalement sur les risques sanitaires, sur les comportements écologiques et de consommation. Ces recherches ont montré toute l'importance des facteurs sociocognitifs dans la prise de décision menant aux comportements de protection. Elles se sont basées sur le constat que les comportements ne sont pas uniquement dépendants de l'apport de connaissances (Levac et al., 2012). Les comportements de préparation résultent d'une évaluation cognitive complexe (Mishra & Mazumdar, 2015). La préparation est intrinsèquement liée à la capacité des individus à anticiper les dysfonctionnements et donc les futures situations sanitaires exceptionnelles par le biais de la pensée anticipatoire (Klein, 2007). Elle peut donc être conceptualisée comme un processus cognitif. Le comportement de préparation dépend également de nombreux facteurs qui médient l'effet des connaissances sur l'adoption du comportement, comme la supériorité du besoin de sécurité ontologique à la sécurité physique (Harries, 2008) ou les croyances associées à l'incertitude (Johnson & Nakayachi, 2017). Des recherches ont permis de déterminer les freins et leviers aux comportements de préparation aux catastrophes naturelles de la population générale. Le comportement de préparation est alors appréhendé comme un comportement de protection utilisé comme une réponse à un danger imminent pour sa vie, sa santé, les biens et le système social (Duval & Mulilis, 1999 ; Paton, 2003).

3.2 UNE APPROCHE SOCIO-COGNITIVE : LE MODELE DE PATON (2003)

À partir de cette conceptualisation, Paton propose un modèle de préparation multi-événements (*cf.* Figure 4) en regroupant de nombreux facteurs proposés dans la littérature en psychologie sociale (notamment les modèles de la théorie du comportement planifié (*cf.* Ajzen, 1991) et le modèle du coping centré sur le problème (*cf.* Duval & Mulilis, 1999)). Selon ce modèle, les comportements de préparation dépendent de 3 phases composées de :

- a) Variables précurseurs, c'est-à-dire les facteurs de motivation,
- b) Variables qui mettent en lien cette motivation initiale avec la formation de l'intention,
- c) Variables qui modulent la relation entre l'intention de préparation et la préparation effective (Paton, 2003).

La segmentation en trois phases répond aux recherches sur les modèles de comportements de protection présentées précédemment. Ces dernières ont démontré que l'effet des variables motivationnelles sur les comportements de réduction des risques est médiatisé par l'intention comportementale (Ajzen, 1991).

Les variables de ce modèle sont présentées dans les parties suivantes. Une actualisation de la littérature est proposée pour chacune de ces variables.

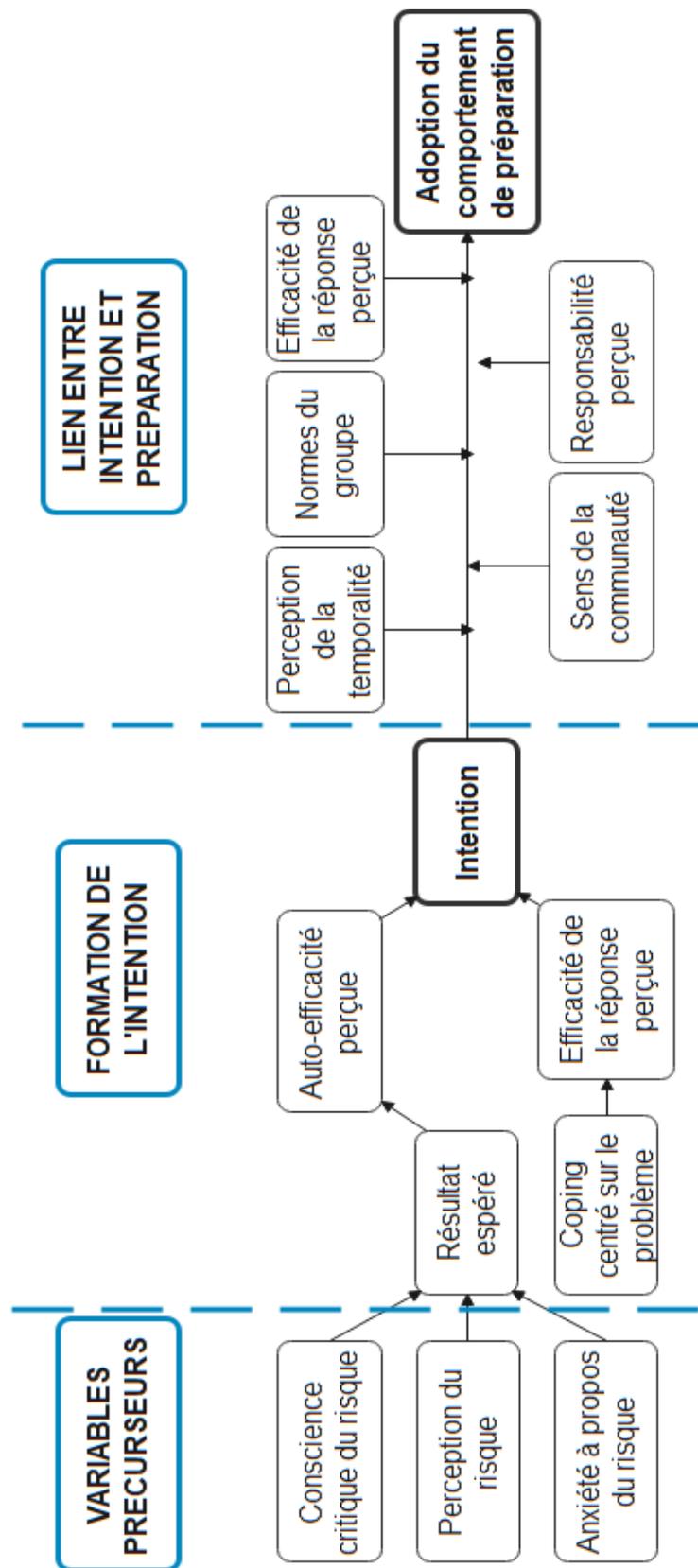


Figure 4 – Modèle de la théorie sociale cognitive appliquée aux comportements de préparation d’après Paton, 2003

3.2.1 Les variables précurseurs ou motivationnelles

Le modèle identifie 3 variables précurseurs : la perception du risque, la conscience critique du risque, l'anxiété à propos du risque. La perception du risque est primordiale dans la littérature sur l'éducation du public aux risques des catastrophes naturelles (Perry & Lindell, 2006 ; Slovic, 1987). Ici, elle est définie comme le fait « d'accepter le fait qu'un danger donné puisse constituer une menace »⁷ (Paton, 2003, p. 211). Une description de l'effet de la variable perception du risque sur l'intention de se préparer a été présentée dans le chapitre 2 de la thèse, p.51.

La conscience critique du risque est définie comme « la mesure dans laquelle les individus pensent et parlent des dangers » (Paton et al., 2005, p. 25). Pour cette définition, Paton se réfère à l'ouvrage de Kloos et collaborateurs qui définissent cette notion comme un jugement cognitif d'une situation qui a pour objectif de déceler les causes et les conséquences de ces situations en questionnant les effets du contexte socio-politique. Il s'agit d'une remise en question de l'ordre social établi (Kloos et al., 2001). Dans le contexte de la préparation aux catastrophes (*cf.* Paton & Johnston, 2001), cette variable est évaluée selon plusieurs items, interrogeant l'exposition au risque (le fait de penser au risque ou l'exposition aux informations médiatiques par exemple) et les interactions que les individus ont sur ce risque (discuter des risques avec les proches ou participer à des réunions en lien avec le risque par exemple) (Adiyoso et al., 2013 ; Samaddar et al., 2012). L'intérêt de cette variable est d'étudier la saillance du risque pour les individus. Une étude qualitative a par exemple montré que pour des individus avec des problématiques de santé immédiates, le risque de catastrophe n'est pas saillant en comparaison avec les risques sanitaires qu'ils vivent au quotidien (Gershon et al., 2017).

Les catastrophes peuvent être des sources de stress lorsque les individus ont conscience de ces risques (Lee & Lee, 2019). Or, d'après le modèle transactionnel du stress (Lazarus & Folkman, 1984), l'évaluation de la menace est réalisée en parallèle de l'évaluation de ses propres ressources et de sa capacité à les mettre en œuvre pour y faire face. L'adoption de comportements de préparation dépend de ces deux processus d'évaluation. Motivé par la protection de soi, ce stress peut inhiber l'adoption de comportements de préparation. Ce modèle a été appliqué à la préparation aux risques de tremblements de terre et a montré que le stress à propos des tremblements de terre peut réduire les comportements de préparation (Duval &

⁷ Traduit de l'anglais « accept the fact that a given hazard can pose a threat » (Paton, 2003, p. 211)

Mulilis, 1999). Ainsi, un certain niveau de stress associé à un événement de crise peut permettre de motiver les comportements de préparation et d'action lors de la survenue de la crise. Cependant, un niveau de stress trop élevé peut au contraire entraîner une réponse inadaptée (Lazarus & Folkman, 1984).

3.2.2 La formation de l'intention

Lorsque les individus ont une perception du risque suffisante, avec une anxiété liée au risque non inhibitrice, ils envisagent l'adoption du comportement. Ils entrent dans une phase de formation de l'intention. Les variables entraînant la formation de l'intention sont : les résultats espérés, l'auto-efficacité perçue, le coping centré sur le problème et l'efficacité de la réponse perçue. Le résultat espéré est défini par Paton comme « la perception de l'efficacité des actions personnelles pour atténuer ou réduire un problème »⁸ (Paton, 2003, p. 212). Plus précisément, dans le cadre des catastrophes cette variable est définie comme la croyance que des comportements de préparation sont efficaces pour se protéger soi ou les autres de la menace (Samaddar et al., 2014). Des études ont montré que si le résultat espéré est élevé, c'est-à-dire que les individus perçoivent le comportement pouvant être adopté pour atténuer le risque en question comme efficace, cela influence positivement l'intention d'adopter ce comportement (Paton et al., 2008, 2010 ; Samaddar et al., 2014). Dans le cadre d'études sur l'adoption de mesures de prévention de catastrophes, il a été montré que les résultats espérés ainsi que l'auto-efficacité perçue sont positivement associées à l'intention comportementale (Grothmann & Reuswig, 2006 ; I. M. Martin et al., 2007 ; Neuwirth et al., 2000). Une méta-analyse a décrit ces deux variables comme étant parmi les plus importantes pour la motivation des individus à adopter diverses mesures adaptatives aux risques liés aux changements climatiques (dont la préparation) (Van Valkengoed & Steg, 2019). L'auto-efficacité perçue est définie comme : « le jugement que portent les individus sur leurs capacités à organiser et à exécuter les actions requises pour atteindre certains types de performance »⁹ (Bandura, 1986, p. 391). Elle influence l'adoption de comportements de protection et de résilience face aux catastrophes naturelles (Bishop et al., 2000; Duval and Mulilis, 1999; Human and McClure, 1997; Lindelle

⁸ Traduit de l'anglais « Perceptions of whether personal actions will effectively mitigate or reduce a problem » (Paton, 2003, p. 212)

⁹ Traduit de l'anglais « Perceived self-efficacy is defined as people's judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performance » (Bandura, 1986, p. 391)

and Whitney, 2000; Paton et al., 2001a, b cité par Paton, 2003). De plus, les conséquences des catastrophes naturelles sont perçues comme incontrôlables. Or, l'auto-efficacité est particulièrement influente dans des situations perçues comme peu contrôlables (Godin and Kok, 1996, cité par Paton, 2003). Selon le modèle de Paton (2003), ce n'est que si l'auto-efficacité perçue est suffisamment élevée que l'efficacité de la réponse perçue aura un impact sur la formation de l'intention. Ce modèle de chaînage c'est-à-dire considérant que les résultats espérés ainsi que l'auto-efficacité influencent l'intention est communément admis (Ajzen, 1991). Il faut cependant le nuancer. Une étude montre que certains comportements de préparation aux inondations ne respectent pas ce chaînage. C'est-à-dire que les résultats espérés et l'auto-efficacité perçue ne seraient pas précédents à l'intention, mais plutôt des conséquences. Ainsi l'intention dépendrait plutôt d'attitude générale à propos du risque (Samaddar et al., 2014).

Le coping centré sur le problème défini comme : « une prédisposition à choisir une action visant à modifier une situation »¹⁰ (Paton, 2003, p. 212) est décrit comme une variable prédictive de la préparation et de la résilience aux inondations (Duval & Mulilis, 1999 ; Calma et al., 2015). Duval et Mulilis (1999) proposent le modèle « person-relative-to-event » qui s'appuie sur le modèle de Lazarus et Folkman cité précédemment. Selon ce modèle, les individus évaluent si leurs ressources sont suffisantes pour gérer la menace. Puis, si l'évaluation est en faveur de leurs ressources, alors ils s'engagent dans un comportement de préparation. Mishra et Mazumdar (2015) se sont basés sur les travaux de Duval et Mulilis (1999 ; 1995) pour décrire les 5 éléments sur lesquels porte l'évaluation : (a) la catastrophe est possible et imminente, (b) c'est une menace personnelle, (c) ses conséquences doivent être anticipées, (d) l'individu possède des compétences sur les actions de protection à mettre en place, (e) l'individu peut s'engager dans un comportement de protection. Ainsi, le coping centré sur le problème peut prédisposer les individus à avoir l'intention d'adopter des comportements de préparation. Cependant, cette prédisposition n'a d'effet sur l'intention seulement si les individus perçoivent leur réponse comme efficace (Mulilis & Duval, 1995). L'efficacité de la réponse, définie comme : « la perception des individus quant à la disponibilité des ressources (par exemple, temps, compétences, ressources financières et physiques, réseaux sociaux) nécessaires pour mettre en œuvre les ajustements, les avantages perçus associés à l'adoption et le degré de conflit

¹⁰ Traduit de l'anglais « A predisposition to choose action directed at changing a situation » (Paton, 2003, p. 212)

entre les actions recommandées et d'autres objectifs ou besoins personnels importants »¹¹ (Paton, 2003, p. 213) doit être suffisante pour que le coping centré sur le problème les amène à affronter le problème ou la menace et donc aient l'intention de se préparer.

3.2.3 De l'intention aux comportements de préparation

L'intention n'est pas suffisante pour entraîner l'adoption du comportement de préparation. D'autres variables modèrent le lien entre l'intention et l'adoption du comportement de préparation : le sens de la communauté, la responsabilité perçue, l'efficacité de la réponse, la perception de la temporalité et les normes du groupe de référence de l'individu.

Le sens de la communauté est défini comme le « sentiment d'attachement aux personnes et aux lieux » (Paton, 2003, p. 213). Il s'agit donc du lien entre l'individu et sa communauté, à travers le sentiment d'appartenance et de cohésion perçue (Wilkinson, 2007). Si les notions de sens de la communauté et d'appartenance à un lieu sont parfois confondues, le sens de la communauté n'est pas nécessairement associé à un lieu spécifique : l'individu peut appartenir à une communauté qui s'identifie à des valeurs et qui n'a pas de lien avec un lieu physique (Scannell & Gifford, 2010). Les individus avec un attachement au lieu élevé ont plus de comportements de préparation (Mishra et al., 2010). Un sentiment d'appartenance au quartier élevé est également associé à une préparation plus élevée, mais seulement lorsque la catastrophe est imminente (Kim & Kang, 2010). Le sens de la communauté et particulièrement le sentiment de connexion, d'appartenance et de responsabilité sociale dans la communauté sont positivement lié à un meilleur niveau de préparation (DeYoung & Peters, 2016 ; Maidl et al., 2019).

La responsabilité d'assurer la protection des individus peut être attribuée à soi ou aux autorités locales, ou encore aux gouvernements. Les individus qui perçoivent les autorités locales et/ou leur gouvernement comme responsables de leur propre sécurité ont un niveau de préparation inférieur à ceux qui se sentent personnellement responsables de leur propre sécurité

¹¹ Traduit de l'anglais « people's perceptions of the availability of the resources (*e.g.* time, skill, financial and physical resources, social networks) required to implement adjustments, the perceived benefits associated with adoption, and the degree of conflict between recommended actions and other important personal goals or needs » (Paton, 2003, p. 213)

(Lindell & Whitney, 2000 ; W. E. Martin et al., 2009 ; McCaffrey et al., 2011). Ces derniers ont plus de chance de voir leur intention se concrétiser en action (Ballantyne et al., 2000, cité par Paton, 2003).

L'efficacité de la réponse perçue est définie précédemment, lorsqu'elle précède l'intention comportementale, en lien avec le coping centré sur le problème. Ce facteur motiverait également l'individu à concrétiser son intention en action. Là encore, l'individu adopterait le comportement seulement s'il perçoit qu'il détient les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les ajustements et que ces derniers soient avantageux (Paton, 2003).

La perception de la temporalité des risques influence la préparation à ces derniers. En effet, plus l'individu pense que la prochaine catastrophe naturelle est proche, plus il se prépare (Mulilis & Duval, 1995).

Enfin, le contexte social favorise l'adoption de comportement de protection. L'intention est modérée par les normes du groupe au sein de la communauté de l'individu (Paton & Johnston, 2001). Les normes du groupe sont définies comme les « facteurs qui peuvent refléter une expérience réelle, mais aussi des perceptions et des croyances formées par l'interaction avec les autres, les reportages des médias, etc. » (Paton, 2003, p. 213). La probabilité d'adopter des mesures de protection contre les tremblements de terre augmente lorsque des attitudes positives sont associées à l'atténuation des risques (McIvor & Paton, 2007).

3.2.4 L'intérêt du modèle socio-cognitif de la préparation dans notre contexte

Ce modèle est intéressant pour plusieurs raisons. Premièrement, il mobilise des variables socio-cognitives pour expliquer les comportements de préparation. Il va ainsi au-delà des conceptualisations techniques de la préparation. Dans un contexte d'incertitude comme celui de la préparation aux SSE, l'utilisation de ce type de variables est primordiale (Paton, 2020). Ensuite, il propose une approche multi-événements, ce qui permet une compréhension générale des comportements de préparation pouvant être adaptée au contexte du comportement cible. Troisièmement, il rassemble de nombreuses variables provenant de la littérature qui n'avaient à notre connaissance pas été rassemblées dans ce contexte. De plus, ce modèle propose une modélisation permettant de situer ces variables les unes par rapport aux autres.

Cependant, ce modèle détient quelques limites parfois liées à ces avantages. Étant multi-événements, il doit être recontextualisé en fonction des comportements étudiés ; certaines variables peuvent avoir des poids différents, voire être inexistantes en fonction des comportements cibles et de l'événement en question (Paton, 2003). Pour comprendre les comportements collectifs, il faut parfois intégrer des variables comme la participation communautaire et l'autonomisation au sein du processus politique (Paton, 2002, cité par Paton, 2003). De plus, le nombre de variables incluses entraîne un chevauchement des variables. En effet, la littérature a jusqu'à aujourd'hui permis de mettre à jour de nombreuses variables en lien avec la préparation, mais les relations entre ces variables sont encore floues (Paton, 2020). Ce modèle manque de démonstrations empiriques concernant le processus, notamment sur le chaînage des variables. En 2005, il a été testé pour les comportements de préparation aux tremblements de terre, l'analyse de modèle d'équations structurelles montre que les trois phases du modèle sont pertinentes (*i.e.* la motivation à se préparer, suivie de la formation de l'intention, suivie de la conversion de l'intention en action). La conscience critique du risque, la perception du risque et l'anxiété à propos du risque prédisent bien les résultats espérés. La conscience critique du risque prédit directement et indirectement (l'effet est médiatisé par les résultats espérés) l'intention de se préparer et l'intention de chercher des informations. Les résultats espérés perçus prédisent directement et indirectement (l'effet est médiatisé par l'auto-efficacité et le coping centré sur le problème) l'intention de se préparer. L'intention de se préparer prédit la préparation. Seule la perception de la temporalité modère la relation entre l'intention et la préparation. La responsabilité perçue prédit directement la préparation (Paton et al., 2005). Ainsi, tous les liens entre les variables ne se sont pas montrés significatifs dans cette application.

De surcroît, si ce modèle intègre déjà de nombreuses variables pour prédire l'adoption de comportements de préparation dans un contexte multi-événements, d'autres facteurs ont été mis en avant dans d'autres recherches, comme l'expérience antérieure, l'âge ou encore le genre. L'expérience antérieure d'une situation de crise serait un bon prédicteur de l'adoption des comportements de préparation (Maidl et al., 2019). L'expérience directe peut être l'expérience de la même crise que celle à laquelle l'individu se prépare. Mais elle peut aussi être l'expérience de petits événements dangereux, mais d'ampleur inférieure à ce que l'on qualifie de crise. Enfin, des expériences vicariantes par le biais des médias par exemple ou des expériences de vie difficiles peuvent également constituer un bon prédicteur des comportements de préparations (Becker et al., 2017). L'expérience antérieure d'une SSE est un facteur motivant pour l'adoption de comportements de préparation dans la population hospitalière (Azali & Ludin, 2020 ;

Chokshi et al., 2008 ; Goodhue et al., 2012). L'âge a un effet sur la perception du risque et l'adoption de comportement de préparation à une catastrophe. Les personnes plus âgées ont plus tendance à percevoir le risque comme une menace et à se préparer aux catastrophes en raison de leur expérience antérieure de gestion de crise similaire et de leurs responsabilités perçues plus élevées que les plus jeunes (Mulilis & Duval, 1997). Cependant, cet effet est contredit par une autre étude. En effet, leur préparation dépend également de leurs ressources. Les personnes âgées auraient tendance à moins se préparer en raison de leurs faibles ressources sociales et économiques et de leur santé en déclin (Mishra & Suar, 2005, cité par Mishra & Mazumdar, 2015). Le genre aurait un effet sur la préparation aux catastrophes. Les rôles professionnels, les réseaux sociaux, le leadership et les stratégies de coping sont perçus différemment selon le genre (Center for Emergency Preparedness and Response, 2008). Le fait d'être une femme augmente le niveau de préparation (Liddell et al., 2020). Cependant ces effets sont contredits par une autre étude qui n'a pas rapporté de différence de niveau de préparation selon le genre (Najafi et al., 2015). Ces variations peuvent s'expliquer par les différences de rôles genrés en fonction du contexte social. Enfin, selon Paton (2020), il est nécessaire dans toute théorie concernant la préparation d'intégrer des variables concernant les croyances et pratiques sociales, des individus et d'étudier leur influence sur la relation entre les individus et leur environnement. Une étude montre l'importance des attitudes liée au risque dans l'adoption des comportements de préparation. La signification donnée au risque est plus prédictive que la simple perception de sa probabilité dans ce cadre (Maidl et al., 2019). Une étude a montré que les croyances à l'égard du risque de tremblement de terre jouent un rôle dans la décision de prendre des mesures de protection (Becker et al., 2013). De nombreux modèles s'intéressant aux risques négligent les aspects sociaux, psychologiques et culturels liés aux risques (Kasperson et al., 1988). Si ce modèle intègre certains de ces éléments, la représentation du risque n'est toutefois pas incluse.

De plus, les résultats des études empiriques présentées précédemment sont à nuancer. En effet, la littérature qui s'est concentrée sur la préparation de la population générale à divers risques a des résultats très divers. Ceci en raison de la variété des comportements de préparation envisageables (Shreve et al., 2016). Au-delà des différents types de comportements étudiés, il existe différents types de mesures. Certaines recherches choisissent d'étudier la préparation avec une mesure unidimensionnelle. C'est le cas notamment lorsque l'intention de se préparer est étudiée. D'autres choisissent d'étudier la préparation avec des échelles multi-

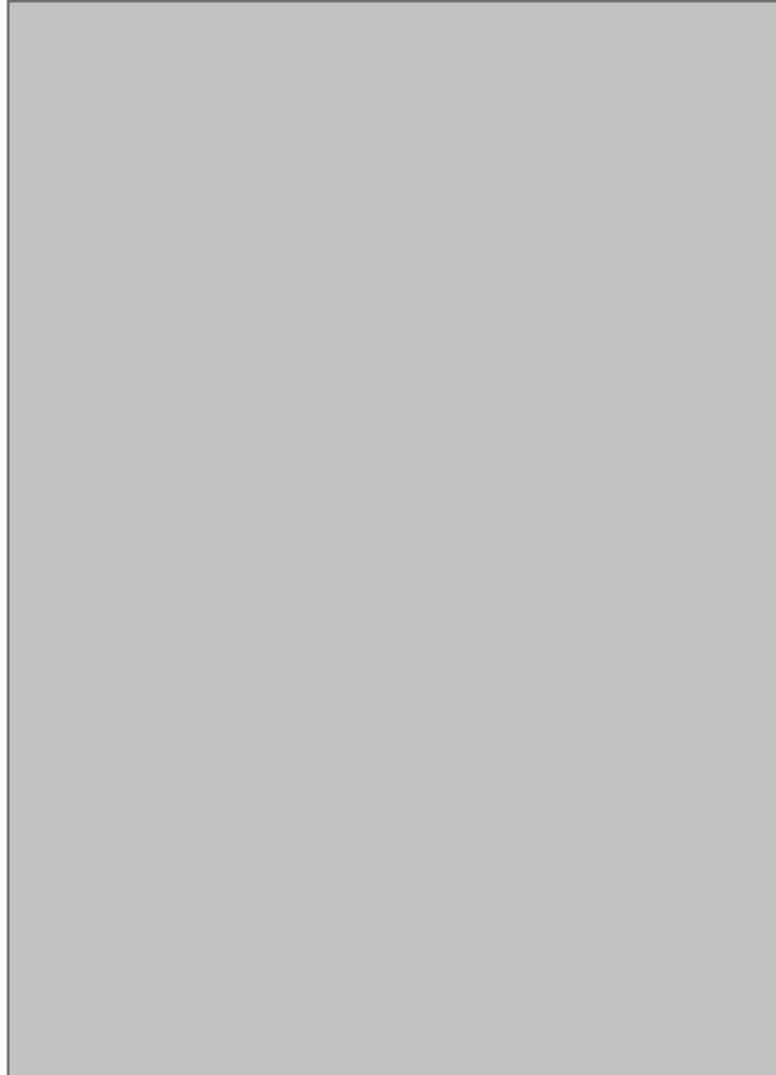
dimensionnelles. Enfin, d'autres choisissent d'étudier les comportements de préparation déjà réalisés.

Enfin, dans le contexte de cette thèse, il convient de se questionner sur la possible application de ce modèle aux personnels hospitaliers, ce qui n'a jusqu'à aujourd'hui pas été proposé dans la littérature. Ainsi, nous ne pouvons proposer que des hypothèses sur la possible pertinence de ce modèle dans notre contexte. D'abord, il convient de se questionner : les personnels hospitaliers doivent-ils être considérés comme des gestionnaires de la crise, c'est-à-dire comme des experts, ayant donc des mécanismes psycho-sociologiques différents de la population générale (alors considérés comme des profanes) ? Sinon, sont-ils sujets aux mêmes processus pour l'adoption de leurs comportements de préparation ? En effet, la préparation entre dans le cadre de la pratique professionnelle des personnels hospitaliers. C'est pourquoi nous supposons qu'ils ont une responsabilité supplémentaire à celle de la population générale. De plus, contrairement à la population générale, les personnels hospitaliers doivent recevoir des formations spécifiques à la préparation aux SSE (Direction générale de la santé & Direction générale de l'offre de soins, 2019). De surcroît, en exerçant leur profession, il est probable qu'ils aient été plus exposés que la population générale à des crises sanitaires. L'ensemble de ces éléments différencie la population générale de la population hospitalière. Cependant, ces facteurs sont évalués dans le modèle. Nous supposons donc que ce modèle est pertinent pour comprendre le comportement de préparation des personnels hospitaliers.

À RETENIR

Les recherches en psychologie et notamment en psychologie sociale montrent toute l'importance des facteurs sociocognitifs dans la prise de décision menant aux comportements de protection. Selon le modèle socio-cognitif de la préparation décrit par Paton, les comportements de préparation de la population générale aux catastrophes dépendent de 3 phases composées de : facteurs de motivation, variables qui mettent en lien la motivation initiale avec la formation de l'intention et variables qui modulent la relation entre l'intention de préparation et la préparation effective. Le modèle identifie comme variables précurseurs : la perception du risque, la conscience critique du risque, l'anxiété à propos du risque. Lorsque les individus ont une perception du risque suffisante, avec une anxiété liée au risque non inhibitrice, ils envisagent l'adoption du comportement. Ils entrent dans une phase de formation de l'intention. Les variables entraînant la formation de l'intention sont : les résultats espérés, l'auto-efficacité perçue, le coping centré sur le problème et l'efficacité de la réponse perçue. L'intention n'est pas suffisante pour entraîner l'adoption du comportement de préparation. D'autres variables modèrent le lien entre l'intention et l'adoption du comportement de préparation : le sens de la communauté, la responsabilité perçue, l'efficacité de la réponse, la perception de la temporalité et les normes du groupe de référence de l'individu. Si d'autres facteurs ont été mis en avant dans la littérature, ce modèle permet d'aller au-delà des conceptualisations techniques de la préparation en intégrant de nombreux facteurs provenant de la littérature et en les situant les uns par rapport aux autres, dans un contexte de catastrophes multi-événements.

4. CHAPITRE 4 : PROBLEMATISATION



4.1 POURQUOI S'INTERESSER A LA PREPARATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES ?

Un manque de préparation des personnels hospitaliers aux crises sanitaires semble être confirmé par la littérature internationale (Berhanu et al., 2016 ; Gowing et al., 2017 ; Labrague et al., 2018 ; Naser & Saleem, 2018 ; Paganini et al., 2016 ; Said & Chiang, 2020 ; Su et al., 2013). En France, à notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à la préparation des personnels hospitaliers. Elles ont cependant pu montrer la faiblesse de cette préparation : soit par une connaissance insuffisante du plan blanc de la part des personnels hospitaliers (Ammirati et al., 2008 ; Lae & Grange, 2008 ; Malfroy et al., 2016 ; Wrobel, 2017), soit par le manque de formation spécifique, reçue par seulement la moitié des personnels hospitaliers (Malfroy et al., 2016 ; Wrobel, 2017). De même, trop peu (la moitié des participants) pensent avoir une bonne capacité d'adaptation en cas de déclenchement d'un plan blanc (Wrobel, 2017). Au vu de l'importance de la préparation des systèmes de santé pour une bonne gestion de ces situations (Linde, 2018), ces données sont préoccupantes. L'amélioration de la préparation constitue un objectif pour les systèmes de santé.

Afin d'améliorer la préparation des personnels hospitaliers, la communication sur les risques n'est pas suffisante. En effet, pour motiver les individus à se préparer, d'autres facteurs, notamment psycho-sociaux, sont prédicteurs des comportements de préparation (*e.g.* Harries, 2008 ; Johnson & Nakayachi, 2017 ; Levac et al., 2012 ; Lindell et al., 2009 ; Solberg et al., 2010). De nombreuses études ont montré l'intérêt de l'utilisation d'une approche psycho-sociale pour étudier les comportements de préparation aux catastrophes (Mishra & Mazumdar, 2015 ; Paton, 2018), mais très peu ont été réalisées auprès des personnels hospitaliers.

De plus, si de nombreuses recherches se sont intéressées à la préparation déclarée et à la préparation perçue, le sentiment d'être prêt à gérer une situation sanitaire exceptionnelle n'a été étudié que par Wrobel, qui mesure la perception d'être prêt au déclenchement du plan blanc (Wrobel, 2017).

4.2 L'INTERET DES CHOIX EPISTEMOLOGIQUES

Au vu de l'importance des facteurs psycho-sociaux impactant les comportements de préparation aux catastrophes (pour une synthèse, voir Mishra & Mazumdar, 2015), l'utilisation de modèles comportementaux développés en psychologie pour prédire les comportements de préparation aux catastrophes est pertinente (pour une revue, voir Ejeta et al., 2015). La théorie du comportement planifié a montré une bonne efficacité pour la prédiction des comportements lors de catastrophes (McIvor & Paton, 2007 ; Najafi et al., 2017 ; Vinnel, 2020). Ce modèle s'est également montré pertinent pour l'étude de comportements de santé chez les personnels hospitaliers (Myers & Goodwin, 2012) et de l'intention de prendre en charge des patients atteints du SRAS (Ko et al., 2004). De plus, cette thèse s'inscrit dans une démarche de psychologie sociale appliquée. Or la TCP présente un intérêt pour la prévention en raison de sa facilité d'application sur le terrain (Vinnel, 2020). Nous avons donc fait le choix d'employer cet outil pour étudier les comportements de préparations des personnels hospitaliers aux SSE. Sa mobilisation permettra d'identifier les variables et leurs interactions pour la prédiction du comportement de préparation, et ainsi de proposer des recommandations concrètes pour l'amélioration des programmes de préparation.

Au vu de l'importance de la perception du risque dans le processus d'adoption des comportements de préparation dans la population générale (Perry & Lindell, 2006 ; Shreve et al., 2016 ; Slovic, 1987 ; Van Valkengoed & Steg, 2019), la prise en compte de la perception des personnels hospitaliers du caractère risqué des SSE est primordiale. Les SSE en elles-mêmes sont des situations incertaines, c'est pourquoi la perception du risque d'apparition d'une SSE est importante à étudier. Pour cela, l'étude de la gravité perçue, la fréquence perçue et la crainte déclarée liées à l'apparition d'une SSE est pertinente puisque ce sont les caractéristiques de la situation qui déterminent la perception du risque selon Perreti-Watel (2003). Cependant, il ne s'agit pas de l'unique risque qui nous intéresse dans ce travail. En effet, le second type de risque pour les personnels hospitaliers consiste à l'impréparation de ces derniers, rendant leur gestion des SSE inefficace. Plus particulièrement l'étude de la perception de la préparation et de son importance dans le cadre de la prise en charge de ces situations. Dans ce cadre, l'absence d'adoption de comportements de préparation peut être considérée comme un comportement à risque.

Au vu du poids des imaginaires sociaux associés aux catastrophes et de leur rôle dans les comportements préventifs y étant associé (Vidal, 2012), la mobilisation d'une démarche

compréhensive de l'étude de la préparation des personnels hospitaliers à ce type de situation semble nécessaire. De plus, les personnels hospitaliers ont des comportements dépendant de leur insertion sociale (spécifique en tant que personnels hospitaliers) et de l'objet (sa définition factuelle, mais aussi les représentations de cet objet) (*cf.* Moscovici, 1984). L'absence dans la littérature de ce type d'approche argumente pour leur mobilisation. La théorie des représentations sociales, en tant que théorie socio-cognitive, en étudiant la reconstruction du sens permet d'intégrer dans ce travail l'étude du contexte. Elle permet également la compréhension des comportements à travers le lien entre pratiques sociales et représentations sociales (Abric, 1994). Sa mobilisation permettra donc d'adopter une démarche compréhensive, ouverte, permettant l'émergence de facteurs influençant le comportement de préparation, d'une définition de la perception d'être prêt et de préciser les résultats obtenus avec la mobilisation de la théorie du comportement planifié et la théorie de la perception du risque.

Enfin, cette thèse emploie une démarche mixte, avec des méthodologies qualitatives et quantitatives. Comme le décrivent Santiago-Delefosse et Rouan (2011), l'intérêt des méthodes qualitatives est d'explorer la logique interne des phénomènes, sans les évaluer au regard d'une norme de raisonnement. Ceci permet de prendre en compte la singularité et la complexité des phénomènes en les situant dans leur dynamique psycho-sociale (Santiago-Delefosse et Rouan, 2001). Un des objectifs de recherche étant de comprendre ce que sont pour cette population les SSE, cette approche est pertinente puisqu'elle permet d'approcher au plus près de leur réalité. Ainsi, on ne vise pas la généralisation des résultats, mais l'identification des logiques internes complexes de cet échantillon spécifique. Dans un second temps, une démarche quantitative est entreprise. Ceci afin de pouvoir autant que possible quantifier, vérifier et généraliser nos résultats.

4.3 OBJECTIFS DE LA THESE

Ainsi, compte tenu (a) des carences de préparation des personnels hospitaliers, (b) de l'intérêt d'une approche psychosociale dans le cadre des comportements de préparation chez la population générale et (c) la pauvreté dans la littérature de la conceptualisation de la préparation, cette thèse vise à étudier plusieurs aspects de la préparation des personnels hospitaliers aux SSE avec une approche psychosociale. L'objectif pratique poursuivi par cette thèse est de fournir des recommandations concrètes afin d'améliorer la préparation des personnels hospitaliers. Pour cela, deux objectifs principaux sont poursuivis par cette thèse : (1) améliorer la compréhension des processus d'adoption des comportements de préparation aux SSE chez les personnels hospitaliers et (2) améliorer la conceptualisation du sentiment d'être prêt aux SSE chez les personnels hospitaliers.

Afin d'adopter une démarche holistique, la préparation est étudiée avec diverses approches théoriques et méthodologiques. Ce travail de thèse est composé de 4 axes de recherche :

- (1) Axe 1 : Explorer le contenu représentationnel des personnels hospitaliers associé aux SSE et à sa préparation ;
- (2) Axe 2 : Explorer la perception du risque des personnels hospitaliers de la survenue des SSE et de l'impréparation ;
- (3) Axe 3 : Mesurer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers aux SSE et identifier les facteurs qui y sont associés ;
- (4) Axe 4 : Mesurer l'intention comportementale des personnels hospitaliers à se préparer aux SSE et identifier ses prédicteurs.

4.4 DEMARCHE OPERATIONNELLE

Le caractère incertain des SSE rend sa typologie imprévisible. Il est donc nécessaire de se préparer à un large éventail de situations. La théorisation de la préparation ne doit donc pas s'intéresser à la préparation à des événements particuliers, mais s'intéresser à la préparation aux SSE dans leur globalité (Paton, 2018). Nous proposons donc une recherche multi-événements. La littérature sur la préparation des personnels hospitaliers a pris en compte une partie des personnels, une majorité des études ont été réalisées avec des infirmiers (*e.g.* Al Harthi et al., 2020 ; Labrague et al., 2018). Nous avons fait le choix d'intégrer tous les personnels hospitaliers dans ce travail de thèse. En effet, tous seraient mobilisés lors d'une situation de type plan blanc. Ces choix d'intégration (multi-événements et l'ensemble des personnels hospitaliers) rendent ce travail de thèse plus exploratoire encore. Ce travail n'est pas centré sur une profession ou sur un type de situation, ce qui rend son application pratique difficile. Cependant, étant donné les lacunes de la littérature à ce sujet, il nous a semblé pertinent de proposer un travail exploratoire et généraliste, sur lequel pourront reposer des études plus spécifiques par la suite.

Afin de répondre aux 4 axes de recherches de la thèse, 4 études sont mises en place :

- Une première étude, constituée d'entretiens semi-directifs, a pour objectif principal de mieux comprendre comment les personnels hospitaliers se représentent les SSE et leur préparation ;
- Une seconde étude composée d'une tâche d'évocation hiérarchisée vise l'étude des représentations associées aux SSE ;
- À l'aide de ces deux études et de la littérature, un questionnaire est employé avec pour objectif principal l'étude du sentiment d'être prêt et de l'intention comportementale à se préparer. Cette troisième étude a également pour objectif secondaire de contribuer à l'étude des représentations et perception du risque des SSE, à travers une comparaison avec la population générale. Cette étude a été réalisée avant le premier pic de la COVID-19. Une étude du sentiment d'être prêt spécifique à la COVID-19 a été également mise en place par ce questionnaire ;
- Enfin, une quatrième étude, constituée du même questionnaire que pour l'étude 3, a pour objectif d'étudier l'effet de l'apparition d'une SSE de type pandémie sur les perceptions de la préparation, l'intention comportementale à se préparer aux SSE, les représentations et perceptions des risques associés aux SSE. Cette étude a été réalisée après le premier pic de la COVID-19.

Un axe de recherche ne correspond pas à une seule étude. En effet, différentes opérations de recherche répondent à différents axes. La première étude, constituée d'entretiens semi-directifs, couvre les axes 1 et 2 et participe à la construction des méthodes de l'axe 3 et 4. La deuxième étude, constituée de tâches d'évocations hiérarchisées couvre l'axe 1. La troisième et quatrième étude couvre l'axe 1, 2, 3 et 4. Un tableau croisant les 4 axes de recherches et les 4 études proposées dans cette thèse est disponible afin de présenter de façon plus claire l'articulation des méthodes de recherche (*cf.* Tableau 2).

Tableau 2 - Croisement des axes de recherche et des études

	Axe 1 <i>Étude des représentations</i>	Axe 2 <i>Étude de la perception du risque</i>	Axe 3 <i>Étude du sentiment d'être prêt</i>	Axe 4 <i>Étude de l'intention comportementale</i>
Étude 1 <i>Entretiens semi-directifs</i>	Représentations associées aux SSE	Perception du risque des SSE et de l'impréparation	Création du questionnaire	Création du questionnaire
Étude 2 <i>Tâches évocations hiérarchisées</i>	Représentations associées aux SSE			
Étude 3 <i>Questionnaires avant le premier pic de la COVID-19</i>	Représentations associées aux événements potentiellement SSE ; comparaison avec la population générale	Représentations associées aux événements potentiellement SSE ; comparaison avec la population générale	Le mesurer lui et ses déterminants	Le mesurer lui et ses déterminants
Étude 4 <i>Questionnaires après le premier pic de la COVID-19</i>	Explorer l'effet de l'exposition	Explorer l'effet de l'exposition	Explorer l'effet de l'exposition sur lui et ses déterminants	Explorer l'effet de l'exposition sur lui et ses déterminants

Pour plus de précisions, les objectifs spécifiques de chaque étude, les méthodes employées et leur population sont présentés dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 3).

Tableau 3 - Récapitulatif des opérations de recherches

Étude ①

Méthode : Entretiens semi-directifs
Echantillon : 43 personnels hospitaliers
Objectifs : (1) Explorer les représentations sociales des personnels hospitaliers associées aux situations sanitaires exceptionnelles (2) Explorer les représentations sociales des personnels hospitaliers associées au comportement de préparation à ces situations (3) Explorer la perception du risque d'apparition d'une SSE chez les personnels hospitaliers (4) Explorer la perception du risque de l'impréparation aux SSE chez les personnels hospitaliers

Étude ②

Méthode : Tâche d'évocations hiérarchisées
Echantillon : 157 personnels hospitaliers
Objectifs : (1) Contribuer à déterminer si l'objet situation sanitaire exceptionnelle est un objet de représentations sociales (2) Explorer les représentations associées aux situations sanitaires exceptionnelles (3) Étudier l'organisation de la représentation (4) Explorer les différences de représentations entre les professionnels

Étude ③

Méthode : Questionnaire
Echantillon : 408 personnels hospitaliers et 745 non-hospitaliers
Objectifs : (1) Explorer les représentations de trois événements potentiellement SSE (2) Explorer les différences des représentations d'événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier (3) Explorer la perception du risque de trois événements potentiellement SSE (4) Explorer les différences de perception du risque de trois événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier (5) Explorer l'implication personnelle liée à trois événements potentiellement SSE

- (6) Explorer les différences d'implication professionnelle liée aux événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier
- (7) Mesurer le sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers
- (8) Identifier les facteurs prédictifs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers
- (9) Mesurer le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers
- (10) Identifier les facteurs prédictifs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers
- (11) Explorer l'évolution des scores des facteurs prédictifs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE, après une SSE
- (12) Mesurer l'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers
- (13) Identifier les facteurs prédictifs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers

Étude ④

Méthode : Questionnaire

Echantillon : 534 personnels hospitaliers et 477 non-hospitaliers

Objectifs :

- (1) Explorer l'évolution des représentations de trois événements potentiellement SSE, après la première vague de la COVID-19
- (2) Explorer les différences d'évolution des représentations de trois événements potentiellement SSE, entre la population générale et le personnel hospitalier, après la première vague de la COVID-19
- (3) Explorer l'évolution de la perception du risque de trois événements potentiellement SSE, après la première vague de la COVID-19
- (4) Explorer les différences d'évolution de la perception du risque de trois événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier, après la première vague de la COVID-19
- (5) Explorer l'évolution de l'implication professionnelle liée aux événements potentiellement SSE, après la première vague de la COVID-19
- (6) Explorer les différences d'évolution de l'implication professionnelle liée aux événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier, après la première vague de la COVID-19
- (7) Explorer l'évolution de score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19
- (8) Explorer l'évolution des facteurs prédictifs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19

- (9) Explorer l'évolution du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19
- (10) Explorer l'évolution des facteurs prédicteurs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19
- (11) Explorer l'évolution du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19
- (12) Explorer les scores des facteurs prédicteurs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19
- (13) Explorer l'évolution des facteurs prédicteurs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19

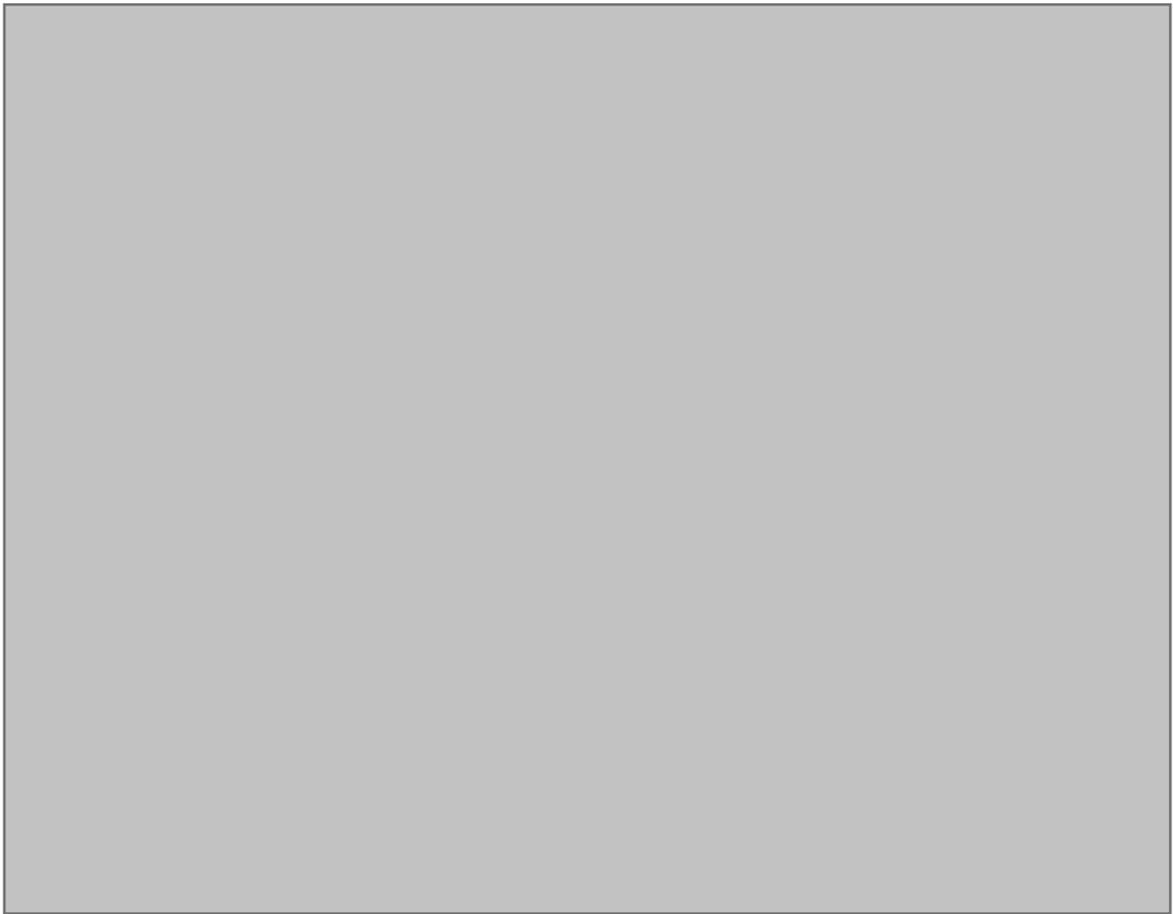
À RETENIR

La littérature sur la préparation des personnels hospitaliers malgré les limites qu'elle présente tend à montrer un manque de préparation des personnels hospitaliers aux SSE. Au vu de l'importance de la préparation des systèmes de santé pour une bonne gestion de ces situations, ces conclusions sont préoccupantes. Afin d'améliorer la préparation, des personnels hospitaliers des facteurs psycho-sociaux peuvent potentiellement être mobilisés. Très peu d'études mobilisant cette approche ont été réalisées auprès des personnels hospitaliers. Les deux objectifs principaux poursuivis par cette thèse sont d'améliorer la compréhension des processus d'adoption des comportements de préparation aux SSE chez les personnels hospitaliers et d'améliorer la conceptualisation du sentiment d'être prêt aux SSE chez les personnels hospitaliers. Afin d'adopter une démarche holistique, la préparation est étudiée avec diverses approches théoriques et méthodologiques. 4 axes de recherche sont mobilisés : axe 1 : explorer le contenu représentationnel des personnels hospitaliers associé aux SSE et à sa préparation ; axe 2 : explorer la perception du risque des personnels hospitaliers de la survenue des SSE et de l'impréparation ; axe 3 : mesurer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers aux SSE et identifier les facteurs qui y sont associés et axe 4 : mesurer l'intention comportementale des personnels hospitaliers à se préparer aux SSE et identifier ses prédicteurs. 4 études sont mises en place. La première et la seconde étude composées d'entretiens -semi directifs et de questionnaires d'évocations hiérarchisées visent à répondre aux deux premiers axes de recherche de la thèse et à contribuer à la création de la méthode des études suivantes. La troisième et la quatrième étude visent à répondre aux 4 axes de recherche de la thèse à l'aide de questionnaires diffusés avant et après le premier pic de la COVID-19.

PARTIE 2 : APPORTS

EMPIRIQUES DE LA THESE

5. CHAPITRE 5 : REPRESENTATIONS ASSOCIEES AUX SSE ET A SA PREPARATION



5.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE 1

Cette première étude vise à mieux identifier les représentations des personnels hospitaliers associées aux situations sanitaires exceptionnelles et leur préparation à celles-ci. Elle permet également de proposer des hypothèses concernant les possibles prédicteurs du sentiment d'être prêt à gérer ces SSE chez les personnels hospitaliers. C'est pourquoi elle constitue une phase préliminaire pour la mise en œuvre des études 3 et 4 : ses résultats permettent la construction des outils qui seront utilisés dans la suite de la thèse.

Cette étude s'inscrit dans le cadre des axes 1 et 2 de la thèse. Ainsi, ses objectifs spécifiques sont :

- (1) Explorer les représentations sociales des personnels hospitaliers associées aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- (2) Explorer les représentations sociales des personnels hospitaliers associées au comportement de préparation à ces situations ;
- (3) Explorer la perception du risque d'apparition d'une SSE chez les personnels hospitaliers ;
- (4) Explorer la perception du risque de l'impréparation aux SSE chez les personnels hospitaliers.

Cette recherche exploratoire vise dans un premier temps à déterminer si les SSE sont susceptibles d'être un objet de représentations sociales chez les personnels hospitaliers. Puis, il s'agira d'identifier les éléments associés à cet objet, et leur dynamique au regard de sa définition, de son caractère risqué et de la préparation des professionnels à ces situations. De plus, cette recherche vise à déterminer comment les personnels hospitaliers perçoivent les risques associés aux SSE. Plus précisément, l'objectif est de déterminer quel est le risque perçu d'apparition d'une SSE et si l'impréparation est perçue comme un risque ou non.

5.2 METHODE

5.2.1 Participants

43 personnels hospitaliers ont participé à cette étude. L'échantillon est composé de 28 femmes et 15 hommes, âgés de 34 à 65 ans (moyenne = 48,17, écart type = 7,93). 4 groupes professionnels sont représentés : les médicaux (n=12), les paramédicaux (n=12), les cadres de santé (n=10) et les personnels administratifs hospitaliers (n=9). Les participants exercent leur profession dans différents hôpitaux, dans des Centres Hospitaliers Universitaires ou bien des Centres Hospitaliers et dans les villes suivantes : Angers (n=4), Avignon (n=2), Gap (n=15), Lille (n=2), Lyon (n=3), Montpellier (n=1), Nîmes (n=10) et Paris (n=6). Les participants exercent dans 20 services différents : bloc opératoire, hygiène hospitalière, chirurgie, pédiatrie, logistique, qualité, prélèvement d'organes, direction, archives, imagerie médicale, laboratoire, CESU, Urgences, médecine polyvalente, centre de transplantation hématologique, SAMU, cardiologie, réanimation, traumatologie, endocrinologie. Afin de caractériser l'échantillon, il a été demandé aux participants de renseigner différentes données présentées dans le tableau ci-dessous (*cf.* Tableau 4).

Tableau 4 - Description de l'échantillon de participants entretiens semi-directifs

Caractéristiques	Fréquences (en %)					
Temps d'expérience professionnelle	Moins de 5 ans		Entre 5 et 15 ans		Plus de 15 ans	
	4,65 %		39,53 %		55,81 %	
Niveau perçu de connaissances sur les SSE	Très élevé		Élevé	Moyen	Faible	Très faible
	9,30 %		16,28 %	44,19 %	4,65 %	2,33 %
	Vécu antérieur d'une ou des SSE	Oui		Non		
		51,16 %		48,84 %		
	Oui		Non			

Participation à des formations à la gestion des SSE	81,39 %	18,60 %
Participation à un exercice de simulation de SSE	Oui 53,49 %	Non 46,51 %
Responsabilité en lien avec l'écriture du plan blanc	Oui 55,81 %	Non 44,19 %

5.2.2 Procédure et outils

5.2.2.1 Procédure

Des entretiens de recherche semi-directifs ont été réalisés. Le seul critère d'inclusion est d'exercer sa profession dans un hôpital en France. La collecte des données a été réalisée de janvier à juillet 2019 (soit avant la pandémie de COVID-19). La méthode « boule de neige » (Vogt & Johnson, 2011) a été employée pour la constitution de l'échantillon. Des personnels hospitaliers occupant différents postes (directeur adjoint, ingénieur qualité, médecin, psychologue, infirmier) ont été contactés. Il leur a été demandé de fournir le contact de personnels hospitaliers susceptibles de participer à cette étude dans leurs centres hospitaliers respectifs. Des contacts personnels ont également été sollicités pour mettre en lien les expérimentateurs avec des participants. Puis les participants ont été invités à donner le contact d'autres participants potentiels.

Afin d'assurer la standardisation de la passation, la procédure était la même pour chaque participant : après un premier contact par message (mail ou SMS), un rendez-vous était fixé dans un lieu choisi par les participants afin de favoriser la confidentialité de l'entretien. La plupart ont été réalisés sur le lieu de travail des participants (n=39). Certains participants ont été rencontrés à leur domicile personnel (n=2) ou dans des cafés (n=2). La rencontre était divisée en trois phases. La première consistait à présenter le contexte de l'étude. Après explication de l'étude et de ses objectifs, les sujets ont donné leur consentement libre et éclairé. Le participant répondait ensuite au questionnaire d'évocation hiérarchisé avec le mot inducteur

« Situation sanitaire exceptionnelle ». L'entretien semi-directif démarrait alors en suivant le guide d'entretien disponible en annexe (cf. Annexe 1). Les entretiens ont duré en moyenne 64,09 minutes (écart-type : 19,44 minutes), l'entretien le plus court a duré 29 minutes et le plus long 97 minutes.

5.2.2.2 Outils

Le guide d'entretien se compose de 3 parties. La première aborde le thème des représentations liées à la définition des SSE, la seconde celui de la perception du risque associé aux SSE. Enfin, la troisième partie concerne la préparation à ces dernières. La question inaugurale est : « Qu'est-ce qu'une situation sanitaire exceptionnelle pour vous ? ». Il était demandé aux participants de préciser les associations énoncées lors de la tâche d'évocation hiérarchisée après avoir répondu à la question inaugurale. Puis à l'aide du guide, les sujets ont été relancés de façon à faciliter leur expression. Pour cela, les expérimentateurs se sont appuyés sur les relances mises en évidence par Gotman et Blanchet (Gotman & Blanchet, 1992).

5.2.2.3 Analyse des données

Une analyse du contenu thématique a été appliquée au corpus d'entretiens. Cette méthode proposée par Bardin en 1977 permet d'analyser des données d'entretiens dans une démarche qualitative (Bardin, 2003). La méthode proposée par Dany a été mobilisée (Dany, 2016). Des thèmes et sous-thèmes ont été extraits du corpus d'entretien. Cette phase a fait l'objet d'une double analyse indépendante, grâce à la participation d'une étudiante de master 2 en psychologie sociale de l'université de Nîmes dans le cadre de son mémoire de recherche. La liste des thèmes et sous thème a été finalisée après confrontation des deux analyses. Deux grilles ont été ainsi créées, l'une concernant les représentations associées à la définition de l'objet SSE et l'autre concernant les représentations associées à la préparation aux SSE. Une analyse quantitative a été réalisée en déterminant la fréquence d'occurrence des thèmes, c'est-à-dire le nombre de participants ayant évoqué le thème et sous thème. Pour cela, un tableau répertoriant tous les verbatims correspondant aux sous-thèmes énoncés par chacun des participants a été réalisé. Ensuite, une analyse qualitative transversale des entretiens a été réalisée en explorant les liens entre les différents thèmes qui ont émergé de l'analyse de contenu thématique.

5.3 RESULTATS

La première grille (*cf.* Tableau 5) élaborée lors de l'analyse de contenu thématique permet de décrire les contenus associés aux représentations sociales des SSE chez les personnels hospitaliers. Ainsi, cinq thèmes (caractéristiques, types d'événements, conséquences, des perceptions différentes selon les profils de professionnels, et la prise en charge) sont dégagés. La seconde grille (*cf.* Tableau 5) permet de décrire les contenus associés aux représentations sociales de la préparation aux SSE. Six thèmes (intérêt de la préparation, une préparation dépendante des institutions, une préparation collective, une préparation individuelle, difficulté à se préparer et difficulté à se sentir prêt) sont dégagés. Les résultats sont scindés en deux parties correspondant à ces deux grilles. Les thèmes et sous thèmes répertoriés dans les grilles d'analyses accompagnées de leurs verbatims sont présentés en annexe (*cf.* Annexe 2). Ci-dessous sont présentées les grilles avec les thèmes et sous thèmes, puis des descriptions des thèmes et sous thèmes de ces dernières sont proposées.

5.3.1 Analyse du contenu thématique : la définition des SSE

Tableau 5 - Grille d'analyse du contenu thématique partie 1 - représentations associées aux situations sanitaires exceptionnelles

Thème	Sous-thème	Fréquence d'occurrence ^a (en %)
Types d'événements	Attentats	95
	Accident	88
	Risque NRBCE ^b	86
	Risque naturel	70
Caractéristiques	Afflux massif de victimes	91
	Urgence	88
	Rareté	84
	Imprévisible	72
	Débordement des organisations	70
	Gravité	58
	Grande ampleur	56
Suspension du quotidien	35	

	Une notion floue	16
La prise en charge des SSE	Gestion émotionnelle	77
	Une responsabilité hospitalière : devoir d'efficacité	72
	Difficulté de coordination	65
	L'action avant la réflexion : la culture professionnelle	40
	Un challenge : de l'adrénaline	37
Différences entre les professionnels	Distinction entre les services	74
	Distinction entre les soignants et les administratifs	65
	Tous touchés	44
	Distinction entre les médicaux et les paramédicaux	40
	Tous différents	33
Conséquences	Psychologiques	65
	Létales	63
	Médiatiques	35
	Économiques	26
	Politiques	12

^a Pourcentage des participants ayant évoqué les sous-thèmes.

^b Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique et Explosif.

5.3.1.1 Types d'événements

Tous les participants ont cité des exemples d'événements à risque de devenir des SSE. Ces exemples fondent la définition des SSE. Ils ajoutent une dimension pratique, ancrent la SSE dans la réalité, limitant son aspect abstrait. Les exemples de types d'événements ont des définitions et des fréquences d'occurrences différentes. Les exemples cités pour illustrer une SSE dépendent en partie de la situation géographique des participants. En effet, chaque territoire ayant ses propres risques, les exemples sont différents.

Cependant, l'événement attentat dépasse le cadre des risques territorialisés. 95 % des participants citent ce type d'événement. Pour la plupart, c'est la première notion spontanément abordée, car elle est actuelle : « *Terrorisme parce que c'est l'actualité* » (infirmier, salle de réveil). Il s'agit de situations considérées comme très médiatisées : « *Alors, quand on dit situation, bon tout le monde pense attentat... des choses très médiatisées* » (cadre de santé, service mobile d'urgence et de réanimation). De plus, pour 30 % des participants, la notion de SSE et les plans mis en place pour la gérer sont apparus en réponse aux attentats terroristes perpétrés en France en 2013 et en 2015 (NB : l'étude a été réalisée un peu plus de 3 ans après

les événements de 2015) : « *situation sanitaire exceptionnelle, ça n'existe que depuis les attentats, enfin je veux dire au niveau du terme* » (sage-femme, service de maternité). Les attentats constituent donc un exemple fondateur pour définir ce qu'est une SSE. De plus, à la différence des autres événements cités par les participants, cet exemple est plus fortement associé à une notion de crainte : « *on pense plutôt au risque attentat quoi [...] on pense plus à ce qu'on craint, oui effectivement* » (médecin, réanimation). L'inquiétude est exprimée à la fois du point de vue de la gestion professionnelle et du point de vue de la vie personnelle et familiale. « *ce que je crains, mais ça c'est le côté personnel, c'est l'attentat* » (cadre de santé, service des urgences).

Ensuite, 88 % des participants évoquent les accidents de grande ampleur. Ils parlent principalement d'accidents de la voie publique ou d'accidents de transports impliquant un grand nombre d'usagers. Ils donnent notamment l'exemple de l'accident de car de Millas de 2017 : « *un AVP, un accident de la voie publique pardon avec bus, multi-victimes, comme heu ce qu'il s'est passé par exemple à Millas au niveau de Perpignan* » (cadre de santé, SMUR).

Puis, 86 % des participants citent les risques NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique et Explosif). Les épidémies sont les situations les plus citées, les risques nucléaires et chimiques sont également souvent évoqués, alors que les risques radiologiques le sont moins. Les participants associent à ces risques les formations qu'ils ont pu avoir. Certains expliquent qu'ils sont « formatés » à parler de risques NRBC lorsqu'ils pensent au plan blanc : « *Quel type de risque, ben heu on est conditionné là avec l'histoire de risque NRBC* » (médecin, urgence). Là encore, les participants font des parallèles avec l'actualité, en parlant par exemple du risque Ebola ou de la grippe pour les épidémies : « *on a eu peur lors d'Ebola, tout ça* » (directrice des soins, direction). Le lexique n'est pas le même qu'avec les attentats, il semble que la crainte et la perception de la probabilité d'occurrence soient moins élevées : « *non je pense pas spécialement épidémie, je... hum... à tort peut être, je me sens peut être moins concernée, c'est plus le côté terrorisme en fait qui me...* » (Ingénieur des risques professionnels, direction); « *le risque chimique, heu... etcétera ou bactériologique, bon, on y pense, mais moins* » (médecin, réanimation).

Pour finir, 70 % des participants citent les catastrophes naturelles. Ces risques sont associés à une contrôlabilité faible : « *alors après, tout ce qui est risque naturel, ça c'est... difficilement heu... gérable* » (adjoint administratif, santé au travail). Ces événements, tels que les inondations, les canicules, les tremblements de terre ou les avalanches sont simplement cités, sans beaucoup d'explications. Cependant, on peut noter que ce ne sont pas les mêmes types de

catastrophes naturelles qui sont cités selon les régions des participants. Ainsi, à Nîmes par exemple, les participants parlent d'inondations, de canicule et de neige, à Gap d'avalanche.

5.3.1.2 Caractéristiques

5.3.1.2.1 Une définition par les événements concrets

La SSE est définie en fonction de plusieurs caractéristiques présentées ci-dessous. Il s'agit d'éléments de définition qui ont été décrits dès le début des entretiens, de manière spontanée pour la plupart des caractéristiques. La plupart des participants (91 %) la définissent par l'afflux massif de victimes. Cette caractéristique est le fondement de la SSE : « *Pour nous, une situation sanitaire exceptionnelle, ce serait plutôt un afflux massif de victimes* » (médecin, réanimation). Une situation sanitaire ne peut être qualifiée d'exceptionnelle que si elle est de grande ampleur, pour 56 % des participants : « *c'est l'ampleur du phénomène qui fait que c'est extraordinaire* » (directeur des soins, direction). La grande ampleur est liée à l'afflux massif de victimes, qui ajoute également un côté impressionnant à la situation : « *on ne va pas être surpris par la pathologie, mais on va être surpris par le nombre et l'intensité* » (médecin, réanimation). Cette situation nécessite de mobiliser un grand nombre de professionnels : « *voilà, donc on devient là, on sera dans une situation exceptionnelle, puisqu'il y aura besoin de monde pour les réceptionner, de monde pour les récupérer, de monde pour les médicaliser, donc là on passe sur une situation exceptionnelle* » (infirmier, urgence). Il s'agit d'une situation urgente pour 88 % des participants. La gravité causée par l'ampleur de la situation nécessite une prise en charge en urgence. L'objectif de l'urgence est de limiter les conséquences des situations : « *urgence parce que, selon moi, il va falloir réagir rapidement pour éviter justement qu'il n'y ait trop de conséquences* » (médecin, bloc opératoire). Enfin, c'est une situation qui cause une inadéquation entre les moyens mis en place et ce que demande la gestion de la situation. Pour 70 % des participants, le débordement des organisations définit la SSE : « *Une situation où les procédures habituelles sont débordées* » (médecin, hématovigilance). La gestion des SSE demande des ressources supplémentaires et une flexibilité, donc une réorganisation des procédures habituelles. Ceci est une des sources de difficultés : « *réorganisation du service public, ça veut dire qu'étant donné qu'il y a un afflux massif de patients, il y a toute l'organisation qui est rodée, tout ce qui est programmé, qui va falloir revoir de façon assez rapide* » (sage-femme, pôle mère enfant). Pour 35 % des participants, la SSE est définie en opposition avec le quotidien. La SSE nécessite de déprogrammer ce qui est prévu : « *c'est la*

suspension du quotidien pour laisser place, en fait complètement à la situation exceptionnelle » (cadre de santé, chirurgie). Dans un second temps, les participants précisent qu'il est nécessaire de ne pas omettre le quotidien. Il s'agit d'une situation qui nécessite de modifier ses priorités, ce qui demande de suspendre les activités du quotidien, sans omettre les patients qui ne sont pas victimes de la situation, mais qui nécessitent des soins en urgence : *« tout en continuant à travailler heu, sub-normalement quoi, sub-normalement, enfin en continuant à travailler de façon à, en prenant l'activité heu... réglée, et les urgences du jour »* (coordinateur SSE, direction).

5.3.1.2.2 Une définition par son évaluation

Au-delà de sa définition factuelle, la SSE est définie comme ayant des conséquences graves (pour 58 % des participants) : *« il faut qu'il y ait un danger réel ou un risque immédiat d'atteinte grave ou de mort, pour qu'on puisse le définir comme exceptionnel »* (infirmier, soin de rééducation). De plus, le sentiment de contrôle sur ces situations est relativement faible (pour 72 % des participants) en raison de son imprévisibilité : *« on ne sait pas, on ne peut pas savoir, comme c'est imprévisible »* (aide-soignant, service de radiologie) ; *« si on pouvait le prévoir... Ce serait génial (rire), ce serait plus une situation exceptionnelle »* (cadre de santé, bloc opératoire). Elle n'est pas anticipable, puisqu'imprévisible. Cette imprévisibilité cause une forme de surprise, qui est une source de la désorganisation : *« vous vous sentez, y'a le caractère démuni, être démuni face à l'imprévisible voilà. »* (médecin, hématovigilance). Cependant, cette gravité et imprévisibilité est contrebalancée par la faible probabilité d'apparition perçue (pour 84 % des participants) : *« probablement, je n'en verrai jamais »* (médecin, service de réanimation). Il semble que c'est en l'associant à cette caractéristique de rareté que les participants diminuent leur perception du risque de SSE : *« Assez peu fréquent, fort heureusement »* (coordinateur SSE, direction).

Cependant, pour 16 % des participants, la notion de SSE est floue. Certains présentent des difficultés à la définir précisément. Ils évoquent le caractère abstrait de ces situations, leur faible fréquence les rendant difficilement concrètes : *« ça reste encore une notion assez... Lointaine, floue, finalement à laquelle on n'a pas été directement confrontés quoi »* (médecin, bloc opératoire). D'autres, parmi ces 16 %, ne présentent pas de difficultés à les définir, mais notent que cela est difficile pour une majorité des personnels hospitaliers.

5.3.1.3 La prise en charge des SSE

5.3.1.3.1 Une source d'appréhension...

Les participants abordent rapidement la question de la prise en charge des SSE. Ils font un lien direct avec leur pratique actuelle ou future en cas de survenue d'une SSE. 77 % des participants associent à la prise en charge des SSE des émotions négatives. Ils évoquent tout d'abord l'appréhension de la survenue d'une SSE : « *n'en voyant quasiment jamais, heu ont une anticipation anxieuse de la situation* » (médecin, SAMU). Ensuite, lors de la situation, la gestion des émotions est nécessaire selon les participants : « *et typiquement, la gestion de soi, c'est typiquement, ça amènera automatiquement à... être heu... à devoir faire ce qui doit être fait* » (infirmier, coordination prélèvement d'organe). Cependant, elle est difficile, compte tenu de l'ampleur et de la gravité de la situation qui causerait nécessairement des émotions négatives chez les participants. Ces émotions, telles que la panique, la stupeur par exemple, pourraient entraver leur opérationnalité : « *débordement également au niveau cognitif, au niveau de la réflexion, y'a une heu... Quelque part il y a une sidération cognitive qui fait qu'on n'arrive plus à réagir, on est vraiment pris totalement au dépourvu* » (médecin, hématovigilance). Enfin, la prise en charge de ces situations évoque des difficultés de coordination pour 65 % des participants : « *la collaboration, c'est ce qui est le plus compliqué dans l'instant en fait, c'est de pouvoir travailler avec des services différents* » (infirmier, urgence).

5.3.1.3.2 ...Et de challenge

La prise en charge des SSE pourrait également être source d'émotions positives pour 35 % des participants. Il s'agirait d'une montée d'adrénaline qui peut plaire à certains professionnels qui parlent pendant les entretiens d'un « côté grisant » : « *Puis après montée d'adré parce qu'il y a un côté excitant, heu enfin si vous avez interrogé les soignants, je pense que, y'a le côté excitant de la grosse catastrophe qui arrive... enfin on fait le boulot d'urgence réanimation, on le fait un peu pour ça* » (médecin, réanimation). Cependant, ce plaisir ne s'applique pas pour tous les professionnels. On ne retrouve ce discours que chez les personnels étant dans des services devant gérer les urgences (urgence, SAMU, réanimation par exemple) : « *en même temps, si vous faites de la médecine d'urgence de temps en temps vous avez envie d'un petit peu de catastrophes* » (médecin, SAMU). Les autres participants évoquent cette idée, mais précisent que ça ne leur procure aucun plaisir, mais que c'est le cas pour ceux des services cités précédemment : « *Alors, ceux qui sont sur les urgences, oui parce qu'en fait, ils n'attendent que ça* » (cadre de santé, chirurgie).

5.3.1.3.3 Une composante intégrante de leur profession

Pour 72 % des participants, la prise en charge de ces situations fait partie de leur travail. Plus précisément, leur statut de professionnel hospitalier les rend responsables de la gestion de ces situations : « *on est une structure d'établissement public, de recours, sur le... sur le territoire et donc heu... ça fait partie de notre devoir, quoi clairement* » (médecin, réanimation). Ils n'expriment pas seulement un devoir de gestion, mais également un devoir d'efficacité dans sa gestion : « *il faut être efficace, il faut être performant, là tout de suite quoi, on n'attend pas de vous que vous fassiez appel à 15 personnes derrière vous pour heu, effectuer la tâche que vous n'avez pas réussi à mener à bien* » (infirmier, endocrinologie). Certains participants font ensuite le lien avec leur devoir de préparation, qui remplit ce même objectif de limiter les conséquences négatives : « *on se doit quand même d'être préparé* » (médecin, réanimation). Au-delà de leur devoir, la prise en charge de ces situations fait écho à une dimension de leur culture professionnelle, qui consiste à passer à l'action avant la réflexion pour 40 % des participants. Ils précisent que c'est de cette manière qu'ils gèrent toutes les situations d'urgence, que ce soit une SSE ou non : « *On fonce quoi. Il faut y aller ! C'est peut-être qu'après qu'on a des ressentis, mais personnellement sur le moment présent [...] il faut se mettre à fond dans l'action* » (responsable logistique, administration). Certains décrivent un état d'automatisme, puis des difficultés à gérer ses émotions : « *parce que là, je me mets en mode robot entre guillemets, heu en conditionnement et puis voilà, moi c'est après coup que je stresse. C'est là, ouf, relâcher* » (cadre de santé, urgences).

5.3.1.4 Des perceptions différentes selon les profils de professionnels

5.3.1.4.1 Des groupes différents au sein de l'institution

Les participants ont évoqué des différences de perception, d'implication et de préparation aux SSE entre les professionnels hospitaliers. Dans un premier temps, 74 % des participants font des distinctions en fonction des services. Plus précisément entre les services traitant des urgences (les urgences, le SAMU, la réanimation par exemple) et les services traitant du programmé (la gériatrie, la dermatologie par exemple) : « *La personne qui va travailler aux urgences en réanimation va se sentir peut-être plus impactée que celle qui va se trouver dans un service de gériatrie* » (coordinateur SSE, direction). Ces différences s'expliquent selon les participants par une différence de compétence et d'attrait personnel :

« c'est pas du tout les mêmes compétences, même en termes de médecins, un médecin anesthésiste réanimateur et un médecin chirurgien ou un médecin qui est praticien dans la médecine, clairement ils n'ont pas les mêmes compétences, c'est évident ! Chacun sa spécialité » (infirmier, endocrinologie) ; « ils choisissent la réanimation aussi justement, pour heu ce risque heu... sanitaire exceptionnel » (psychologue, cardiologie). De plus, le service des urgences est considéré comme étant en première ligne et comme principal gestionnaire de ces situations : « on est sur les urgences, on est à la tête de ça quoi » (cadre de santé, urgences).

Dans un second temps, les participants font des distinctions entre les soignants et les administratifs. Pour 65 % des participants, les administratifs n'ont pas la même culture professionnelle en raison de la distance avec les patients. Ainsi, leur implication et compétence dans la gestion des SSE est moins élevée : « Les soignants sont plus sensibilisés parce qu'ils sont en lien direct avec les patients [...] il y a toujours de la distance, un bureau entre l'administratif et un patient » (cadre de santé, imagerie médicale). ; « on a finalement donné le pouvoir aux administratifs et heu... et c'est plus vraiment les médecins qui ont le pouvoir à l'hôpital, mais sauf qu'on a l'impression qu'ils sont pas... enfin c'est deux mondes qui se côtoient pas forcément. Enfin, dans un cas, on voit un taux d'occupation des chambres heu... rentabilisé, [...] si je leur dis ça, ils vont hurler, mais heu... Vu de chez nous, on a l'impression qu'il y a une déresponsabilisation avec une chaîne de direction » (médecin, urgence). Certains administratifs ne se sentent pas concernés dans la gestion des SSE : « en tant que secrétaire, on n'est pas vraiment concerné » (secrétaire, archives). D'autres estiment qu'ils ont un rôle puisqu'ils travaillent dans un hôpital : « dans les administratifs, je pense qu'il y a des gens, qui ont des fonctions qui sont à gérer les urgences sanitaires puisqu'ils travaillent dans un hôpital (psychologue, cardiologie).

Finalement, 40 % des participants font des distinctions entre les médicaux et les paramédicaux. Certains estiment que les médecins sont mieux formés que les paramédicaux : « je pense qu'en premier lieu, effectivement, les médecins prennent plus rapidement la mesure parce qu'ils sont formés pour » (cadre de santé, cardiologie). De plus, ils sont considérés comme plus responsables de ces situations, notamment en lien avec leur pouvoir de décision plus élevé : « je pense que d'abord, enfin les... les médecins sont plus exposés [...] je pense que les soignants sont moins exposés parce qu'ils sont plus secondaires » (psychologue, cardiologie) ; « peut-être que les médecins sont plus à même de garder la tête froide » (infirmier, soin de rééducation). Au contraire, certains paramédicaux estiment que les médecins sont moins bien formés qu'eux parce qu'ils se sentent moins impliqués : « ces formations, je me demande,

c'est beaucoup de paramédicaux, c'est nous les infirmiers, les médicaux je ne veux pas m'avancer, mais ils sont très peu préparés » (infirmier, coordination prélèvement d'organe).

5.3.1.4.2 Des similarités au sein de l'institution

Au-delà de ces différences de groupes au sein de l'hôpital, pour 33 % des participants, l'implication et la préparation des professionnels hospitaliers varient plutôt en fonction de facteurs internes : *« je pense que c'est chacun en fonction de son expérience, de son mode d'exercice de son lieu d'exercice, de son vécu, de... de son caractère, de sa personnalité au départ aussi »* (infirmier, soin de rééducation). De plus, pour 44 % des participants, il n'y a pas de différences en fonction des groupes, puisque tous les personnels hospitaliers sont impactés par l'apparition d'une SSE, en raison de leur lieu d'exercice et des besoins des SSE d'une grande mobilisation : *« en travaillant dans un hôpital, on se sent concerné »* (secrétaire, archives) ; *« dans une situation d'urgence, heu... aucune compétence n'est à négliger »* (cadre de santé, cardiologie).

5.3.1.5 Conséquences

5.3.1.5.1 Des conséquences sanitaires

De nombreux participants ont évoqué les principales conséquences des SSE, les plus fréquemment citées étant directement liées à l'état de santé des patients et du personnel soignant. Les plus importantes sont les conséquences psychologiques qui sont citées par 65 % des participants, elles les concernent, aussi bien que les victimes : *« par contre derrière ça, vous aurez des situations de traumatismes psychologiques, de prise en charge psychologique à gérer »* (médecin, traumatologie) ; *« ça vous atteint même si vous ne le voulez pas et ça vous reste dans la tête [...] y'a des situations qu'on ne peut pas oublier malheureusement »* (infirmier, hôpital de jour). La seconde conséquence la plus importante est létale. La mort est une conséquence des SSE citée par 63 % des participants. Cependant, le terme « mort » ou « décès » est fréquemment remplacé par des termes tels que « cas qui s'aggravent », de « pronostic vital engagé », de « conséquences dramatiques » : *« j'ai pensé tout de suite à de l'urgence vitale [...] c'est la mort en fait »* (cadre de santé, cardiologie).

5.3.1.5.2 Des conséquences sociétales

Au-delà des conséquences sanitaires, des conséquences sociétales sont évoquées. Les plus importantes sont les conséquences médiatiques qui sont évoquées par 35 % des

participants : « *forcément après, tout passe dans les médias* » (aide-soignante, radiologie). Ce type de conséquence est perçu négativement par les participants, qui estiment que ces retombées médiatiques favorisent la peur et les mouvements de panique des populations, voire des professionnels de santé : « *je pense que suivant la façon heu... présentée heu... comment les médias heu... s'en... se les approprient et présentent les choses, ça peut, il pourrait y avoir des paniques* » (Ingénieur qualité, qualité et gestion des risques). 26 % des participants évoquent ensuite des conséquences économiques. Une SSE entraîne des pertes financières dues à des pertes matérielles lors des SSE : « *ça peut déstabiliser un pays, ça peut déstabiliser une économie* » (médecin, hématovigilance). Pour finir, évoquées par seulement 12 % des participants, les conséquences politiques correspondent aux prises de décisions politiques et à la responsabilité des personnes ayant des postes à responsabilité : « *ça peut être aussi des décisions politiques très compliquées* » (médecin, SAMU) ; « *Je crois que c'était en 2003 heu... ça a quand même fait sauter Jean François Mattéi qui était le ministre de la santé de l'époque* » (médecin, hématovigilance).

5.3.2 Analyse du contenu thématique : la préparation aux SSE

La seconde grille (cf. Tableau 6) permet de décrire les contenus associés aux représentations de la préparation aux SSE.

Tableau 6 - Grille d'analyse de contenu thématique partie 2 - préparation aux situations sanitaires exceptionnelles

Thème	Sous-thème	Fréquence d'occurrence ^a (en %)
Une préparation dépendante des institutions	Plan blanc	91
	Confiance dans l'institution	51
	Logistique	51
	Conditions sociales actuelles qui fragilisent	37
	Choix politique	28
Une préparation collective	Entraînement	88
	Confiance dans les autres	72
	Formations	70
	Importance du retour d'expérience	51

	Hiérarchisation et diffusion de la responsabilité	47
	« L'union fait la force »	42
	Communication	30
Une préparation individuelle	Implication personnelle	67
	Expérience	63
	Adaptation	40
Intérêt de la préparation	Importante pour être efficace	65
	Compétences médicales vs organisationnelles	44
	Pour se rassurer	40
	Devoir	40
	Importance relative face au quotidien	37
	Faire au mieux	35
	Risque faible	33
Difficulté à se sentir prêt	Incertitude	60
	Impossibilité d'être prêt	37
	Différence entre la pratique et la théorie	35
	Une préparation au maximum, mais jamais optimale	33
Difficulté à se préparer	Manque de formations	51
	Manque de moyens	33
	Fréquence peu élevée	30

^a Pourcentage des participants ayant évoqué les sous-thèmes.

5.3.2.1 Une préparation dépendante des institutions

5.3.2.1.1 Des conditions exceptionnelles prévues par les institutions ?

Selon les participants, la préparation est dépendante en partie des institutions (*i.e.* de leur hôpital, mais également des politiques publiques). Dans ce contexte, le plan blanc est cité spontanément par 91 % des participants. Il est utilisé comme un terme de définition des SSE. Certains parlent de situation types « plan blanc » : « *ben pour nous, c'est le plan blanc, c'est un afflux massif de personnel, de patients, c'est un peu pareil que plan blanc pour moi, enfin c'est la même chose* » (Ingénieur qualité, qualité et gestion des risques) ; « *et du coup, s'il y avait un plan blanc je me dirais : ah quand même, on en est là, il va falloir se bouger [...] c'est un marqueur* » (infirmier, soin de rééducation). Cependant, certains participants le considèrent comme inaccessible en raison de la quantité d'informations présentées : « *Alors, les organisations qui font le plan blanc... Donc ils réfléchissent beaucoup. Alors aussi, des fois,*

on se rend compte qu'ils ne parlent qu'entre eux ; parce que notre plan blanc, il est illisible. Il fait presque 200 pages [...] Il y a beaucoup d'abréviations qu'on ne connaît pas » (cadre de santé, chirurgie). D'autres estiment qu'il ne sera pas suivi, car en décalage avec la réalité du terrain : *« ce n'est pas un plan blanc qui va nous aider à savoir quoi faire, on vient, on se rend utile et on voit quoi »* (médecin, chirurgie).

Au-delà du plan blanc et de sa faisabilité, 51 % des participants mentionnent la nécessaire anticipation des besoins logistiques : *« il ne faut pas que le jour J on ait... heu des médicaments périmés [...] si sur les 40 brancards vous en avez 20 qui sont à mettre, à réparer, il faut pas découvrir ça le jour J' »* (médecin, traumatologie). Comme pour la préparation du plan blanc, cette anticipation incombe à l'institution : *« l'institution doit préparer tout ce qui est matériel, organisation, logistique »* (sage femme, pôle mère enfant).

Par ailleurs, la préparation est associée à la confiance, ou au manque de confiance dans l'institution. À ce sujet, la moitié des participants disent avoir confiance dans leur institution : *« Je ne peux pas travailler si je ne fais pas confiance aux instances sanitaires, ce n'est pas possible »* (infirmier, soin de rééducation). Pour certains, cette question de confiance est une évidence qui n'a jamais entraîné une remise en question : *« ça ne m'était jamais venu à l'esprit de douter de des organisations des instances »* (psychologue, cardiologie). D'autres enfin expriment une méconnaissance des fonctionnements des plans et des institutions : *« Les organisations actuelles ? Heu... Pff... ça me dépasse un peu en fait ! Je ne m'en préoccupe pas... [...] Je pense qu'ils ont dû y travailler aussi [...] je ne me suis pas posé de questions là-dessus non plus, non »* (infirmier, salle de réveil).

5.3.2.1.2 Des choix politiques dans des conditions déjà dégradées

28 % des participants évoquent le lien entre la préparation et les choix politiques des établissements de santé et de leurs tutelles, et certains (37 % des participants) font référence à leurs conditions de travail déjà dégradées, qui ne leur permettront pas de faire face à une SSE. En effet, la politique de l'établissement est directement liée à leur préparation : *« ce n'est pas une question de coût, c'est une question d'organisation des soins et de choix politique »* (médecin, urgence) ; *« il faut vraiment que ce soit une politique d'établissement et de directeur »* (médecin, SAMU). Certains participants indiquent que ces choix étant politiques ne sont pas toujours dans l'intérêt de l'opérationnalité : *« on a une grosse part aussi de... politique là-dessus, voilà, donc y a des fois, des décisions qui sont prises pas obligatoirement dans l'intérêt de l'opérationnalité »* (cadre de santé, SMUR). Cette opérationnalité doit être mise en

regard des difficultés de gestion au quotidien, également le reflet de choix politiques. Certains mentionnent la crise du système de santé et la mise en tension de l'hôpital dans son fonctionnement quotidien : *« Ah, une situation sanitaire de crise, c'est l'hôpital tous les jours (rire) puisque voilà, c'est un défaut de moyens, un défaut de disponibilité »* (médecin, chirurgie). Les conditions de travail favorisent l'épuisement professionnel et rendent la structure hospitalière vulnérable aux SSE, qui exacerbe toutes les problématiques du quotidien dans les hôpitaux : *« l'un des éléments importants, c'est le fait d'être... que les équipes soient suffisamment reposées. Alors ça paraît un peu idiot. Sauf que ce n'est pas si idiot que ça. On parle beaucoup de burn-out dans le monde du soin [...] Et les situations sanitaires exceptionnelles voilà, font exacerber potentiellement tout ce qui est déjà compliqué au quotidien »* (médecin, SAMU).

5.3.2.2 Une préparation collective

5.3.2.2.1 Des actions collectives concrètes

La préparation passe par des actions concrètes collectives. 88 % des participants évoquent l'entraînement et les simulations pour se préparer. Les participants estiment que ces actions sont efficaces pour tester les procédures et acquérir des compétences : *« c'est là aussi qu'on voit où est ce que ça pêche, quand on fait des simulations »* (responsable logistique, administration). Ces actions sont perçues comme efficaces pour s'exposer et pratiquer : *« je trouve que c'est très, très intéressant heu... de participer à ces exercices d'entraînement parce que, au fur et à mesure, on s'aperçoit qu'on prend les bons réflexes »* (directeur des soins, direction). Ensuite 70 % des participants évoquent la formation aux SSE comme un moyen de se préparer aux SSE : *« la préparation, c'est la formation quoi »* (infirmier, salle de réveil). La préparation est considérée comme un élément de base nécessaire : *« la formation c'est un préalable nécessaire parce qu'il faut qu'à un moment donné il y ait un élément de base »* (médecin, SAMU). Pour finir, 51 % des participants évoquent l'intérêt du retour d'expérience pour se préparer. Les participants s'intéressent aux expériences des autres hôpitaux qui ont géré des SSE : *« oui les expériences des autres nous ont permis de faire des choses »* (cadre de santé, bloc opératoire). Mais ils s'intéressent également à leur propre expérience lors de simulations : *« ces exercices ils nous permettent de faire des retours d'expérience et du coup d'améliorer nos pratiques »* (directeur des soins, direction).

5.3.2.2 Une démarche collective

Lorsque les participants parlent de la préparation, ils évoquent surtout leur préparation collective. 42 % des participants évoquent l'impossibilité de répondre à une crise seule. Ainsi, ce n'est que collectivement que la réponse pourra être efficace : *« Ça nous dépasse individuellement. Alors peut-être qu'on peut collectivement faire des choses... »* (psychologue, service de maternité). En ce sens, 30 % des participants évoquent l'importance de se préparer à l'adoption d'une communication efficace pour la préparation aux SSE : *« il faut que les professionnels sachent communiquer entre eux pour que ça s'organise le mieux possible en fait »* (sage-femme, pôle mère enfant). La confiance qu'ils ont en leurs collègues est évoquée : *« oui l'équipe, oui, il faut avoir confiance dans les autres »* (infirmier, service d'endocrinologie). La plupart des participants (72 %) estiment que leurs collègues seront volontaires pour gérer les SSE et pour « faire de leur mieux » : *« je crois que tout le monde est porté de bonne volonté pour faire au mieux »* (cadre de santé, médecine polyvalente). Cependant, les participants font la différence entre la volonté et les capacités : *« je ne sais pas si elles seraient prêtes, mais après que chacun ait la bonne volonté de vouloir bien faire et de vouloir rendre service, c'est déjà un bon début »* (sage-femme, pôle mère enfant).

On observe également une diffusion de la responsabilité pour 47 % des participants. Ils estiment que certaines personnes sont plus compétentes qu'eux pour organiser la préparation, ainsi que la prise en charge de ces situations : *« eux (NB : organisateurs du plan blanc) sont prêts, ils ont fait des formations et ils vont nous donner la ligne de conduite, je pense »* (cadre de santé, pôle chirurgie). Lors de ces situations, ils n'agiront que selon ce qui leur sera demandé et ne questionnent pas les compétences des personnes qui vont donner les ordres : *« je sais que si une situation compliquée se présente, je peux complètement débrancher le cerveau et devenir juste ses bras et ses jambes : il va me dire ce que je dois faire »* (infirmier, soin de rééducation).

5.3.2.3 Une préparation individuelle

La préparation n'est pas que collective, différents facteurs individuels permettent d'avoir une meilleure préparation à la gestion des SSE. Pour 67 % des participants, la préparation dépend de l'investissement personnel. Au-delà de l'offre de formation pouvant être collective, il faut que les professionnels souhaitent participer et s'investir dans leur propre préparation : *« c'est sur la base du volontariat, donc faut quand même que les gens aient la volonté de se former »* (médecin, chirurgie). La préparation dépend de l'expérience

professionnelle individuelle selon 63 % des participants. Tout d'abord, pour les participants, la gestion antérieure d'une SSE permet une meilleure préparation : *« je pense que moi, ma formation, je l'ai eu comme ça, alors je l'ai eue déjà de ma propre expérience à moi [...] en ayant déjà vécu un événement comme ça sur un terrain »* (cadre de santé, bloc opératoire). L'expérience individuelle, à l'image du retour d'expérience qui permet une meilleure préparation institutionnelle et groupale, permet une meilleure préparation individuelle. Ensuite, le nombre d'années d'expérience professionnelle est également considéré comme favorable à une meilleure préparation : *« l'expérience aussi, heu... ça fait 20 ans que je travaille à l'hôpital donc [...] Je connais mon travail, ça me rassure... »* (infirmier, salle de réveil) ; *« après il y a l'expérience ça dépend si c'est un jeune soignant ou un soignant expérimenté, il y a une différence qui peut avoir lieu »* (sage-femme, pôle mère enfant). 40 % des participants évoquent leurs capacités d'adaptation pour la bonne gestion des SSE. L'incertitude des SSE rend donc l'adaptation indispensable pour une bonne préparation à la gestion de ces situations : *« on ne sait jamais quelle situation on aura. Y faire face et avoir de la logique, du raisonnement et de l'organisation, ça oui, je pense que je suis en capacité de le faire »* (cadre de santé, chirurgie).

5.3.2.4 Intérêt de la préparation

5.3.2.4.1 La préparation comme primordiale

Les participants ont discuté de l'intérêt de la préparation. Il est possible d'observer une disparité quant à l'importance de la préparation dans le corpus. La plupart des participants (91 %) estiment que la préparation est importante. 65 % des participants disent que la préparation est importante pour être efficace dans la gestion des SSE : *« on peut être préparé quand même, donc si on est bien préparé, quand l'événement arrive et... il n'y a pas ou très peu de conséquences »* (infirmier, soin de rééducation). Elle est importante, car elle permet d'acquérir des compétences organisationnelles pour lesquelles 44 % des participants ont plus d'inquiétudes : *« aller soigner des gens, ce n'est pas le problème ; le problème c'est l'organisation »* (médecin, réanimation). Pour 40 % des participants, la préparation est importante afin de se rassurer. Premièrement, elle permet de limiter l'effet de surprise de la survenue d'une SSE. De plus, certains participants appréhendent la survenue d'une SSE, la préparer permet donc de diminuer cette appréhension. : *« se documenter [...] ça enlève de, du stress et de l'angoisse quoi, parce que si heu... j'ai aucune idée de ce que je dois faire, et en plus j'ai la surprise de ce qui m'arrive... »* (cadre de santé, médecine polyvalente).

En plus de ces intérêts, la préparation est présentée comme un devoir pour 40 % des participants. Se préparer aux SSE est un devoir qu'ils ont envers la société en raison de leur profession, elle est donc importante : *« ça fait partie de notre rôle, en tant qu'hospitalier travaillant dans les urgences à la réanimation, bah de se préparer à ces situations »* (médecin, réanimation) ; *« les gens accepteraient pas que on soit pas prêt pour ça quoi, je pense que y'a un côté heu société qui fait que si tu as une situation exceptionnelle, il faut que les politiques soient devant les caméras, aient des choses à dire, que l'hôpital soit capable de dire, on est prêt même si on l'est pas »* (médecin, urgence).

5.3.2.4.2 La préparation comme secondaire

Plusieurs raisons amènent les participants à relativiser l'importance de la préparation. Dans un premier temps, pour 37 % des participants, la gestion du quotidien est prioritaire comparativement aux pratiques de préparation aux SSE. La préparation pourrait être prioritaire s'ils avaient les moyens de gérer leur quotidien en parallèle : *« le soin au quotidien prend déjà un tel temps que... ce n'est pas possible »* (médecin, centre de transplantation hépatique). Dans un second temps, certains expliquent qu'en raison de l'impossibilité de se préparer (caractère incertain et imprévisible), la préparation ne peut pas être efficace. Ils ne pourront alors que s'adapter lorsque la situation apparaîtra, ils feront donc « au mieux » pour 35 % des participants : *« a priori on a prévu en amont tout ce qui était de l'ordre du prévisible et si on passe dans de l'imprévisible, je dirais inch'Allah »* (médecin, service d'hémo vigilance) ; *« qu'est-ce que je pense pouvoir faire ? Mon job ! (rire) tout simplement, je ferai ce qu'on attend de moi dans la limite de mes compétences et de mes capacités sur le moment. Je ne vois pas autre chose »* (infirmier, soin de rééducation). Dans un troisième temps, pour 33 % des participants, l'importance de la préparation est nuancée en raison de la faible probabilité d'apparition d'une SSE : *« c'est beaucoup de temps passé pour quelque chose qui n'arrivera peut-être jamais, alors des fois on se dit Ouh ! »* (Ingénieur qualité, qualité et gestion des risques) ; *« mais ça n'arrive pas puisque c'est exceptionnel (rire), donc on n'a pas besoin d'être dans l'appréhension en permanence »* (infirmier, soin de rééducation).

5.3.2.5 Difficultés à se sentir prêt

5.3.2.5.1 En raison des caractéristiques de la situation

Les participants ont abordé des éléments qui impliquent une difficulté à se sentir prêt à la gestion des SSE. 60 % d'entre eux disent ne pas se sentir prêt en raison de l'incertitude liée à la situation. En effet, comme précisé précédemment, la situation est perçue comme non anticipable : « *c'est tellement heu... vaste et de l'inconnu que... ce sera difficile, même si avec toute la meilleure préparation du monde, on ne nous préparera jamais à ce... on ne sait pas ce qu'il peut arriver* » (infirmier, coordination prélèvement d'organe). Il n'est donc pas possible de maîtriser l'entièreté de la situation : « *tout ne peut pas être maîtrisé. On serait des surhommes sinon* » (adjoint administratif, santé au travail). Au-delà de l'incertitude liée à la situation, ils expriment aussi des incertitudes sur leur propre réaction : « *on ne sait jamais comment on va réagir dans une situation d'urgence ou une situation exceptionnelle* » (cadre de santé, imagerie médicale).

Au-delà de ces difficultés, pour 37 % des participants, il est impossible de se sentir prêt : « *on ne peut pas se sentir prêt* » (Ingénieur qualité, qualité et gestion des risques). Certains participants expliquent que se sentir prêt serait un indice de danger. Cela indiquerait que les professionnels ne se remettent pas suffisamment en question : « *le jour où je me sentirai à 100 % prêt, je change de métier voilà, parce que le jour où je me sentirai à 100 % prêt, heu ça voudra dire que... je n'arrive vraiment pas à imaginer les risques qui nous touchent* » (cadre de santé, SMUR). Ceci peut être mis en lien avec les participants qui expriment des difficultés à se préparer et qui expliquent donc qu'ils feront au mieux. De plus, les participants ont des difficultés à utiliser le terme « prêt » : « *heu je pense qu'on n'est pas prêt, qu'on ne sera jamais prêt quoi... je suis pas sûr que ce soit, que ce soit vraiment l'objectif d'être forcément prêt* » (médecin, urgence) ; « *tant qu'on ne l'a pas eu, c'est compliqué de dire le mot prêt* » (cadre de santé, imagerie médicale).

5.3.2.5.2 En raison des limites des questionnaires

Au-delà des caractéristiques propres de la situation, eux-mêmes, non pas en tant que personnes, mais en tant que questionnaires, ont des limites qui ne leur permettent pas de se sentir prêts. 35 % des participants estiment qu'ils ne peuvent se sentir prêts en raison de la distinction entre la pratique et la théorie. Ils ont besoin de pratiquer pour se sentir prêts : « *tant que ça reste théorique et que je ne suis pas passé en pratique je ne me sens jamais trop à l'aise en fait* » (médecin, bloc opératoire). En effet, selon eux, l'entraînement et les formations ne

suffisent pas pour se sentir prêt en raison de cet écart : « *lors de simulations de plan blanc [...] quand il y a des simulations on n'est pas dans la réalité* » (responsable logistique, administration). Enfin, pour 33 % des participants, même s'ils parviennent à avoir une préparation optimale, ils ne seront tout de même pas prêts. En effet, la préparation pourra être aussi efficiente que possible, mais elle ne sera jamais suffisante : « *même pourtant pour y avoir travaillé et pour avoir essayé d'anticiper et de penser... au maximum heu je pense qu'on sera encore en-dessous de ce qu'on pourra attendre de nous* » (cadre de santé, bloc opératoire) ; « *même si on s'y prépare, c'est toujours compliqué quand ça arrive, je pense* » (sage-femme, pôle mère enfant).

5.3.2.6 Difficulté à se préparer

51 % des participants estiment avoir le devoir de se préparer. Cependant, l'une des principales difficultés évoquées réside dans le paradoxe entre ce devoir et l'impossibilité de se préparer à l'imprévisible, mais pas seulement. La fréquence peu élevée est évoquée par 30 % des participants qui disent qu'il est difficile de se préparer en raison de la fréquence trop peu élevée des SSE. En effet, comme précisé précédemment, pour eux, c'est par l'expérience et par la fréquence de réalisation des tâches qu'ils deviennent efficaces : « *Le problème aussi dans les situations sanitaires exceptionnelles, c'est que comme c'est des choses rares, c'est difficile d'avoir tout en tête* » (médecin, hygiène hospitalière). De plus, la fréquence et la probabilité d'apparition des SSE étant faible, certains expliquent ne pas avoir de motivation à se préparer aux SSE : « *peut-être que ça paraît très abstrait quand on le fait si on a peu d'expérience parce qu'on se dit voilà : je fais ça pour rien quoi* » (infirmier, soin de rééducation).

Là encore, ce n'est pas que les caractéristiques de la situation qui freinent la préparation aux SSE. 51 % des participants précisent qu'ils manquent de formation. Ils englobent un manque d'informations et d'exercices lorsqu'ils parlent de ce manque de formation : « *très peu ont la connaissance, le plan blanc, ils savent à peu près ce que c'est, qui le déclenche, bon ben ça c'est pas très important, mais que faire ? ça, c'est pas très... qu'est-ce que je fais-moi en plan blanc ?* » (cadre de santé, chirurgie). Ils notent également un manque de formation à la gestion émotionnelle pour pouvoir gérer efficacement la situation lors de sa survenue : « *ce n'est pas qu'on n'est pas préparé, oui on n'est pas préparé à l'émotionnel* » (cadre de santé, urgences). Or comme précisé précédemment, la formation est perçue comme étant une bonne solution pour se préparer aux SSE. Selon eux, ce manque de formation est dû à un manque de

moyens, que ce soit en termes de financement ou de temps dédié : « *il y a pas grand-chose heu... je dirais... il y a pas grand-chose qu'est proposé* » (infirmier, coordination prélèvement d'organe). 33 % des participants indiquent que la préparation est rendue difficile par un manque de moyens : « *on a une injonction qui est paradoxale, on nous demande de nous préparer, de réaliser des exercices, de former du personnel, on nous en donne pas obligatoirement les moyens, on nous donne les moyens matériels en partie, ou pas des fois, mais des moyens humains, c'est un peu plus compliqué et vue la situation économique, on n'en aura pas à foison non plus* » (cadre de santé, SMUR). Or, lorsque les participants parlent des SSE, ils évoquent également le contexte actuel de l'hôpital. En effet, l'hôpital est décrit comme étant « en crise » par 40 % des participants, ce qui influence la gestion et la préparation à ces situations. Les participants expliquent que ce manque de moyens est récurrent et concerne toutes les missions de l'hôpital : « *les situations sanitaires exceptionnelles, je pense que... enfin ce n'est pas ma priorité clairement [...] Je suis plus choqué en réalité par le fait qu'on ne soigne pas correctement les gens pendant des heures sur des brancards, parce qu'on n'a pas de moyens, pas d'infirmiers, pas de brancards, pas de lits dans l'hôpital* » (médecin, service des urgences). De plus, les participants évoquent l'idée qu'il n'est pas possible de gérer quelque chose d'exceptionnel lorsqu'ils rencontrent déjà des difficultés à gérer leur quotidien du point de vue professionnel. Pour 51 % des participants, l'importance de se préparer à ces situations est donc minorée en raison des difficultés de gestion du quotidien, dépendante des conditions perçues comme dégradée de l'institution.

5.4 DISCUSSION

5.4.1 Résumé des résultats

Les éléments de définition abordés lors des entretiens sont partagés au sein de l'échantillon, avec des fréquences d'apparition des sous-thèmes élevées. Les éléments en lien avec la préparation semblent moins partagés, avec des fréquences d'apparition plus faibles. Les résultats montrent que les SSE sont des situations perçues comme risquées en raison de la gravité de leurs conséquences. Néanmoins, le caractère risqué de ces situations est minimisé en raison de leur faible probabilité perçue. Ces situations font appel au vécu des participants, puisque des exemples réels sont souvent cités. Les exemples les plus significatifs sont les attentats perpétrés en France en 2013 et 2015. Les SSE actualisent les tensions liées à la gestion actuelle du système hospitalier en France. La préparation à la gestion de ces situations est primordiale pour la plupart des participants, d'une part parce qu'elle permettrait de meilleures performances et d'autre part parce qu'il s'agit de leur devoir en tant que personnel hospitalier. Une préparation individuelle est nécessaire, mais pas suffisante : c'est par le collectif que la gestion de ces situations doit passer pour être efficace. Cependant, la préparation est considérée comme complexe en raison de l'imprévisibilité de ces situations et de la charge temporelle qu'elle nécessite, incompatible avec leur gestion du quotidien.

5.4.2 Les situations sanitaires exceptionnelles sont-elles un objet de représentation sociale ?

Il est nécessaire de s'interroger sur le statut de la SSE en tant qu'objet de représentation sociale. La méthode utilisée ici ne permet que de proposer des hypothèses de réponse à partir des critères d'émergence énoncés par Moliner (*cf.* Moliner, 1996). Concernant la polymorphie : les SSE étant incertaines par définition et recouvrant beaucoup de notions différentes, les informations les concernant sont complexes à saisir dans leur globalité. L'objet évoque aux participants des situations très différentes comme des attentats, épidémies, catastrophes naturelles ou accidents de grande ampleur par exemple. Concernant les intérêts communs et l'enjeu : au niveau de leurs pratiques, les participants ont un intérêt opérationnel à avoir une

représentation commune de ces situations. Cependant, il ne semble pas y avoir d'intérêt idéologique à se positionner quant à cet objet. Concernant la dynamique sociale, il y a peu d'autres groupes sociaux qui ont des enjeux à se représenter ces situations. Concernant l'absence d'orthodoxie, l'hôpital peut être défini comme un système de contrôle et de régulation, empêchant la formation de représentation.

Nous proposons donc qu'actuellement l'objet SSE ne soit pas un objet de représentation sociale. Le groupe partage des cognitions et des pratiques consensuelles autour de cet objet. Mais la dimension polémique et donc la communication en dehors du cadre orthodoxe ne semble pas partagée. Nous supposons qu'à l'avenir, ce critère puisse être validé au fur et à mesure de l'évolution du contexte sanitaire. En effet, nous pouvons noter qu'une minorité des participants échange et développe une position idéologique à l'égard de cet objet, en contradiction avec l'institution à laquelle ils appartiennent. De plus, les éléments abordés sont peu normatifs et plutôt fonctionnels. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat. Les résultats font état de discours, notamment sur la perception du risque, différents selon le type d'événements pouvant devenir SSE. Une hypothèse serait alors que le terme de SSE est trop large, mais que les personnels hospitaliers détiennent plutôt des représentations des différents types d'événements. L'étude des différences de perceptions entre ces risques et en comparaison avec les éléments relatifs aux SSE dans leur globalité permettrait de déterminer l'influence du contexte. L'objet SSE agirait alors comme cadre général avec des adaptations en fonction des risques. En effet, la littérature montre que les représentations sont en relation avec d'autres et que la compréhension de ces réseaux permet une meilleure compréhension des représentations et de leur dynamique (Abric, 2001 ; Jeoffrion, 2009 ; Milland, 2002 ; Pianelli et al., 2010 ; Valence & Roussiau, 2009). Cette étude permettrait une meilleure compréhension des pratiques des personnels hospitaliers.

Une seconde hypothèse propose que le groupe des personnels hospitaliers interrogé ne constitue pas un groupe suffisamment homogène pour partager une représentation sociale. En effet, la structuration de la représentation dépend du type de pratique des individus (Flament & Rouquette, 2003). De plus, la distance à l'objet, composé de la connaissance, de l'implication et du niveau de pratique relative à l'objet influence l'organisation et le contenu de la représentation ; une forte distance à l'objet favorise l'émergence de représentation plus normative (des éléments du ressort de l'idéologie plus que de la description) alors qu'une faible distance favorise une représentation plus fonctionnelle (des éléments plus descriptifs) (Abric, 2001). Or, en fonction des services et des professions, les participants ont une distance à l'objet

différente. Une étude de ces différences entre les professions et les services serait alors pertinente pour vérifier cette hypothèse.

Enfin, une dernière hypothèse propose qu'il puisse s'agir d'une représentation professionnelle émergente. En effet, certains critères semblent aller dans ce sens.

5.4.3 Les situations sanitaires exceptionnelles : un objet de représentation professionnelle émergent ?

À la différence des représentations sociales, les représentations professionnelles ne prennent pas leur source dans le sens commun, mais « sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelle » (Bataille et al., 1997, p.63). Les représentations professionnelles qui concernent des objets relatifs à la profession et partagés par tout ou partie des professionnels sont plus fonctionnelles que les RS classiques (Piasser, 2013). Elles orientent les pratiques professionnelles notamment dans des conditions d'incertitude (Blin, 1997). Or, les résultats de cette étude montrent que beaucoup d'incertitudes associées à la situation et à sa gestion empêchent d'avoir un discours totalement protocolisé. Les participants semblent avoir construit du sens à partir du savoir scientifique et protocolaire proposé en rapport avec les SSE et à partir de ce qu'ils connaissent déjà. On observe par exemple que le terme « plan blanc » est parlant pour les individus et une analogie entre les SSE et la situation dite de crise à l'hôpital. Ce n'est pas sans rappeler les processus d'objectivation et d'ancrage (Moscovici, 1961). En effet, nous supposons que, pour les participants, le terme SSE ne prend sens que par l'image que représente le plan blanc. On parle alors de situation de type plan blanc. De même, ce terme renvoie à ce que les personnels hospitaliers connaissent déjà : la crise institutionnelle perçue qui traverse actuellement l'hôpital. La SSE lui est similaire puisqu'elle se réalise en continuum. La SSE serait l'apogée des manques de moyens et de la désorganisation perçue actuelle à l'hôpital. Plus encore, l'objet SSE ferait office d'objet révélateur de cette crise. Un objet révélateur dans le sens où le discours à propos du risque ou de l'objet de santé est révélateur de discours relatifs à la société (Herzlich, 2001). Étant dans un contexte professionnel, l'objet SSE ne nous semble pas révélateur de processus de société, mais d'un environnement professionnel, d'une institution. Ainsi, les participants, en évoquant les problématiques de difficultés organisationnelles pour la gestion des SSE, ont évoqué les problématiques de l'hôpital. Ils ont parlé de la mutation de leur rôle et de tensions entre le prescrit et le réalisable, de leurs difficultés

à gérer le quotidien. C'est en ce sens que l'on peut parler de représentation, puisque les entretiens montrent que les cognitions associées aux SSE ne sont pas uniquement descriptives et prescriptives (même si elles le sont majoritairement) ; il y a une reconstruction du sens de la SSE, en ce qu'elle dit de la pratique professionnelle des personnels hospitaliers.

D'après Blin, trois dimensions peuvent être repérées dans le contenu représentationnel des SSE : la dimension fonctionnelle, contextuelle et identitaire (Blin, 1997). Si l'on analyse le corpus à l'aide de cette grille de lecture, il est possible de classer les cognitions dans ces dimensions. Nous pouvons résumer ainsi les données. Concernant la dimension fonctionnelle, la pratique opératoire est abordée par les participants à l'égard des SSE. La prise en charge des SSE, nécessitant une démarche collective, dépend de l'institution et des personnels hospitaliers, par la préparation à l'aide d'actions spécifiques (*i.e.* entraînements, retours d'expérience ou formation) et de caractéristiques individuelles (*i.e.* l'expérience et l'implication personnelle). Concernant la dimension contextuelle, l'organisation institutionnelle est abordée par les participants avec un rapport aux SSE différent selon les rôles et statuts des personnels hospitaliers. Le système institutionnel est questionné, avec une vision élargie pour certains des participants des problématiques socio-politiques de l'hôpital. Une part des participants évoquent alors leur perception des tensions entre les idéologies et valeurs véhiculées par leur institution et les leurs. Enfin, concernant la dimension identitaire, les participants évoquent leur rôle professionnel en lien avec les SSE, en tant qu'octroyeurs de soins et donc responsables en partie de la gestion de ces situations, à la différence de la population générale.

Ainsi, si la majorité des cognitions associées aux SSE sont fonctionnelles et que peu d'éléments normatifs sont abordés par les participants, des processus de représentation de l'objet SSE peuvent tout de même être observés dans une partie de l'échantillon. Nous supposons donc que l'objet SSE pourrait asseoir son caractère d'objet de représentation professionnelle à la suite d'événements qui augmenteraient les interactions autour de cet objet avec les autres groupes sociaux et qui impliqueraient une prise de position plus forte.

5.4.4 Quels sont les risques associés aux SSE ?

Un des objectifs de cette étude était de définir la perception des risques des personnels hospitaliers associés aux SSE. Plusieurs éléments peuvent être considérés comme des risques pour les participants. Le premier concerne l'apparition d'une SSE. En ce sens, l'apparition

d'une SSE est d'abord définie par ses facteurs psychométriques. Il s'agit d'une situation incertaine, peu probable, mais avec des conséquences très graves. Elles ne sont pas ou peu craintes. Dans ce cadre, ce qui fait risque, c'est la désorganisation de l'hôpital. Cependant, pour les participants, la finalité qui est perçue comme un risque significatif est la dégradation de l'état de santé des victimes en raison notamment d'une gestion de la SSE non efficace. Ainsi, ce qui fait risque pour les personnels hospitaliers, c'est en partie de ne pas pouvoir remplir leur rôle professionnel à cause d'une mauvaise gestion, alors que c'est ce que la société attend de ces derniers. Cependant, nous n'observons pas de consensus concernant le risque de l'impréparation. En effet, pour certains, la préparation est nécessaire pour être efficace, la non-préparation présente donc un risque pour la gestion des SSE. Alors que pour d'autres, la préparation n'est pas efficace, la non-préparation n'est donc pas un risque, c'est la situation uniquement qui présente un risque.

5.4.5 Vers une meilleure définition du sentiment d'être prêt à gérer les SSE

Ces premiers résultats permettent une meilleure conceptualisation du sentiment d'être prêt à gérer les SSE chez les personnels hospitaliers. Les participants différencient leur préparation de leur sentiment d'être prêt. Le premier est exprimé en relation avec les comportements de préparation, l'autre est associé à un état individuel, qui ne serait pas seulement dépendant de la préparation opérationnelle. En raison de cette définition, l'état d'être prêt est difficile à affirmer. En effet, se dire prêt peut être synonyme d'une trop grande confiance en ses capacités, confiance qui ne serait pas justifiée en raison de l'incertitude associée à la situation. Cependant, ne pas se dire prêt peut être synonyme d'un manquement professionnel, puisqu'il ne correspond pas aux attendus du rôle professionnel de gestionnaire de ces situations. Il semble donc plus facile pour les participants de définir leur préparation et leur préparation perçue (l'évaluation de cette dernière au regard des besoins de la situation) puisqu'elle est factuelle, que leur état d'être prêt puisqu'il dépend d'une évaluation subjective et qu'il fait référence à des pressions normatives.

En outre, selon ces premiers résultats, nous pouvons supposer que plusieurs facteurs influencent le sentiment d'être prêt. En premier lieu, les comportements de préparation (les leurs et ceux de leurs collègues) semblent importants pour se sentir prêts, comme les formations

ou les simulations. Ensuite, des variables individuelles pourraient influencer ce sentiment. Certains participants évoquent des perceptions différentes en fonction de l'expérience individuelle, leurs propres capacités d'adaptation et leur implication personnelle. Des variables collectives pourraient également influencer ce sentiment. La préparation de leurs collègues, leur confiance en ces derniers et en leurs responsables pourraient être des prédicteurs du sentiment d'être prêt à gérer les SSE. Finalement, des variables institutionnelles pourraient influencer ce sentiment, telles que la confiance dans l'institution, ou la préparation de son institution. Cependant, d'autres facteurs en lien avec les pressions normatives présentées ci-dessus pourraient également influencer la déclaration du sentiment d'être prêt. Ces hypothèses sont à vérifier dans les études suivantes de la thèse.

5.4.6 Limites de l'étude 1

Menés dans une perspective exploratoire, ces entretiens ont été réalisés avec un panel de professionnels hospitaliers ayant des fonctions et activités variées, ce qui a permis de repérer des points de vue relatifs à cette diversité. En retour, cet échantillon ne peut être considéré comme représentatif de la population des personnels hospitaliers. En effet, il existe une trop grande variété de professionnels hospitaliers pour pouvoir prétendre tous les représenter. De plus, nous pouvons considérer qu'il existe un biais d'échantillonnage, les participants ayant accepté de répondre étant probablement les plus sensibilisés à ces questions. En effet, répondre à un entretien demandait aux participants de mobiliser au moins une heure, ce qui représente un certain investissement. Dans le cadre d'un entretien, les discours dépendent en partie du contexte et des rôles attribués aux expérimentateurs (Haas & Masson, 2006). Au-delà de la recherche de susciter une image positive de lui-même (Goffman, 1973), certains participants ayant été recrutés via leur hiérarchie ont pu avoir une perception différente de ceux rencontrés via des contacts personnels. Ce travail de réflexivité permet de proposer des hypothèses de biais aux résultats. Pour les participants ayant été contactés via leur hiérarchie, certains (notamment au début de l'entretien) pouvaient souhaiter faire passer un message à leur hiérarchie alors que d'autres semblaient avoir des inquiétudes d'évaluation de leur pratique. Ceci, malgré le fait que les expérimentatrices aient pris du temps pour poser le cadre et minimiser la place de la hiérarchie lors de l'entretien. Par exemple, le renvoi aux conditions politiques et sociales de l'hôpital pouvait potentiellement être adressé à leur hiérarchie via les expérimentatrices. Ainsi, l'entretien a pu représenter un enjeu revendicatif pour les participants. Concernant l'évaluation,

l'importance accordée aux SSE a pu être surévaluée par les participants. Le contenu du discours visant là encore la hiérarchie. De plus, les participants, tout échantillonnages confondus, ont pu percevoir que les expérimentatrices, en travaillant sur ce sujet, s'attendaient à ce qu'ils valorisent la préparation aux SSE et attendent donc ce discours parmi les participants. Ceci est d'ailleurs visible par les logiques de conditionnalité présentées lors des discours tels que : « oui c'est important, mais... » suivi de raisons justifiant la faible préparation aux SSE. À l'inverse, une minorité de participants a tenu des discours protecteurs vis-à-vis de l'institution, en insistant sur le statut des expérimentatrices comme étudiantes, ne faisant pas partie du groupe hospitalier. Dans cette logique, un participant a clairement exprimé que les recherches concernant ces situations ne doivent pas être réalisées par des personnes hors de l'hôpital. En effet, selon ce participant, ces situations inquiètent les personnes hors hôpital, mais les personnels hospitaliers sont responsables et ne s'inquiètent pas de ces situations. Même si ce discours n'était présent que dans un entretien, nous pouvons nous demander si cette logique a pu être présente chez d'autres participants. En effet, certains ont valorisé leur groupe et là encore peut-être surévalué la préparation de leur hôpital et de ses personnels dans une volonté de valoriser leur groupe vis-à-vis des autres groupes sociaux (hors hospitaliers). Cependant, ces limites sont inhérentes à la démarche employée, qui permet une première exploration de ces sujets mal définis par la littérature. Elle permet également une grande richesse de résultats, permettant de mettre en lumière des processus de pensées, s'articulant aux processus d'adoption du comportement et pas uniquement des constats.

À RETENIR

S'intéresser aux représentations des SSE et de son caractère risqué est primordial pour comprendre et améliorer les pratiques de préparation aux SSE des personnels hospitaliers. Cette étude exploratoire propose de nouvelles pistes de recherches afin de mieux comprendre les perceptions et représentations liées aux SSE et donc une meilleure compréhension des pratiques associées. 43 personnels hospitaliers ont répondu à des entretiens semi-directifs. Les résultats montrent que la notion de SSE fait référence à des cognitions partagées, concernant des éléments de définition, des exemples de situations, des éléments de pratique professionnelle et relative à un champ lexical fonctionnel. Cette étude permet d'améliorer notre conceptualisation du sentiment d'être prêt en le différenciant de la perception de la préparation et en proposant des hypothèses sur ses probables prédicteurs. S'il semble que l'objet SSE ne puisse pas être considéré comme un objet de représentation sociale en raison d'un faible intérêt idéologique à se positionner quant à cet objet, nous proposons l'hypothèse principale qu'il s'agit d'un objet de représentation professionnelle en émergence. Cette représentation se baserait sur l'image des situations de type plan blanc, et traduirait les conflits institutionnels traversant l'hôpital depuis quelques dizaines d'années. Si le risque d'apparition d'une SSE est uniformément perçu comme grave, mais peu fréquent, et donc peu craint, le risque de non-préparation ne trouve pas de consensus chez les participants. Ainsi, l'importance de la préparation est en débat, notamment au regard de la gestion du quotidien des personnels hospitaliers.

6. CHAPITRE 6 : STRUCTURE ET CONTENU DE LA REPRESENTATION ASSOCIEE AUX SSE



6.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE 2

La première étude de la thèse permet de mieux identifier les représentations des personnels hospitaliers interrogés associées aux SSE et leur préparation à celles-ci. Afin de compléter cette étude, et d'apporter une meilleure compréhension des processus étudiés, une démarche de triangulation a été entreprise (Flick, 2017). La théorie des représentations sociales est particulièrement appropriée pour ce type de démarche, notamment grâce à ses diverses approches théoriques et méthodologiques (Apostolidis, 2005). Ainsi, cette seconde étude s'inscrit dans le premier axe de recherche de la thèse : explorer le contenu représentationnel des personnels hospitaliers associé aux SSE. Dans cette étude, l'approche structurale, qui étudie le contenu, l'organisation et les dynamiques des représentations sociales (Abric, 2001) a été mobilisée. Pour étudier le contenu et l'organisation de la représentation sociale selon l'approche structurale, une méthode pertinente est la tâche d'évocations hiérarchisées (Abric, 2005).

Ainsi, les objectifs de cette étude sont :

- (1) Contribuer à déterminer si l'objet situation sanitaire exceptionnelle est un objet de représentations sociales ;
- (2) Explorer les représentations associées aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- (3) Étudier l'organisation de la représentation ;
- (4) Explorer les différences de représentations entre les professionnels.

6.2 METHODE

6.2.1 Participants

157 personnels hospitaliers ont participé à cette étude. L'unique critère d'inclusion est que les participants exercent une profession dans un hôpital en France. L'échantillon est composé de 118 femmes et 39 hommes, âgés de 23 à 63 ans (moyenne = 44,77, écart type = 10,33). 4 groupes professionnels sont représentés : les médicaux (n=30), les paramédicaux (n=65), les cadres de santé (n=35) et les personnels administratifs hospitaliers (n=27). Les participants exercent leur profession dans différents hôpitaux, des Centres Hospitaliers Universitaires ou bien des Centres Hospitaliers dans les villes suivantes : Aix-en-Provence (n=1), Angers (n=6), Avignon (n=2), Dinan (n=1), Gap (n=55), Lille (n=2), Lyon (n=3), Marseille (n=1), Montpellier (n=1), Nîmes (n=53), Paris (n=26), Rouen (n=1), Sisteron (n=4), Toulouse (n=1). Afin de caractériser l'échantillon, il a été demandé aux participants de renseigner différentes données présentées dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 7).

Tableau 7 - Description de l'échantillon des participants à la tâche d'évocations hiérarchisées

Caractéristiques	Fréquences		
	Moins de 5 ans	Entre 5 et 15 ans	Plus de 15 ans
Temps d'expérience professionnelle	29	55	73
Vécu antérieur d'une ou des SSE	Oui 55	Non 102	
Participation à des formations à la gestion des SSE	Oui 104	Non 53	
Participation à un exercice de simulation de SSE	Oui 62	Non 95	
Responsabilité en lien avec l'écriture du plan blanc	Oui 55	Non 102	

6.2.2 Procédure et outils

6.2.2.1 Procédure

Des questionnaires d'évocations hiérarchisées ont été réalisés. Afin de constituer les données, deux procédures ont été employées. La première consiste à faire passer une tâche d'évocation hiérarchisée aux participants des entretiens lors de l'étude 1. Cette tâche a été réalisée par écrit en face à face, en tant que phase préparatoire à l'entretien. Les participants ont expliqué le sens des mots produits et leur lien avec le terme SSE lors des entretiens. La seconde procédure consiste à faire passer un questionnaire en ligne. La première question de ce questionnaire est « Pouvez-vous écrire cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque l'on vous parle de « Situation sanitaire exceptionnelle ». Il a ensuite été demandé aux participants de hiérarchiser ces associations par ordre d'importance. Pour finir, les participants ont renseigné les questions socio-démographiques. Nous vérifions que les participants n'avaient pas déjà participé à cette étude via l'étude 1. Ainsi, certains sujets ont été écartés des données produites en ligne. La collecte des données a été réalisée de janvier à septembre 2019 (NB : avant la crise COVID-19). La méthode d'échantillonnage est semblable à celle de l'étude 1¹². Les participants ont été contactés via leur institution ou des contacts personnels.

6.2.2.2 Outils

Pour le recueil des données via les entretiens de l'étude 1 (procédure 1), les participants ont rempli à l'écrit un questionnaire d'évocation hiérarchisé (cf. Annexe 3). Pour le recueil des données via le questionnaire en ligne, le même questionnaire était employé via la plateforme Google form © (procédure 2). Le questionnaire est disponible en annexe (cf. Annexe 4). Dans les deux cas, les consignes étaient les suivantes : « Pouvez-vous écrire cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque l'on vous parle de « situation sanitaire exceptionnelle » ? » puis « À présent, pouvez-vous classer tous les mots ou expressions que vous venez d'écrire par ordre d'importance, selon votre point de vue ? Merci d'associer à chaque mot ou expression que vous venez d'écrire un numéro (1 étant le plus important, 5 étant

¹² Pour plus de précisions, voir la partie 5.2, p.106 de la thèse.

le moins important) ». Des données socio-démographiques (*cf.* Tableau 7) ont été collectées dans les deux conditions.

6.2.2.3 Analyse des données

Les données du questionnaire d'évocation hiérarchisée ont été lemmatisées pour l'ensemble des analyses présentées ci-dessous. Dans un premier temps, les indices de diversité et de rareté du corpus ont été calculés. L'indice de diversité est calculé par le rapport entre le nombre total d'associations et le nombre total d'associations différentes. Plus l'indice de diversité est proche de 0, moins il y a de diversité dans le corpus. L'indice de rareté est calculé par la proportion d'associations citées une seule fois dans tout le corpus, c'est-à-dire la proportion d'hapax. Plus le pourcentage d'hapax est élevé, plus il y a d'associations citées une seule fois dans le corpus (Flament & Rouquette, 2003). Cette description du corpus permet de proposer des hypothèses sur le niveau de partage des éléments de la représentation. Ces indices ont été calculés pour le corpus total et les sous-corpus par groupe professionnel.

Les données ont ensuite fait l'objet d'une analyse prototypique (Abric, 2003). La fréquence d'apparition des éléments cités et leur rang d'importance ont été croisés. Ce croisement permet de faire des hypothèses sur le contenu et la structure de la représentation sociale. Hypothétiquement, la première case, constituée des éléments les plus fréquents et importants correspond au noyau central constitué des éléments les plus fréquents et les plus importants. La seconde, constituée des éléments les plus fréquents, mais moins importants, correspond à la première périphérie. La troisième, constituée des éléments les moins fréquents et les moins importants, correspond à la seconde périphérie. La quatrième, constituée des éléments peu cités, mais avec une importance élevée, correspond aux éléments contrastés. Cette dernière case peut révéler l'existence de sous-groupes minoritaires dans la population de référence, possédant ces éléments dans son noyau central en plus du contenu partagé que l'on retrouve dans la zone du noyau central. Cette zone peut aussi simplement être considérée comme un prolongement de la première périphérie (Abric, 2005). Cette analyse a été réalisée à partir du logiciel Iramuteq®. Nous avons calculé le seuil de fréquence en calculant 10 % de l'échantillon. Le rang d'importance a été calculé par le logiciel Iramuteq®. Nous avons choisi de retirer les mots ayant une fréquence inférieure à 5 occurrences.

Le corpus a ensuite fait l'objet d'une analyse de similitude (Flament, 1981). Cette analyse consiste à créer un arbre maximum (un graphe non orienté, acyclique et connexe)

construit sur la base de la co-occurrence des associations. Le graphe rend compte de la proximité des associations en fonction de leur co-occurrence. Cette analyse permet d'identifier l'apparition de clusters, mettant en évidence l'existence de différentes dimensions dans la représentation. Cette analyse permet donc de proposer des hypothèses sur l'organisation de la représentation. Cette analyse a également été réalisée à l'aide du logiciel Iramuteq®. Les associations ayant une fréquence inférieure à 5 occurrences ont été retirées de l'analyse. Nous avons appliqué une analyse en communauté et halo afin de visualiser les différentes dimensions regroupées par cette analyse.

Le corpus a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Dany, 2016). Les associations ont été catégorisées selon leur sens (en partie évalué grâce aux explications sémantiques d'une partie des participants) et leur proximité (évaluée grâce à l'analyse de similitude basée sur la co-occurrence). Le thème « inclassable » est composé d'associations qui ne correspondent pas aux autres catégories ou dont nous ne pouvons être sûrs de la signification (par exemple, « rapidité » pouvait être entendu comme la rapidité nécessaire pour la prise en charge ou la rapidité de la survenue de la SSE). La part de ces catégories dans les corpus des professionnels hospitaliers a été calculée pour l'ensemble du corpus et pour les sous-corpus correspondant aux quatre groupes professionnels.

Afin de vérifier qu'il n'y a pas de différence entre les productions recueillies selon les deux procédures différentes, nous avons réalisés des analyses prototypiques et catégorielles en fonction de la méthode de recueil des données.

6.3 RESULTATS

6.3.1 Description du corpus

Premièrement, les analyses prototypiques et catégorielles en fonction de la méthode de recueil des données ne montrent pas de différences flagrantes entre les corpus des deux procédures (*cf.* Annexe 5). Les analyses suivantes concernent donc l'ensemble du corpus, comprenant des données provenant des deux méthodes de recueil.

Le corpus est composé de 249 associations différentes, dont 141 hapax. L'indice de diversité du contenu est de 0,30 et l'indice de rareté est de 0,59. 59 % des associations ne sont donc citées qu'une seule fois. Il n'existe pas de valeur seuil pour caractériser ces valeurs, il est cependant préférable que ces indices soient faibles (Flament & Rouquette, 2003). On peut donc considérer que le corpus est relativement peu diversifié, mais un taux élevé (59 %) d'associations ne sont citées qu'une fois.

6.3.2 Analyse prototypique

L'analyse prototypique permet de faire des hypothèses sur le contenu de la représentation des SSE et sur son organisation. Les associations les plus fréquemment citées et considérées comme les plus importantes sont : « urgence », « plan blanc », « épidémie », « organisation », « catastrophe », « afflux massif de victimes » et « crise ». Les éléments de la première périphérie sont des exemples de type de situation sanitaire exceptionnelle (« attentat » et « accident »). L'ensemble des associations sont présentées dans le tableau d'analyse prototypique (*cf.* Tableau 8).

Tableau 8 – Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers (n=157)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,82$)	Faible ($> 2,82$)
Élevée ($\geq 15,7$)	Urgence (52 ^a -2,5 ^b)	Attentat (51-3,2)
	Plan blanc (40-2,3)	Accident (25-3,4)
	Épidémie (40-2,8)	
	Organisation (25-2,3)	

	Catastrophe (25-2,3)	
	Afflux massif de victimes (24-2,5)	
	Crise (19-2,6)	
Faible (< 15,7)	Nombreuses victimes (11-2,3) Catastrophe naturelle (11-2,8) Réactivité (7-1,9) Grave (7-2,6) Guerre (6-1,7) Inhabituel (6-1,3) Adaptation (6-2,3) ORSEC (5-2,6) Blessés (5-2,8) Risque (5-1,8)	Mort (11-4) Stress (10-3,3) NRBC (8-4,2) Danger (8-2,9) Rare (7-4,3) Mobilisation (7-3,7) Communication (6-3,7) Disponibilité (6-3) Protection (6-3,5) Canicule (6-4) Isolement (5-3,2) Risque chimique (5-4,2)

^a Fréquence

^b Rang

6.3.3 Analyse de similitude

L'analyse de similitude (*cf.* Figure 5) montre que les associations s'organisent à partir de trois dimensions, reliées par les associations « Attentat », « Urgence » et « Epidémie ». C'est le terme « Attentat » qui lie les trois dimensions. Autour de ce terme sont regroupés des éléments de type d'événements potentiellement SSE (« Accident », « Incendie », « Guerre ») ainsi que des associations liées au lexique spécifique des SSE (« Plan blanc », « NRBC », « Afflux massif de victimes », « ORSEC »). Autour du terme « Urgence » se regroupent principalement des termes relevant de la pratique de prise en charge des SSE (« Organisation », « Communication », « Réactivité », « Mobilisation », « Disponibilité », « Stress ») ainsi que des caractéristiques des SSE (« Rare », « Grave », « Nombreuses victimes », « Crise », « Blessés », « Mort »). Enfin, autour du terme « Epidémie » se regroupent des types d'événements (« Canicule » et « Catastrophe naturelle ») ainsi que des pratiques spécifiques (« Isolement » et « Protection ») puis des caractéristiques des SSE (« Danger » et « Risque »).

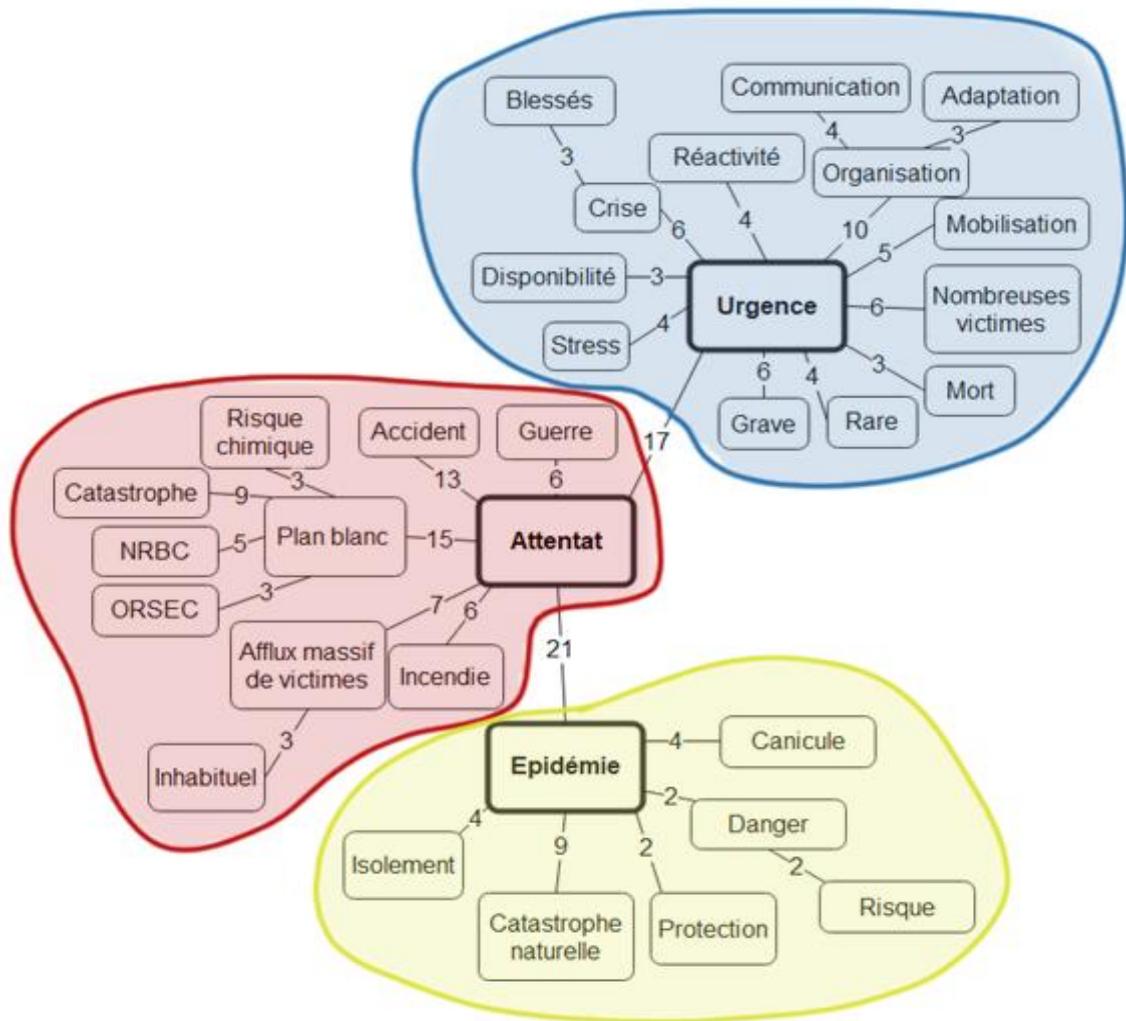


Figure 5 - Analyse de similitude des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers (N=157)

6.3.4 Catégorisation thématique

À partir de l'analyse de similitude, le corpus d'associations a été catégorisé (hors hapax) en 5 dimensions : les exemples de type d'événements potentiellement SSE (30,58 % du corpus hors hapax), les associations relatives aux caractéristiques des SSE (25,27 % du corpus hors hapax), les associations relatives à la prise en charge des SSE (22,00 % du corpus hors hapax), les associations liées au lexique spécifique des SSE (11,39 % du corpus hors hapax), ainsi que les inclassables (10,76 % du corpus hors hapax). Un tableau présentant les associations des 5 thématiques se trouve en annexe (cf. Annexe 6).

6.3.5 Différences entre professionnels

Afin d'observer les différences de corpus entre les professionnels, les indices de stabilité du contenu et de rareté ont été calculés pour les sous-corpus par groupe professionnel. Ces indices ne montrent pas de différences conséquentes entre les quatre groupes (*cf.* Tableau 9).

Tableau 9 – Indices de diversités et pourcentage d'hapax des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » en fonction de la catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Indices	
	Indice de diversité	Pourcentage d'hapax
Médecins (n=30)	0,53	75%
Paramédicaux (n=65)	0,44	69%
Cadres de santé (n=35)	0,54	74%
Administratifs (n=27)	0,47	67%

Les types de contenu ont été analysés en fonction de chaque groupe professionnel. Pour cela, nous avons calculé la part de chaque thème représenté dans chaque sous-corpus. Le tableau ci-dessous (*cf.* Tableau 10) présente les pourcentages du corpus hors hapax que représentent les différents thèmes, par catégorie professionnelle.

Tableau 10 – Pourcentages des thèmes des associations à l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » par catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Thèmes				
	Inclassable	Prise en charge	Exemple de risques	Lexique spécifique	Caractéristique des SSE
Médecins (n=30)	7%	13%	43%	15%	22%
Paramédicaux (n=65)	8%	19%	34%	8%	31%
Cadres de santé (n=35)	2%	31%	17%	22%	28%
Administratifs (n=27)	0%	22%	32%	15%	31%

Pour une meilleure visualisation de ces résultats, nous avons réalisé des diagrammes présentant les parts de chaque thème dans chaque groupe professionnel (cf. Figure 6, Figure 7, Figure 8 et Figure 9).

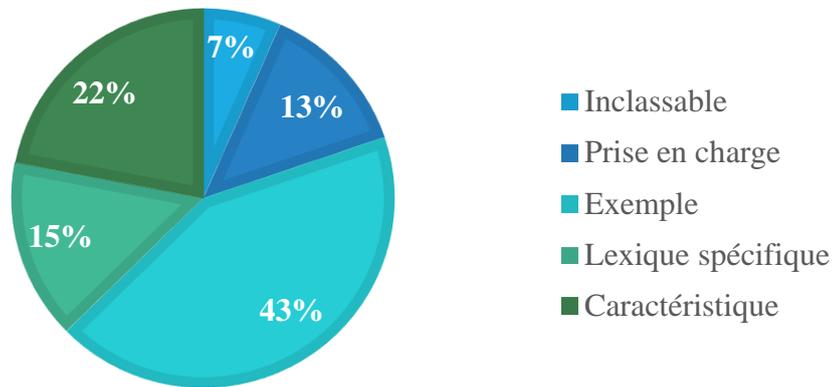


Figure 6 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des médecins (N=30)

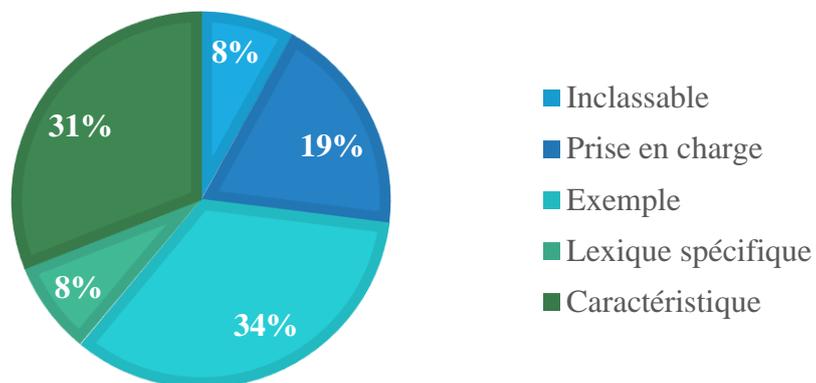


Figure 7 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des paramédicaux (N=65)

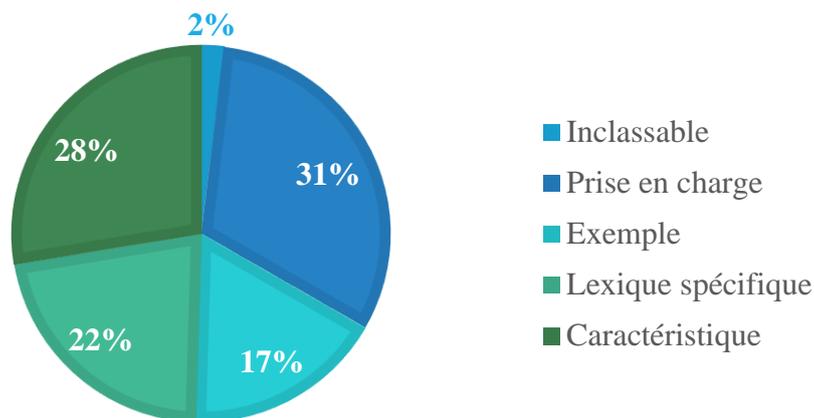


Figure 8 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des cadres de santé (N=35)

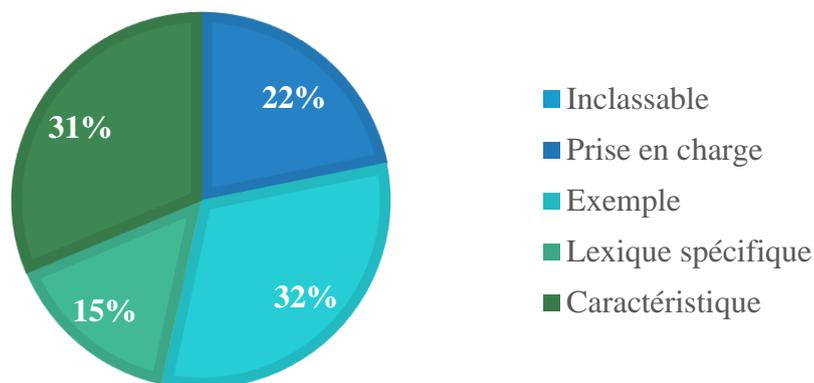


Figure 9 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des administratifs (N=27)

Une différence conséquente est observable entre les cadres de santé et les autres groupes professionnels. Les cadres ont une part plus importante d'associations liées à la prise en charge des SSE. Ils ont également une part moins importante d'associations liées à des exemples d'événements potentiellement SSE. Ce sont eux qui ont le plus d'associations liées au lexique spécifique des SSE. Les autres groupes professionnels sont similaires en ce qui concerne les proportions de thèmes exprimés.

6.4 DISCUSSION

6.4.1 Synthèse des résultats

Le corpus d'associations montre une diversité relativement réduite dans les associations, avec cependant un taux d'hapax élevé. Les associations les plus fréquentes et importantes sont « Urgence », « Plan blanc », « Epidémie », « Organisation », « Catastrophe », « Afflux massif de victimes » et « Crise ». Les associations s'organisent autour de trois pôles prenant leurs sources dans les termes « Urgence », « Epidémie » et « Attentat » qui est au centre des associations. À partir de ces pôles, 5 thèmes permettent de catégoriser l'ensemble des associations : les exemples de type d'événements potentiellement SSE, les associations relatives aux caractéristiques des SSE, les associations relatives à la prise en charge des SSE, les associations liées au lexique spécifique des SSE, ainsi que les inclassables. Le groupe professionnel des cadres de santé évoque une plus grande part d'associations du thème lié à la pratique professionnelle.

6.4.2 Les situations sanitaires exceptionnelles : un objet de représentation professionnelle ?

Les résultats de cette étude corroborent ceux de l'étude 1 : ils ne permettent pas d'affirmer que l'objet SSE est objet de représentation sociale. En effet, si l'indice de diversité suggère qu'il existe bien une stéréotypie des réponses, elle semble encore faible en raison de l'indice de rareté élevé. Les thèmes « types d'événements potentiellement SSE » et « caractéristiques des SSE » représentent 55,85 % du corpus alors que les thèmes liés à la pratique des professionnels hospitaliers (prise en charge et lexique spécifique) représentent 33,39 % du corpus associatif. Ainsi, les associations directement en lien avec leur profession ne représentent pas la majorité des associations, mais une part conséquente. Le contenu montre qu'il n'y a que peu d'éléments normatifs (relatifs aux valeurs, à l'idéologie), mais plutôt des éléments fonctionnels (relatifs aux prescriptions comportementales). Ainsi, ces résultats argumentent pour l'hypothèse que les SSE constitueraient un objet de représentation professionnelle émergente. En effet, la représentation professionnelle prend racine dans la pensée de sens commun, ainsi que dans la pensée scientifique (Bataille et al., 1997). Des connaissances particulières et techniques sont

donc présentes dans ce type de représentation. Les représentations professionnelles sont constituées de trois dimensions : une dimension fonctionnelle (avec des cognitions liées à la pratique) ; une dimension contextuelle (avec des cognitions liées au cadre de la profession) et une dimension identitaire (avec des cognitions liées à l'identité et aux valeurs du groupe) (Blin, 1997). Or, les thèmes qui ont émergé de ce corpus d'associations montrent bien l'existence d'une dimension fonctionnelle et contextuelle, plus particulièrement avec le thème « prise en charge ». Ainsi, ces résultats semblent indiquer que le groupe des personnels hospitaliers partage une façon consensuelle de penser au sujet de l'objet SSE. Cependant, si l'on se réfère aux conditions d'émergence d'une représentation sociale (Flament & Rouquette, 2003), ces résultats ne permettent pas d'affirmer que le groupe communique et partage des pratiques communes en lien avec les SSE. De plus, contrairement aux résultats de l'étude 1, ces résultats ne montrent pas d'enjeu identitaire ou lié à leurs valeurs ou idéologies. La représentation des SSE ne semble pas avoir de dimension polémique ou identitaire, ce qui est un autre argument réfutant l'existence d'une représentation sociale de la SSE. Cependant, nous supposons qu'un contexte professionnel nécessitant ce type de prise de position pourrait faire émerger cet objet comme un objet de représentation professionnelle.

6.4.3 Quelle pertinence pour le terme englobant « Situation sanitaire exceptionnelle » ?

Ces résultats permettent de décrire les SSE à l'aide des associations. Presque un tiers des associations correspondent à un événement potentiellement SSE. De plus, les associations s'organisent en grande partie à partir de deux types d'événements : les « Attentats » et les « Epidémies ». Ainsi, la définition des SSE semble indissociable des types d'événements potentiellement SSE. Le terme SSE nécessite une meilleure contextualisation pour les participants. Plus précisément, la première étude montre que les différents types d'événements potentiellement SSE renvoient à des représentations différentes. La perception de la probabilité de ces risques est par exemple différente. Les attentats sont perçus comme plus probables que les autres types d'événements. Selon le baromètre IRSN de 2021, le terrorisme était la première des préoccupations des Français parmi une liste de divers « problèmes sociétaux » de 2015 à 2017 et 2020. Depuis 2014, les dommages liés aux catastrophes naturelles sont des préoccupations toujours plus faibles que le terrorisme (IRSN, 2021). De plus, selon l'étude 1, contrairement aux catastrophes naturelles, les attentats constituent le type d'événement le plus

partagé par les participants, et ce indépendamment de l'emplacement géographique des participants. Ceci pourrait expliquer l'importance de ces types d'événements dans la représentation. En effet, une étude montre qu'une perception du risque sismique faible pourrait expliquer la non-émergence d'une représentation sociale de ce même risque (Chesterman et al., 2019). Ces résultats questionnent l'intérêt du terme générique de « situation sanitaire exceptionnelle ». En effet, chaque type d'événement est associé à des représentations différentes. Il est également potentiellement associé à des types de prises en charge ainsi qu'à des afflux de victimes et des temporalités différents. Ainsi, se préparer à faire face à ces risques peut faire référence à des pratiques différentes.

Malgré tout, les caractéristiques des SSE constituent des éléments récurrents. Ces situations sont perçues comme des situations de crises, de catastrophes urgentes, avec de nombreuses victimes, pouvant impliquer la mort. Il s'agit de situations rares, inhabituelles et graves. Ainsi, tous les types d'événements cités peuvent correspondre à cette définition. D'un point de vue pratique, les formations à la gestion des SSE peuvent se baser sur ces éléments pour employer une définition communément admise par les participants.

6.4.4 Une pratique organisationnelle

Presque un tiers des associations est en lien direct avec la profession exercée au sein de l'hôpital : elles correspondent aux thèmes « prise en charge » et « lexique spécifique aux SSE ». Ainsi, les participants intègrent cet objet dans leur environnement professionnel. Ces situations impliquent une prise en charge hospitalière centrée autour de l'organisation, la mobilisation, la réactivité, la communication, la disponibilité et l'adaptation. Elles engagent du stress. Enfin, les termes spécifiques aux SSE qui sont partagés par les participants sont : le plan blanc, l'afflux massif de victimes ou le plan ORSEC. Ainsi, on observe que très peu d'associations sont liées à un lexique de prise en charge médical. Ces associations sont relatives à l'organisation de la prise en charge, à l'aide de plans et procédures qui sont définis principalement par le plan blanc. Cependant, on observe avec l'analyse de similitude que les procédures de gestion des SSE (plan blanc, OSEC, ORSAN) sont plus associées à la situation d'attentat qu'à la situation d'épidémie et les comportements d'isolement et de protection à la situation épidémie. Ces résultats suggèrent que, selon le type d'événement, les pratiques associées aux SSE sont différentes. On peut donc faire l'hypothèse que les comportements de préparation doivent également être spécifiques à chaque type de situation exceptionnelle.

6.4.5 Le lien entre la position institutionnelle et le contenu représentationnel

Enfin, concernant le dernier objectif, on observe dans le contenu représentationnel des différences plus marquées entre les cadres de santé et les autres professions. Ces derniers expriment un contenu plus en lien avec la pratique professionnelle que les autres groupes professionnels. Cependant, les indices de diversité et de rareté ne sont pas plus faibles pour le groupe des personnels hospitaliers. Ainsi, ils ne détiendraient pas une représentation plus riche. Il n'y a que le contenu qui diffère. Des recherches empiriques ont montré que les pratiques professionnelles influencent le contenu et la structure des représentations sociales de son travail (Guimelli, 1998 ; Guimelli & Jacobi, 1990). Une distance à l'objet (composé du niveau de pratique, de connaissance et de l'implication personnelle à l'objet) implique une représentation plus fonctionnelle (Abric, 2001). Si l'activité initiale des cadres de santé est relative au soin, ils ont également acquis un rôle managérial de gestion des équipes et budgétaire depuis quelques années (Dumas & Ruiller, 2011). Selon la fiche métier produite par la fonction publique hospitalière, le cadre de santé a un rôle d'organisation de l'activité, avec un rôle d'encadrement des équipes, de gestion du matériel et doit gérer développer les compétences individuelles et collectives (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). Selon une étude, ultérieure à la nôtre, portant sur la gestion de la crise sanitaire de 2020, les choix organisationnels des cadres de santé lors d'une SSE peuvent influencer l'adaptation de leur équipe (Kurschat, 2020). Il semble donc que, dans le cas d'une SSE, il est attendu des cadres de santé qu'ils réorganisent leur pôle, au niveau humain et matériel. Or, dans notre étude, une grande partie des associations liées à la pratique se réfèrent à une pratique organisationnelle. On peut donc expliquer que les réponses des cadres de santé sont associées à leur rôle organisationnel. Au-delà de la pratique, la position dans l'institution peut probablement influencer les représentations associées aux SSE. En effet, comme le définit Doise, les représentations sociales s'ancrent en fonction du positionnement social, en fonction des rapports inter-groupes (Doise, 1986, 1990). Dans un système hiérarchisé comme l'hôpital, les différences de contenu représentationnel ne doivent pas être considérées uniquement comme résultant de pratiques, mais également des relations inter-groupes et plus particulièrement inter-professions. Le cadre de santé, en conflit de rôle entre les exigences de la qualité du soin et la gestion budgétaire, est également en conflit de rôle entre les attentes de la direction et de ses équipes (Rivière et al., 2013). Des recherches supplémentaires sont

nécessaires pour comprendre comment ces tensions de rôle peuvent influencer le rapport que les groupes professionnels entretiennent avec les SSE.

6.4.6 Limites de l'étude 2

Plusieurs limites doivent être considérées dans cette étude. Premièrement, lors de la phase de lemmatisation, il a été choisi d'effectuer une lemmatisation stricte (correction de l'orthographe et mise au singulier) et de ne pas (ou presque) effectuer de retraitement (des termes synonymes n'ont pas été regroupés systématiquement si nous avons le moindre doute sur le sens des associations). Or, les indices de stabilité et de rareté sont très dépendants de cette phase ; d'autres expérimentateurs auraient ainsi pu appliquer un regroupement des associations plus large et donc les indices seraient plus faibles. Deuxièmement, la population étudiée ne peut être considérée comme représentative des professionnels hospitaliers et des groupes professionnels. Si cette étude permet des pistes de réflexion sur les logiques représentationnelles et les différences entre ces groupes, d'autres études avec un échantillonnage plus solide sont nécessaires, notamment en prenant en considération les profils des répondants, notamment leur niveau d'implication en lien aux SSE, leur service et lieu d'exercice. En effet, cette étude ne permettant pas ce niveau d'analyse plus fin. Enfin, un travail de réflexivité est nécessaire. En effet, une partie des évocations ont été réalisées en contexte de face-à-face avec les expérimentatrices. Or dans ce contexte, peuvent être biaisés par le contexte et les rôles attribués aux expérimentateurs (Goffman, 1973 ; Haas & Masson, 2006)¹³. En effet, les analyses permettant de distinguer les données de ces deux procédures montrent que si le contenu est semblable, le corpus recueilli en entretien semble contenir plus d'associations liées à la pratique professionnelle que l'autre. Une hypothèse pour expliquer ce résultat consiste en la saillance du contexte professionnel lors des entretiens (les entretiens ayant été réalisés pour la plupart sur leur lieu de travail) ou par une plus forte volonté de se conformer aux attentes des expérimentatrices. De plus, lors des entretiens, les participants ont alors pu limiter leurs réponses normatives pour adopter des réponses fonctionnelles, afin de ne pas risquer de tenir un discours non consensuel. De plus, les associations ont été recueillies avant de débiter l'entretien, ce qui a l'avantage d'éviter que les participants aient déjà construit un discours à l'égard de l'objet mais qui a le désavantage de faire appel à des réponses plus consensuelles. Pour les participants à la procédure en ligne, cet effet devrait être diminué. Cependant, une

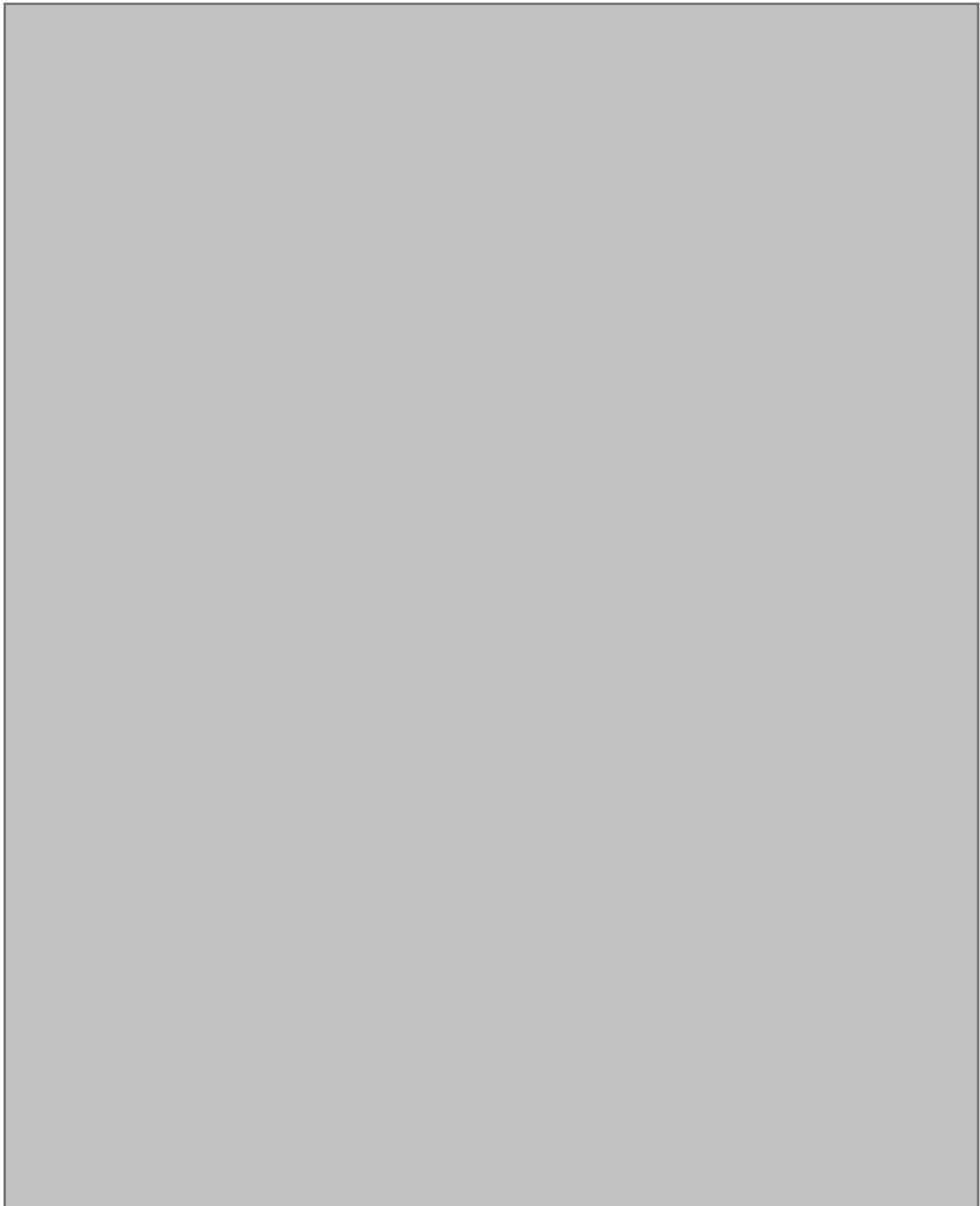
¹³ Pour plus de précisions, se référer à la partie limite de l'étude 1 (p.133).

partie des participants ont reçu ce questionnaire via leur hiérarchie, ce qui a là encore pu inhiber les réponses non consensuelles. Le corpus provenant des questionnaires en ligne montre une plus grande part d'exemples d'événements potentiellement SSE. Ainsi, les différences entre les deux recueils pourraient également s'expliquer par une distinction d'implication professionnel concernant ces situations entre les participants.

À RETENIR

Afin de compléter la première étude de cette thèse, cette seconde étude propose d'explorer les représentations associées aux SSE avec une approche structurale. 157 participants ont répondu à un questionnaire d'évocations hiérarchisées en ligne (n=114) ou lors d'entretiens (n=43). Le corpus a fait l'objet d'analyse prototypique, de similitude et catégorielle. Les résultats montrent que le corpus détient une diversité relativement réduite d'associations, avec cependant un taux d'hapax élevé. Les associations les plus fréquentes et importantes sont « Urgence », « Plan blanc », « Epidémie », « Organisation », « Catastrophe », « Afflux massif de victimes » et « Crise ». Les associations s'organisent autour de trois pôles prenant leurs sources dans les termes « Urgence », « Epidémie » et « Attentat » qui est au centre des associations. 5 thèmes permettent de catégoriser l'ensemble des associations : les exemples de type d'événements potentiellement SSE, les associations relatives aux caractéristiques des SSE, les associations relatives à la prise en charge des SSE, les associations liées au lexique spécifique des SSE, ainsi que les inclassables. Le groupe professionnel des cadres de santé évoque une plus grande part d'associations du thème lié à la pratique professionnelle. La place dans l'institution modifie probablement la familiarité avec l'objet SSE et donc le contenu associatif. Ces résultats vont dans le sens des premières hypothèses sur le statut de l'objet SSE comme un objet de représentation professionnelle émergente, avec des associations fonctionnelles et relatives à leur pratique professionnelle principalement organisationnelle. Cependant, elles sont imagées à partir du plan blanc certes mais également des exemples de situation, ce qui questionne la possibilité englobante du terme SSE.

7. CHAPITRE 7 : DU SENTIMENT D'ETRE PRET AUX SSE A L'INTENTION DE S'Y PREPARER



7.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE 3

Les deux premières études de la thèse permettent de mieux identifier les représentations des personnels hospitaliers interrogés associées aux SSE et leur préparation à celles-ci. Elles permettent également de proposer des hypothèses concernant les possibles prédicteurs du sentiment d'être prêt à gérer ces SSE chez les personnels hospitaliers. À partir de ces premiers résultats, cette nouvelle étude permet de tester statistiquement les liens entre les facteurs prédicteurs présumés et le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers. Les premiers résultats des études 1 et 2 ont laissé certaines questions en suspens concernant les représentations associées aux SSE. Les représentations autour de cet objet ne semblent pas stables. Le terme SSE semble défini différemment en fonction des événements qui pourraient potentiellement être à l'origine d'une SSE. Nous explorons donc les différences de représentations, de perception du risque et d'implication personnelle entre les principaux événements potentiellement SSE évoqués lors des entretiens. Nous proposons également d'étudier ces différences entre la population générale et les personnels hospitaliers, afin de mieux identifier les éléments représentationnels propres aux personnels hospitaliers. La perspective de la crise sanitaire de la COVID-19 se dessinait lors de la construction de la méthodologie de cette étude ¹⁴. Il nous a alors semblé pertinent d'étudier le sentiment d'être prêt à cette pandémie au moment où elle est survenue, afin de spécifier cette SSE et d'observer ce sentiment et ses déterminants dans un contexte réel. Pour finir, nous intégrons les variables de la théorie du comportement planifié (TCP) afin d'explorer leurs liens avec l'intention comportementale de se préparer aux SSE afin de proposer une étude plus directe des comportements de préparation.

Ainsi, les objectifs de cette troisième étude émergent à partir de ces questionnements. Ils sont les suivants :

- (1) Explorer les représentations de trois événements potentiellement SSE ;
- (2) Explorer les différences des représentations d'événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier ;
- (3) Explorer la perception du risque de trois événements potentiellement SSE ;
- (4) Explorer les différences de perception du risque de trois événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier ;

¹⁴ Pour plus de précisions sur cette crise sanitaire, voir partie 1.4.3 de la thèse (p. 47).

- (5) Explorer l'implication personnelle liée à trois événements potentiellement SSE ;
- (6) Explorer les différences d'implication professionnelle liée aux événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier ;
- (7) Mesurer le sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers ;
- (8) Identifier les facteurs prédictifs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers ;
- (9) Mesurer le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers ;
- (10) Identifier les facteurs prédictifs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers ;
- (11) Explorer l'évolution des scores des facteurs prédictifs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE, après une SSE.
- (12) Mesurer l'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers ;
- (13) Identifier les facteurs prédictifs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers.

Devant la variété des objectifs de cette étude, nous présentons d'abord la méthode générale de cette étude, puis les résultats et les discussions seront divisés en fonction des 4 types d'analyses apposés à cette étude, en fonction des 4 axes de recherches de la thèse. Les 4 types d'analyses sont :

- (1) Une analyse des représentations et perceptions du risque de trois événements potentiellement SSE ;
- (2) Une analyse du sentiment d'être prêt à une SSE ;
- (3) Une analyse du sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19 ;
- (4) Une application de l'intention comportementale à se préparer aux SSE.

7.2 METHODE

7.2.1 Participants

Les données ont été recueillies auprès d'un échantillon de 1153 participants, dont 745 personnes de la population générale et 408 personnels hospitaliers. Les deux populations sont présentées distinctement. La sélection des participants a été déterminée par leur profession. Pour le premier groupe, constitué de la population générale, les seules conditions d'inclusion sont de résider en France et de ne pas exercer sa profession à l'hôpital. Pour le second groupe, constitué de personnels hospitaliers, les seules conditions d'inclusion sont de résider en France et d'exercer sa profession, quelle qu'elle soit, à l'hôpital.

7.2.1.1 Population générale

L'échantillon comporte 745 participants n'exerçant pas de profession au sein d'un hôpital. Leur sexe et âge est présenté dans le tableau suivant (*cf.* Tableau 11).

Tableau 11 – Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction du sexe et de l'âge (N=745)

	Sexe	
	Femme (n=526)	Homme (n=218)
Moyenne d'âge	36,14	35,44
Écart type d'âge	13,82	15,22

Les participants proviennent de catégories professionnelles différentes (*cf.* Tableau 12).

Tableau 12 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur catégorie professionnelle (N=745)

	Fréquence	Pourcentage
--	-----------	-------------

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	40	5 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	203	27 %
Professions intermédiaires	74	10 %
Employés	205	28 %
Ouvriers	14	2 %
Retraités	32	4 %
Étudiants	133	18 %
Sans activité professionnelle	44	6 %

Concernant la famille professionnelle, le domaine de la santé, de l'action sociale, culturelle et sportive est surreprésenté avec 33,42 % de la population (*cf.* Tableau 13).

Tableau 13 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur famille professionnelle (N=745)

	Fréquence	Pourcentage
Agriculture, marine, pêche	9	1 %
Bâtiment, travaux publics	17	2 %
Électivité, électronique	5	<1 %
Mécanique, travail des métaux	8	1 %
Industries de process	3	<1 %
Matériaux souples, bois, industries graphiques	4	<1 %
Maintenance	4	<1 %
Ingénieurs et cadres de l'industrie	23	3 %
Transports, logistique et tourisme	9	1 %
Artisanat	9	1 %
Gestion, administration des entreprises	26	3 %
Informatique et télécommunications	45	6 %
Études et recherche	100	13 %
Administration publique, Professions juridiques, armée et police	52	7 %
Banque et assurances	8	1 %

Commerce	32	4 %
Hôtellerie, restauration, alimentation	14	2 %
Services aux particuliers et aux collectivités	23	3 %
Communication information art et spectacle	40	5 %
Santé, action sociale, culturelle et sportive	249	33 %
Enseignement, formation	64	9 %
Politique, religion	1	<1 %

Enfin, 14 des participants n'ont aucun diplôme (1,88 %), 53 ont un CAP ou un BEP (7,11 %), 121 un baccalauréat (16,24 %), 95 un Bac+2 (26,71 %), 199 un Bac+3 (26,71 %), 226 un Bac+5 (30,34 %) et 37 un Bac+8 (4,99 %). 85 départements différents de France métropolitaine et d'outre-mer sont représentés.

7.2.1.2 Personnels hospitaliers

L'échantillon comprend 408 personnels hospitaliers. Leur sexe et âge est présenté dans le tableau suivant (*cf.* Tableau 14).

Tableau 14 - Répartition des personnels hospitaliers de l'étude 3 en fonction du genre et de l'âge

	Sexe	
	Femme (n=360)	Homme (n=48)
Moyenne d'âge	36,86	36,10
Écart type d'âge	10,59	9,00

L'échantillon est composé de 250 infirmières, 70 aides-soignants, 38 cadres de santé, 9 membres du personnel administratif, 8 psychologues, 7 médecins, 4 ambulanciers, 3 agents de direction et 19 autres professions différentes. 25 des membres du personnel hospitalier exercent leur profession dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les autres exercent tous en hôpital dans différents services. Certains dans plusieurs services à la fois. La répartition des professionnels selon les services est disponible sous forme de tableaux en annexe (*cf.* Annexe 7). 80 départements de France et départements

d'outre-mer sont représentés. 1 participant n'a pas de diplôme (0,2 %), 21 ont un certificat de capacité professionnelle ou un certificat d'études professionnelles (5,1 %), 54 un baccalauréat (13,2 %), 31 un Bac+2 ans (7,6 %), 231 un Bac+3 ans (56,6 %), 63 un Bac+5 ans (15,4 %) et 7 un Bac+8 ans ou plus (1,7 %). 143 participants travaillent depuis moins de 5 ans (35 %), 91 entre 5 et 10 ans (22,3 %), 55 entre 10 et 15 ans (13,5 %) et 119 depuis plus de 15 ans (29,2 %). 122 participants ont une expérience préalable de la crise sanitaire (29,9 %).

7.2.2 Procédure et outils

Une enquête réalisée à l'aide de la plateforme d'enquête et d'analyse en ligne Qualtrics © a été diffusée selon la méthode dite « boule de neige », par le biais de contacts personnels. Pour cette méthode, les participants nous communiquent de nouveaux contacts et ceux-ci donnent de nouveaux contacts et ainsi de suite (Vogt & Johnson, 2011). Les participants ont également été invités à diffuser par leurs propres moyens le lien de ce questionnaire à leurs contacts. De plus, 68 hôpitaux (par le biais de leurs directions des soins), 13 agences régionales de santé et des groupes de soignants sur les réseaux sociaux ont été contactés.

Le questionnaire a été diffusé en France du 14 au 20 mars 2020. En France, le 14 mars, 4500 personnes étaient infectées par la COVID-19, et 91 personnes en sont décédées. Au 20 mars, 12 612 personnes étaient infectées par COVID-19, 5226 personnes étaient hospitalisées et 450 personnes sont décédées (Gouvernement français, 2020). La période de passation correspond donc à la pré-crise sanitaire. Afin de visualiser le contexte sanitaire présent lors de la passation des questionnaires, la période de diffusion est annotée dans le graphique ci-dessous (*cf.* Figure 10).

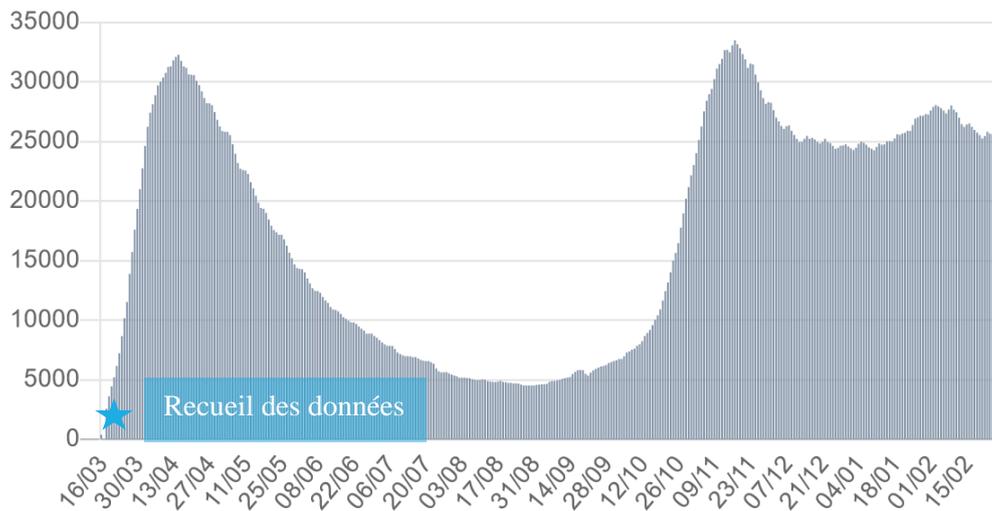


Figure 10 - Nombre de patients atteint de la COVID-19 admis à l'hôpital en France du 16 mars 2020 au 15 février 2021

La sélection des variables étudiées s'est basée sur la littérature et sur l'étude 1 de la thèse. Le questionnaire contient 120 items. Son plan est disponible dans la figure suivante (*cf.* Figure 11). L'ensemble du questionnaire est présenté en annexe (*cf.* Annexe 8).

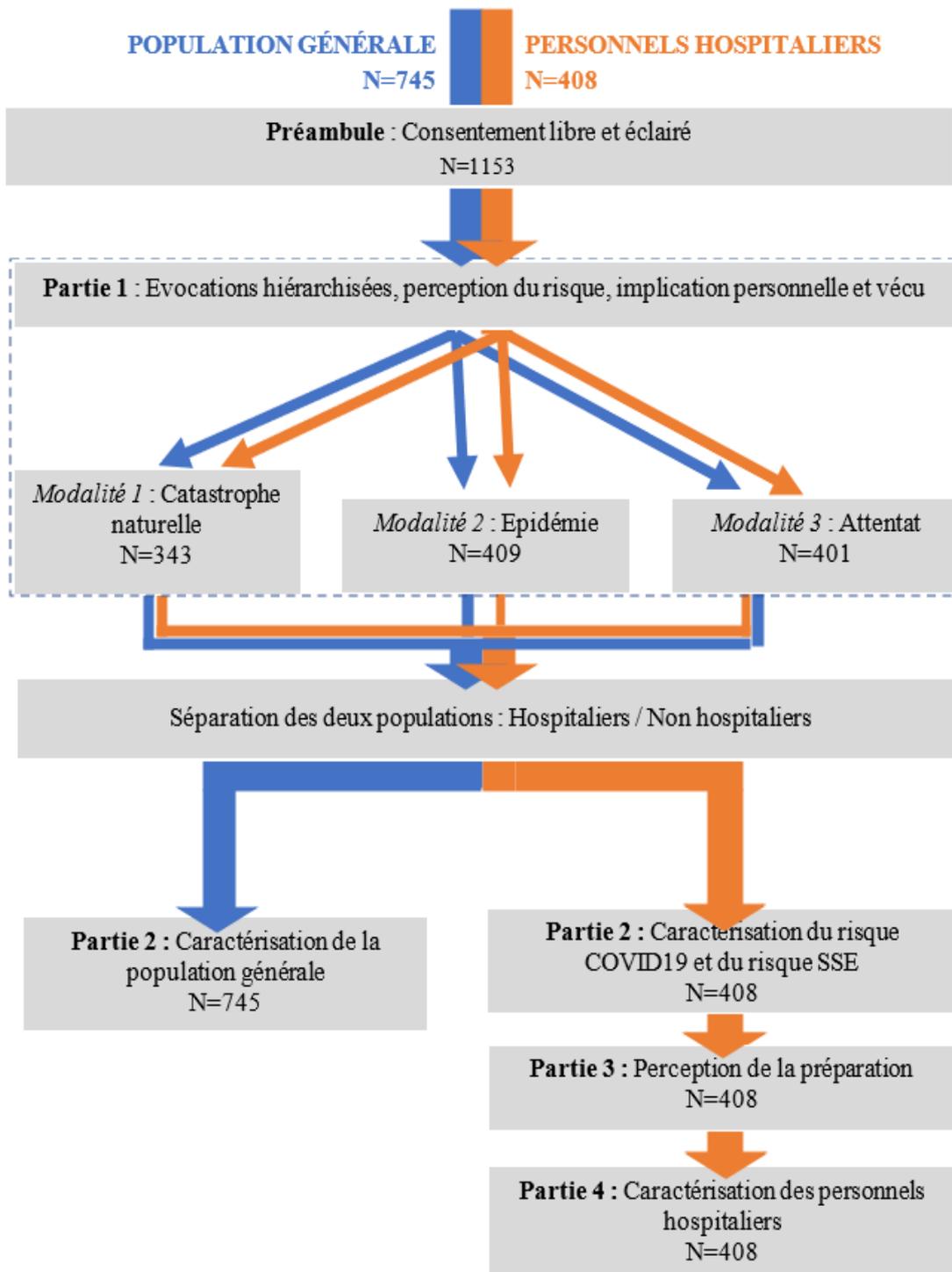


Figure 11 - Plan du questionnaire de l'étude 3

7.2.2.1 Représentation, perception du risque et implication liés à des événements potentiellement SSE

Une première partie concerne la perception de trois types d'événements potentiellement SSE : les attentats, les épidémies et les catastrophes naturelles. Les trois types d'événements étudiés sont parmi les plus saillants lors des études 1 et 2. Chaque participant est affecté à une condition (attentat, épidémie ou catastrophe naturelle) et n'a donc répondu aux questions que pour ce seul type de situation. L'ensemble des participants (n=1153) ont répondu à cette partie. De façon aléatoire, 343 participants ont été affectés à la condition catastrophe naturelle (dont 116 personnels hospitaliers), 409 participants ont été affectés à la condition épidémie (dont 159 personnels hospitaliers), 401 participants ont été affectés à la condition attentat (dont 133 personnels hospitaliers). Cette partie comporte 14 items qui concernent :

- (1) Les représentations associées à l'événement ;
- (2) La perception du risque de l'événement ;
- (3) L'implication personnelle liée à l'événement ;
- (4) Le vécu direct et indirect de l'événement.

Représentations associées à l'événement — Concernant la tâche d'évocations hiérarchisées, les participants ont, dans un premier temps, produit 5 mots ou expressions qui leur venaient spontanément à l'esprit à l'évocation du terme indicateur, pouvant être selon la condition : « épidémie », « attentat » ou « catastrophe naturelle ». Cette première étape est une tâche d'association libre continuée (une demande de plusieurs induits sans aucune contrainte concernant ces induits, c'est-à-dire qu'il n'a pas été demandé aux participants de fournir des types de mots ou expressions particuliers (Moliner & Lo Monaco, 2017)). Les premiers travaux utilisant cette méthode (Vergès, 1992) ont croisé la fréquence des induits et leur rang d'apparition moyen, afin de constituer un tableau à double entrée permettant de les classer selon 4 catégories. Cependant, il a été montré par la suite que les induits qui apparaissent en premier ne sont pas nécessairement ceux considérés comme les plus importants (Dany et al., 2015). C'est pourquoi nous avons choisi d'ajouter une deuxième phase de hiérarchisation de ces induits, comme proposée par Abric (Abric, 2003). Cette phase consiste à demander aux participants de hiérarchiser les induits qu'ils ont produits du plus important au moins important. Elle permet la création d'un second indice, remplaçant celui du rang d'apparition moyen par le rang d'importance moyen. D'autres analyses complémentaires sont possibles (cf. Moliner &

Lo Monaco, 2017) ; cependant, nous avons fait le choix, afin de ne pas alourdir un questionnaire déjà relativement long, de ne pas ajouter d'autres phases.

Perception du risque — La probabilité d'occurrence perçue, la gravité perçue et la crainte perçue sont évaluées par trois items. Il s'agit des trois variables de base de la perception du risque (Peretti-Watel, 2003). Les participants doivent déterminer à partir d'affirmations s'ils pensent que les événements sont probables, graves ou s'ils les craignent. Ces items sont proposés sous forme de réponse numérique linéaire en 11 points, allant de 0 à 10.

Implication personnelle — L'implication personnelle faisant référence à la relation que l'individu entretient avec un objet de représentation (Rouquette, 1997) est évaluée à l'aide de trois variables : la valorisation de l'objet (l'importance perçue de l'objet), l'identification de l'individu (le fait de se sentir concerné par l'objet), sa capacité perçue d'action (la perception que l'individu peut agir sur l'objet) (Flament & Rouquette, 2003). Les items employés dans ce questionnaire sont inspirés de l'étude d'Ernst-Vintila (*cf.* Ernst-Vintila et al., 2010), sous forme de réponse numérique linéaire en 11 points, allant de 0 à 10.

Vécu direct et indirect de la situation — Il a été demandé aux participants d'indiquer s'ils ont déjà été impactés par les conséquences d'un événement semblable. Dans le cas d'une réponse affirmative, ils doivent préciser le type d'impact et nommer l'événement qui les a impactés. Ensuite, il leur est demandé si un de leur proche et/ou eux-mêmes ont été contaminés (dans la condition épidémie) ou victime (dans les conditions attentats et catastrophe naturelle). Ici encore, dans le cas d'une réponse affirmative, il leur a été demandé de nommer l'événement qui les a impactés.

7.2.2.2 Préparation des personnels hospitaliers aux SSE

À la suite de la première partie, les participants sont invités à indiquer s'ils exercent leur profession dans un hôpital. Les participants répondant oui continuent à répondre au reste du questionnaire alors que les autres répondent à des questions socio-démographiques. Ils doivent également répondre à une question sur la caractérisation de la COVID-19 :

Perception de la COVID-19 en tant que SSE – Les participants doivent indiquer s'ils pensent que la COVID-19 peut être considérée comme une SSE. Pour les participants répondant non, il leur est demandé d'indiquer la probabilité que la COVID-19 devienne une SSE.

Une partie réservée aux personnels hospitaliers concerne la préparation à l'épidémie de la COVID-19 et ses supposés prédicteurs composés de 9 items. Ces items sont sous forme de réponse numérique linéaire, avec des affirmations suivies d'échelles de réponses allant de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord). Les variables testées sont :

- (1) La préparation personnelle à la COVID-19 perçue ;
- (2) Le sentiment d'être prêt à la COVID-19 ;
- (3) La perception des collègues comme prêt à la COVID-19 ;
- (4) La perception de la préparation de l'hôpital à la COVID-19 ;
- (5) La perception de l'hôpital comme prêt à la COVID-19.

La préparation personnelle à la COVID-19 perçue — Trois items consistent à demander aux participants d'évaluer leur préparation comme suffisante ou non pour gérer la pandémie de la COVID-19. Ces items concernent : leur préparation en règle générale concernant la COVID-19, leur niveau de connaissances et leur niveau de compétences en lien avec la COVID-19.

Le sentiment d'être prêt à la COVID-19 — On demande aux participants d'indiquer s'ils se sentent prêts à gérer la pandémie de la COVID-19 (question unique).

La perception des collègues comme prêts à la COVID-19 — Deux items demandent aux participants d'indiquer s'ils pensent que leurs collègues sont prêts à gérer l'épidémie de la COVID-19.

La perception de la préparation à la COVID-19 de l'hôpital — Deux items concernent la perception des ressources humaines et les ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes pour gérer la COVID-19.

La perception de l'hôpital comme prêt à la COVID-19 — On demande aux participants d'indiquer s'ils pensent que leur hôpital est prêt à gérer l'épidémie de la COVID-19 (question unique).

Une seconde partie réservée aux personnels hospitaliers concerne la préparation aux SSE et ses supposés prédicteurs. 46 items sont relatifs aux supposés prédicteurs du sentiment d'être prêt. Ils sont proposés sous forme de réponse numérique linéaire, avec des affirmations suivies d'échelles de réponses allant de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord). Les items sont divisés en plusieurs catégories : ceux qui se réfèrent à la préparation personnelle (12 items), ceux qui se réfèrent à la perception de la perception du risque et de l'implication personnelle (7 items), ceux qui se réfèrent à la perception du comportement de préparation (15

items) et ceux qui se réfèrent à la perception de la préparation des collègues et de l'hôpital (12 items).

Concernant la préparation personnelle, les variables testées sont :

- (1) La préparation personnelle perçue ;
- (2) Le sentiment d'être prêt ;
- (3) Le sentiment d'auto-efficacité ;
- (4) La préparation déclarée.

La préparation personnelle perçue — Trois items évaluent la préparation personnelle perçue : la préparation perçue des participants en règle générale, le niveau de connaissances perçues et le niveau de compétences perçues.

Le sentiment d'être prêt — Trois items évaluent : le sentiment d'être prêt des participants à gérer une SSE en règle générale, à une SSE soudaine et une SSE anticipable.

Le sentiment d'auto-efficacité — Un item demande aux participants d'estimer leur efficacité dans la gestion d'une SSE. Cet item est inspiré de la définition de Bandura (Bandura, 1986).

La préparation déclarée — Cinq comportements sont déclarés par les participants : la participation à des exercices de simulation, la participation à une formation spécialisée, la participation à un retour d'information sur des SSE antérieures, la lecture du plan d'urgence et la demande d'informations auprès de référents de crise sanitaire.

Concernant la perception du risque et l'implication personnelle, les variables testées sont :

- (1) La probabilité d'occurrence perçue d'une SSE ;
- (2) La gravité perçue d'une SSE ;
- (3) La crainte perçue d'une SSE ;
- (4) L'implication personnelle et professionnelle liée aux SSE.

La probabilité d'occurrence perçue, la gravité perçue et la crainte perçue — Trois items évaluent la perception du risque. Il s'agit des trois variables de base de la perception du risque (Peretti-Watel, 2003).

Implication personnelle — Quatre variables évaluent l'implication personnelle dans leur lien aux SSE : la valorisation de l'objet, l'identification de l'individu, sa capacité perçue

d'action (Flament & Rouquette, 2003), cette dernière est séparé en deux sous dimension, sa capacité perçue d'action individuelle et collective (Abric et Guimelli, 2006, cité par Ernst-Vintila et al., 2010). Les items employés dans ce questionnaire sont inspirés de cette étude d'Ernst-Vintila.

Concernant la perception du comportement de préparation, les variables testées sont :

- (1) L'efficacité de la préparation (individuelle, collective et des procédures) ;
- (2) Le contrôle comportemental ;
- (3) Les normes injonctives (de la société et des pairs) ;
- (4) L'attitude expérientielle affective ;
- (5) L'attitude expérientielle liée à la difficulté ;
- (6) L'attitude instrumentale ;
- (7) L'intention comportementale.

L'efficacité de la préparation — Trois items évaluent la perception de l'impact de la préparation sur la performance dans la gestion des SSE : la perception de l'efficacité de la préparation individuelle, de la préparation collective et du plan blanc.

Le contrôle comportemental — Deux items évaluent la perception des participants sur leur capacité à se préparer et à réaliser des actions pour améliorer leur préparation. Selon Ajzen, le contrôle comportemental évalué ici correspond à l'autonomie (le degré de contrôle perçu) (Ajzen, 2002).

Normes injonctives — Deux items évaluent la perception des normes provenant de la société et des collègues. Ces items sont inspirés d'un manuel de construction de questionnaires se basant sur la théorie du comportement planifié (Francis et al., 2004).

Attitude expérientielle et instrumentale — Six items évaluent les attitudes relatives à l'adoption des comportements de préparation : l'attitude expérientielle affective, l'attitude expérientielle liée à la difficulté et l'attitude instrumentale. Les items employés dans ce questionnaire sont inspirés de la publication d'Ajzen et Madden (Ajzen & Madden, 1986).

Intention comportementale — Deux items évaluent l'intention d'adopter un comportement de préparation en général et dans les mois à venir. Ces items sont inspirés d'un manuel de construction de questionnaires se basant sur la théorie du comportement planifié (Francis et al., 2004).

Concernant la perception de la préparation des collègues et de l'hôpital, les variables testées sont :

- (1) La perception de la préparation des collègues ;
- (2) Le sentiment d'être prêt perçu des collègues ;
- (3) La perception de la préparation de l'hôpital ;
- (4) La perception de l'hôpital comme prêt ;
- (5) La diffusion de la responsabilité.

La perception de la préparation des collègues — Deux items évaluent leur perception de la préparation de leurs collègues du même service qu'eux et en dehors de leur service. Les mêmes items sont employés à la fois en tant que perception de la préparation des collègues pour et en tant que norme descriptive. En effet, la norme descriptive peut être évaluée par une estimation des comportements des personnes semblables (Ajzen, 2002).

La perception des collègues comme prêts — Deux items évaluent leur perception de l'état d'être prêt à gérer une SSE de leurs collègues du même service qu'eux et en dehors de leur service.

La perception de la préparation de l'hôpital — Deux items évaluent la perception de la préparation (en termes de ressources humaines et matérielles) de l'hôpital comme suffisante pour gérer une SSE.

La perception de l'hôpital comme prêt — Un item évalue leur perception de l'état de leur hôpital comme prêt à gérer une SSE.

La diffusion de la responsabilité — Quatre items évaluent l'importance de la préparation dans le rôle des médecins, des cadres de santé, des paramédicaux et des administratifs.

Une dernière partie consiste à demander aux participants de fournir des données socio-démographiques. Il leur est également demandé de répondre à une question sur la caractérisation de la COVID-19 :

La perception de la COVID-19 en tant que SSE — Les participants doivent indiquer s'ils pensent que la COVID-19 peut être considérée comme une SSE. Il s'agit d'une question booléenne. Pour les participants répondant non, il leur est demandé d'indiquer la probabilité que la COVID-19 devienne une SSE.

7.2.3 Analyse des données

Les données du questionnaire d'évocation hiérarchisée ont été séparées en 6 corpus distincts : par type d'évènement (modalité « épidémie », modalité « attentat » et modalité « catastrophe naturelle ») et par population (population générale et personnels hospitaliers). Les indices de diversité (rapport entre le nombre total d'associations et le nombre total d'associations différentes) et de rareté (proportion d'associations citées une seule fois dans tout le corpus, c'est-à-dire la proportion d'hapax) (Flament & Rouquette, 2003) ont été calculés pour tous les corpus. Des analyses prototypiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Iramuteq®¹⁵. Le seuil de fréquence (associations considérées comme fréquentes *vs.* associations considérées comme moins fréquentes) a été défini en calculant 10 % de l'échantillon (arrondi au nombre entier supérieur), c'est-à-dire que les associations considérées comme fréquentes ont été citées par au moins 10 % de la population. Le seuil du rang d'importance (associations considérées comme importantes *vs.* associations considérées comme moins importantes) correspond à la moyenne du rang d'importance des associations présentes dans l'analyse (*i.e.* les mots avec une fréquence d'au moins 5 %). Les correspondances entre les fréquences d'occurrence des associations des corpus et les pourcentages sélectionnés sont présentées ci-dessous (*cf.* Tableau 15). En effet, nous avons choisi de retirer de cette analyse les associations ayant une fréquence d'occurrence inférieure à 5 % de la population (arrondie au nombre entier supérieur). Les associations présentes ont ainsi été citées par au moins 5 % des participants. Ainsi, les fréquences d'occurrences calculées sont les suivantes :

Tableau 15 - Fréquence d'occurrence des associations correspondant à 5 % et 10 % des populations en fonction de la condition

Condition	Population	
	Hospitalière	Générale
Épidémie	N=159	N=250
5 %	8	13
10 %	16	25
Attentat	N=132	N=268
5 %	7	14
10 %	14	27

¹⁵ Pour une présentation exhaustive, voir la section 6.2.2.3 de la thèse, p. 142.

Catastrophe naturelle	N=116	N=227
5 %	6	12
10 %	12	23

Les corpus d'associations libres ont ensuite fait l'objet d'analyses de similitude à l'aide du logiciel Iramuteq®¹⁶. Les associations ayant une fréquence d'occurrence inférieure à 5 % de la population ont été supprimées. Afin de comparer les résultats entre les deux populations et les trois événements potentiellement SSE, toutes les associations communes ont été séparées des associations citées exclusivement dans cette condition ou dans cette population (suivant la comparaison). Ensuite, la part des associations communes a été calculée en pourcentage pour chaque comparaison. Les données concernant la perception du risque et l'implication personnelle ont été séparées par modalité et population. Après une analyse descriptive, des tests t de Student et de Welch ont été réalisés afin de comparer les moyennes de la population générale et des personnels hospitaliers.

Les données des parties 2, 3 et 4 du questionnaire ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS ©. Dans un premier temps, des scores ont été calculés. Les items concernant la préparation déclarée ont été additionnés afin d'obtenir des scores de 0 (faible) à 5 (élevé). Ces items sont : la participation à des exercices de simulation, à une formation spécialisée sur les SSE, à un retour d'expérience sur des SSE antérieures, la lecture du plan blanc et la demande d'informations auprès de référents SSE de l'hôpital. Concernant la diffusion de la responsabilité, 4 items sont employés pour estimer l'importance du rôle de 4 catégories de professions (paramédicaux, cadres de santé, médecins et administratifs). Nous avons calculé la moyenne des différences entre l'importance du rôle estimé de leur propre catégorie et celui des autres catégories. Le score va de -5,67 (forte diffusion de la responsabilité) à 6,67 (faible diffusion de la responsabilité).

Afin de regrouper certains items en facteurs, des analyses ont été réalisées pour tous les facteurs. Les facteurs remplissant ces critères ont été regroupés : tous les items sont corrélés entre eux, le test de sphéricité de Bartlett entre les items est significatif et l'alpha de Cronbach est supérieur à 0,70. Ces facteurs sont les suivants :

¹⁶ Pour une présentation exhaustive, voir la section 6.2.2.3 de la thèse, p. 142

- La perception des collègues comme prêts à la COVID-19 (composée de la perception des collègues du même service hospitalier et hors du service) ($\alpha = 0,92$) ;
- La perception de la préparation de l'hôpital à la COVID-19 (composée de la perception des ressources matérielles et humaines de l'hôpital comme étant suffisantes) ($\alpha = 0,81$) ;
- La perception de la préparation personnelle à la COVID-19 (composée de la perception de la préparation, la perception des compétences et des connaissances comme suffisantes) ($\alpha = 0,83$) ;
- La perception des collègues comme prêts aux SSE (composée de la perception des collègues du même service hospitalier et hors du service) ($\alpha = 0,93$) ;
- La perception de la préparation des collègues aux SSE (composée de la perception des collègues du même service hospitalier et hors du service) ($\alpha = 0,90$) ;
- La perception de la préparation de l'hôpital aux SSE (composée de la perception de l'hôpital comme prêt, des ressources matérielles et humaines comme étant suffisantes) ($\alpha = 0,84$) ;
- Le sentiment d'être prêt aux SSE (composée de la perception générale de la préparation, de la perception de la préparation à une situation soudaine et de la perception de la préparation à une situation anticipable) ($\alpha = 0,91$) ;
- La perception de la préparation personnelle aux SSE (composée de la perception de la préparation, la perception des compétences et des connaissances comme suffisantes) ($\alpha = 0,83$) ;
- L'intention comportementale (composée de l'intention de se préparer davantage à l'avenir aux SSE et de la déclaration de l'intention de se préparer aux SSE dans les mois à venir) ($\alpha = 0,87$) ;
- Le contrôle comportemental (composé de la perception de pouvoir faire des actions pour améliorer sa préparation et de la perception d'être capable de se préparer) ($\alpha = 0,79$) ;
- L'attitude expérientielle affective (composé de la perception des comportements de préparation comme étant distrayants et plaisants) ($\alpha = 0,82$) ;
- L'attitude expérientielle liée à la difficulté (composé de la perception des comportements de préparation comme étant difficiles et demandant beaucoup d'efforts) ($\alpha = 0,78$) ;
- L'attitude instrumentale (composé de la perception des comportements de préparation comme étant utiles et prudents) ($\alpha = 0,92$).

Dans un second temps, des analyses descriptives ont été effectuées. Puis, nous avons procédé à des analyses de variance (ANOVA) pour explorer les liens entre les VD (le sentiment d'être prêt à la COVID-19, aux SSE et l'intention de se préparer à la gestion d'une SSE) et les variables catégorielles. Pour les variables comportant plus de deux catégories, le test post-hoc de Bonferroni pour contrôler l'inflation des erreurs de type I a été appliqué (Thompson, 2006). Des corrélations de Pearson entre les VD et les variables quantitatives. Nous avons ensuite effectué des corrélations partielles pour contrôler l'effet des variables sur les corrélations simples. Selon la classification de Cohen, les coefficients de corrélation de 0,10 sont de faible ampleur, ceux de 0,30 sont moyens et ceux de 0,50 sont importants (Cohen, 1988). Par conséquent, des régressions linéaires multiples (pas à pas) ont été menées avec des variables ayant un coefficient r supérieur à 0,30 et conservant une corrélation significative malgré le contrôle d'autres variables pour déterminer les prédicteurs les plus forts dans les variables quantitatives.

7.3 RESULTATS

Pour plus de lisibilité, les résultats sont divisés en quatre analyses :

- (1) Une analyse des représentations, perceptions du risque et implication personnelle liées à trois évènements potentiellement SSE ;
- (2) Une analyse du sentiment d'être prêt aux SSE ;
- (3) Une analyse du sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19 ;
- (4) Une application du modèle de la TCP.

7.3.1 Représentation, perception du risque et implication personnelle liés à des événements potentiellement SSE

Cette analyse compare trois types d'évènements potentiellement SSE dans deux populations (la population générale et les personnels hospitaliers) afin de mieux définir les SSE pour les personnels hospitaliers. Plus précisément, les objectifs sont :

- (1) Explorer les représentations associées à trois types d'évènements potentiellement SSE : épidémies, attentats et catastrophes naturelles ;
- (2) Explorer la perception de ces trois types d'évènements ;
- (3) Explorer l'implication personnelle associée à ces trois types d'évènements ;
- (4) Comparer les résultats entre ces trois types d'évènements ;
- (5) Comparer les résultats de la population générale et des personnels hospitaliers.

7.3.1.1 Diversité du contenu des corpus

Les indices de diversité et de rareté sont présentés ci-dessous pour chaque corpus (*cf.* Tableau 16). Les indices de diversité des corpus se situent entre 0,22 et 0,39 (pour rappel, plus un indice de diversité est proche de 0, moins il y a de diversité dans le corpus). Ceci indique que, dans les corpus des personnels hospitaliers, il y a plus de diversité dans la condition catastrophe naturelle que dans les conditions attentat et épidémie. Dans l'ensemble, les corpus de la population générale sont moins diversifiés que ceux des personnels hospitaliers (pour

rappel, plus le pourcentage d’hapax est élevé, plus il y a d’associations citées une seule fois dans le corpus). Ceci indique par exemple qu’il y a la même part d’hapax dans toutes les conditions des personnels hospitaliers. La part d’hapax dans les corpus de la population générale est relativement proche de celle des corpus des personnels hospitaliers.

Tableau 16 - Indices de diversité et pourcentage d’hapax en fonction des populations et conditions

Condition	Population	
	Hospitalière	Générale
Épidémie	N=159	N=250
Indice de diversité ^a	0,30	0,26
Pourcentage d’hapax ^b	63 %	66 %
Attentat	N=132	N=268
Indice de diversité ^a	0,29	0,22
Pourcentage d’hapax ^b	63 %	56 %
Catastrophe naturelle	N=116	N=227
Indice de diversité ^a	0,39	0,29
Pourcentage d’hapax ^b	63 %	66 %

^a L’indice de diversité correspond au rapport du nombre total des réponses différentes sur le nombre total de réponses possible (N \times 5)

^b Le pourcentage d’hapax correspond au pourcentage d’associations produites une seule fois parmi le nombre total des réponses différentes

7.3.1.2 Contenu des corpus d’associations

7.3.1.2.1 Personnels hospitaliers

Avec l’inducteur « épidémie », les associations citées par au moins 8 participants du groupe personnel hospitalier (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d’importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d’occurrence (élevé vs. faible) (*cf.* Tableau 17). Le croisement importance-fréquence des associations de l’inducteur « épidémie » chez les personnels hospitaliers suggère que les termes « maladie », « contagion », « protection », « hygiène » et « contamination » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes mais considérées comme moins importantes sont « virus », « mort », « peur », « danger »,

« confinement » et « panique ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez les personnels hospitaliers (n=159)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,69$)	Faible ($> 2,69$)
Élevée (≥ 16)	Maladie (46 ^{a-2} b)	Virus (48-2.8)
	Contagion (31-2)	Mort (38-3)
	Protection (28-2.6)	Peur (25-2.8)
	Hygiène (19-2.2)	Danger (18-3.1)
	Contamination (17-2.2)	Confinement (17-3.5)
		Panique (16-2.8)
Faible (< 16)	Santé (12-2.3)	Isolement (12-3.7)
	Propagation (12-2.1)	Population (12-3.5)
	Malade (9-2.4)	Nombreuses victimes (12-2.8)
	Précaution (8-2.3)	Mondial (10-2.9)
		Transmission (10-2.7)
		Prévention (10-2.7)
		Vaccin (9-3.8)
		Hôpital (8-3.9)
		Grave (8-3.1)

^a Fréquence

^b Rang

Avec l'inducteur « attentat », les associations citées par au moins 7 participants du groupe personnel hospitalier (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 18). Le croisement importance-fréquence des associations de l'inducteur « attentat » chez les personnels hospitaliers suggère que les termes « mort », « peur », « terroristes », « panique » et « victimes » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « blessés », « bombe » et « tristesse ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 18 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez les personnels hospitaliers (n=132)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,75$)	Faible ($> 2,75$)
Élevée (≥ 14)	Mort (78 ^a -2,6 ^b) Peur (53-2,7) Terroristes (28-2,2) Panique (23-2,7) Victimes (14-2,5)	Blessés (28-3) Bombe (15-3,7) Tristesse (15-3,5)
Faible (< 14)	Horreur (13-2,1) Urgence (12-1,9) Danger (12-1,9) Solidarité (11-2,7) Traumatisme (8-2,6)	Sang (13-3,5) Violence (9-3,1) Armes (9-4,1) Douleur (9-3,1) Plan blanc (9-3) Guerre (8-4)

^a Fréquence

^b Rang

Avec l'inducteur « catastrophe naturelle », les associations citées par au moins 6 participants du groupe personnel hospitalier (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 19). Le croisement importance-fréquence des associations de l'inducteur « catastrophe naturelle » chez les personnels hospitaliers suggère que les termes « inondation », « peur », « solidarité » et « urgences » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « mort », « tsunami », « séisme », « tremblement de terre », « panique » et « incendie ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 19 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » chez les personnels hospitaliers (n=116)

Fréquence	Rang	
	Élevé (≤ 3)	Faible (> 3)
Élevée (≥ 12)	Inondation (23 ^a -2,6 ^b) Peur (18-2,6) Solidarité (16-2,9) Urgences (12-1,5)	Mort (24-3,6) Tsunami (18-3,4) Séisme (15-3,1) Tremblement de terre (15-3,3)

		Panique (14-3,3) Incendie (12-3,5)
Faible (< 12)	Épidémie (11-2,5) Blessés (11-2,6) Changement climatique (8-2,2) Aide (8-2,9) Organisation (7-2,3) Danger (7-2,3) Plan blanc (7-2,7) Crise (6-2,5) Ouragan (6-2,5)	Dégât (9-3,6) Tempête (8-3,6) Éruption volcanique (7-3,7) Imprévisible (7-3,4) Nature (7-4) Tornado (6-3,8)

^a Fréquence

^b Rang

7.3.1.2.2 Comparaison entre les types d'événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers

35 associations sont communes à l'ensemble des trois types d'événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers. Ces éléments communs représentent 14,70 % des associations de la condition épidémie, 18,13 % de la condition attentat et 15,49 % de la condition catastrophe naturelle.

Les associations les plus citées (au moins par 2 participants dans chaque type d'événements) par ordre d'importance en termes de fréquences sont : « Mort », « Peur », « Panique », « Danger », « Solidarité », « Protection », « Urgence », « Plan blanc », « Crise », « Angoisse », « Hôpital », « Organisation », « Population », « Stress », « Famille », « Catastrophe », « Risque », « Soins » et « Entraide ». Ainsi, on peut observer plusieurs catégories d'associations communes à ces trois situations. Les associations liées à des émotions (« Angoisse », « Panique », « Peur », « Stress ») ou pouvant faire référence à leur travail en tant que personnels hospitaliers (« Hôpital », « Organisation », « Plan blanc », « Soins », « Urgence ») ou encore celles caractérisant la situation (« Crise », « Risque », « Catastrophe »).

7.3.1.2.3 Population générale

Avec l'inducteur « épidémie », les associations citées par au moins 13 participants du groupe population générale (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 20). Le croisement importance-fréquence des associations de

l'inducteur « épidémie » chez la population générale suggère que les termes « maladie », « virus », « contagion » et « propagation » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « mort », « peur » et « danger ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 20 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez la population générale (n=250)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,81$)	Faible ($> 2,81$)
Élevée (≥ 25)	Maladie (120 ^a -2,2 ^b) Virus (62-2,7) Contagion (43-2,2) Propagation (30-2,8)	Mort (87-3,6) Peur (36-3) Danger (31-3,4)
Faible (< 25)	Pandémie (24-2,8) Contamination (21-2,2) Santé (20-2,1) Protection (19-2,3) Coronavirus (19-2,7) Transmission (15-2,4) Hygiène (14-2,5)	Confinement (23-3,1) Vaccin (21-3,3) Hôpital (19-3,4) Peste (16-3,8) Grippe (16-3,2) Panique (16-3,4) Risque (15-3,2) Malade (15-3,1) Quarantaine (14-3,2)

^a Fréquence

^b Rang

Avec l'inducteur « attentat », les associations citées par au moins 14 participants du groupe population générale (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 21). Le croisement importance-fréquence des associations de l'inducteur « attentat » chez la population générale suggère que les termes « mort », « peur », « terroristes » et « Danger » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « bombe », « panique » et « armes ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 21 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez la population générale (n=267)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,75$)	Faible ($> 2,75$)
Élevée (≥ 27)	Mort (168 ^a -2,4 ^b)	Bombe (40-3,2)
	Peur (99-2,7)	Panique (36-2,8)
	Terroristes (78-2,4)	Armes (35-3,4)
	Danger (28-2,3)	
Faible (< 27)	Violence (26-2,4)	Blessés (27-2,8)
	Horreur (25-2,5)	Victimes (26-2,8)
	Attaque (17-2,2)	Guerre (22-2,9)
		Sang (21-3,4)
		Tristesse (20-3,2)
		Urgence (15-2,8)
		Terreur (15-2,9)
		Charlie Hebdo (14-4)
		Religion (14-4)
		Explosion (14-3,6)

^a Fréquence

^b Rang

Avec l'inducteur « catastrophe naturelle », les associations citées par au moins 12 participants du groupe population générale (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 22). Le croisement importance-fréquence des associations de l'inducteur « catastrophe naturelle » chez la population générale suggère que les termes « tsunami », « mort » et « changement climatique » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « inondation », « tempête », « tremblement de terre », « incendie », « séisme », « éruption volcanique » et « ouragan ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 22 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » chez la population générale (n=227)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,94$)	Faible ($> 2,94$)
Élevée	Tsunami (72 ^a -2,6 ^b)	Inondation (72-3,1)

(≥ 23)	Mort (47-2,5) Changement climatique (28-2,2)	Tempête (35-3,9) Tremblement de terre (33-3) Incendie (33-3) Séisme (28-3,2) Éruption volcanique (28-3,7) Ouragan (25-3,1)
Faible (< 23)	Dégât (22-2,5) Solidarité (17-2,3) Cyclones (17-2,9) Épidémie (14-2,2) Panique (12-2,5) Écologie (12-2,3)	Peur (21-3,1) Danger (18-3) Tornade (18-3,9) Destruction (13-3,1)

^a Fréquence

^b Rang

7.3.1.2.4 Comparaison entre population générale et personnels hospitaliers

Concernant la condition « épidémie », 52 % des associations produites par les personnels hospitaliers sont communes à celles produites par la population générale. Hormis les hapax, 14 associations sont citées exclusivement par les personnels hospitaliers. Ces associations sont : « surcharge de travail » (n=7), « mobilisation » (n=4), « anticipation », « crise sanitaire », « travail » (n=3), « afflux », « colère », « durée », « épuisement », « exceptionnel », « inévitable », « manque de préparation », « nombre », « règles » (n=2).

Concernant la condition « attentat », 54 % des associations produites par les personnels hospitaliers sont communes à celles produites par la population générale. Hormis les hapax, 5 associations sont citées exclusivement par les personnels hospitaliers. Ces associations sont les suivantes : « nombreuses victimes », « organisation », « perte », « population » et « récurrence » (n=2).

Concernant la condition « catastrophe naturelle », 46 % des associations produites par les personnels hospitaliers sont communes à celles produites par la population générale. Hormis les hapax, 19 associations ne sont citées qu'exclusivement par les personnels hospitaliers. Ces associations sont « organisation » (n=8), « nature », « plan blanc » (n=7), « hôpital », « manque de moyen » (n=4), « horreur », « mesure », « moyens », « pénurie », « réactivité » (n=3),

« adrénaline », « afflux », « anticipation », « choc », « désorganisation », « gestion », « météorite », « sinistres », « situation exceptionnelle » (n=2).

7.3.1.3 Organisation des associations des corpus

7.3.1.3.1 Personnels hospitaliers

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « épidémie » pour les personnels hospitaliers est visible ci-dessous (cf. Figure 12).

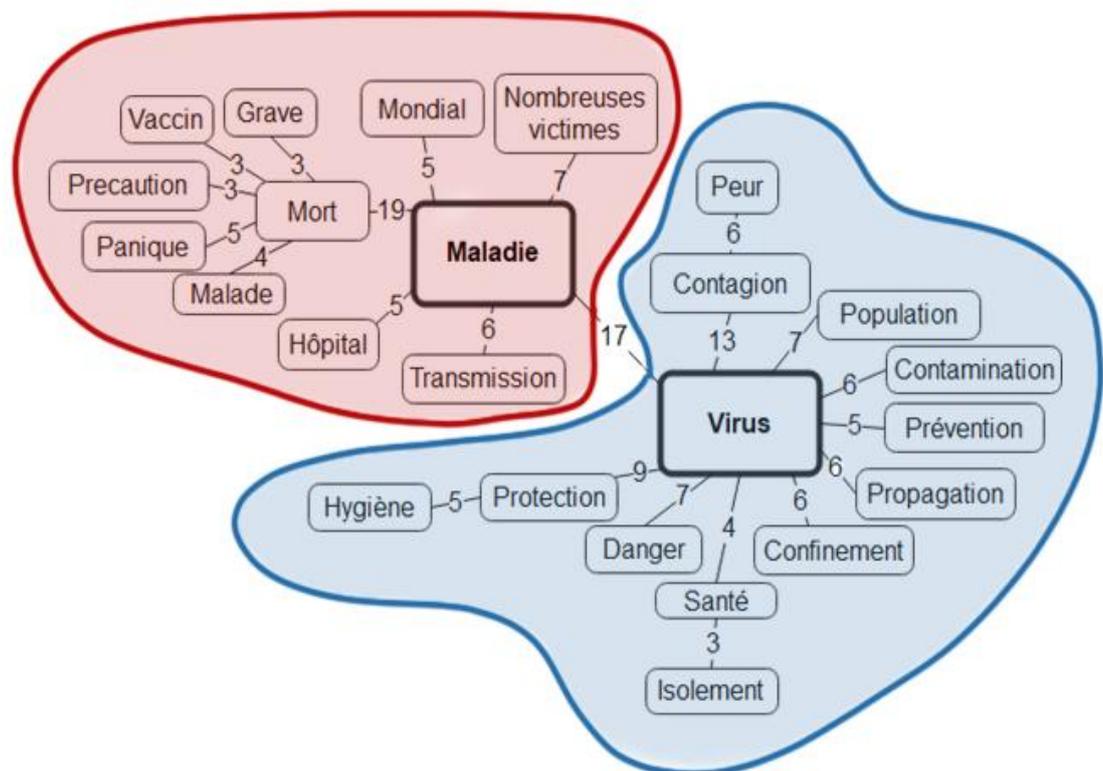


Figure 12 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « épidémie » des personnels hospitaliers (N=159)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude des associations avec communauté et halo de l'inducteur « attentat » pour les personnels hospitaliers est visible ci-dessous (cf. Figure 13).

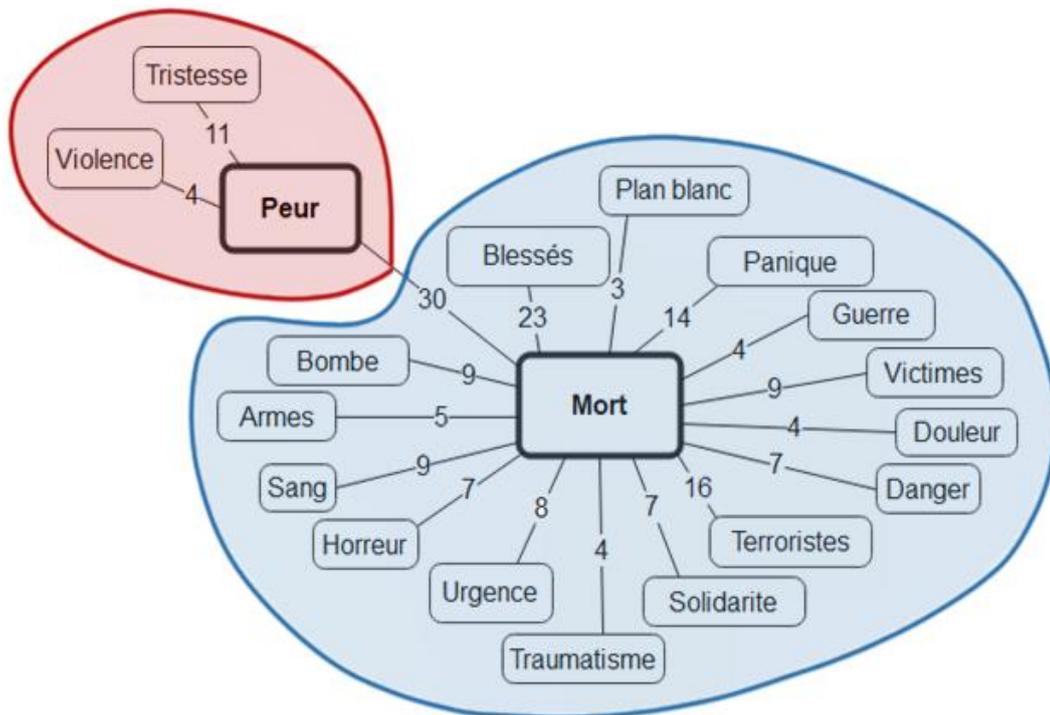


Figure 13 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « attentat » des personnels hospitaliers (N=132)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude des associations avec communauté et halo de l'inducteur « catastrophe naturelle » pour les personnels hospitaliers est visible ci-dessous (cf. Figure 14).

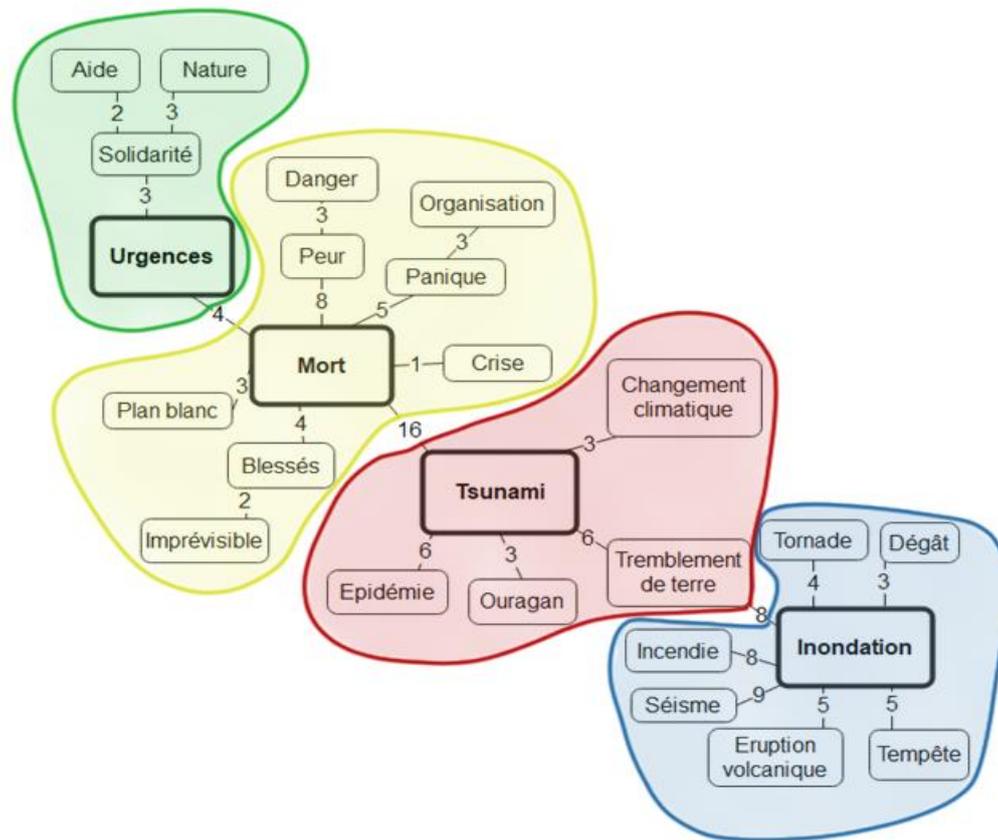


Figure 14 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » des personnels hospitaliers (N=116)

7.3.1.3.2 Comparaison entre les types d'événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers

Les analyses de similitudes montrent cependant des différences dans les graphes entre les trois types d'événements étudiés. Les associations de la condition « épidémie » se structurent en fonction de deux halos, l'un centré autour du terme « virus » et l'autre autour des termes « maladie » et « mort ». Pour la condition « attentat », les associations se structurent principalement autour du terme « mort » avec un second halo qui reprend très peu d'associations structurées autour du terme « peur ». Enfin, les associations de la condition « catastrophe naturelle » se structurent autour de quatre halos, autour des termes « inondation » avec

principalement des exemples de catastrophe naturelle ; « tsunami » avec principalement des exemples de catastrophe naturelle ; « mort » avec des émotions et des caractéristiques de SSE en règle générale et « solidarité », prenant racine dans la notion d'« urgence ». Dans les trois conditions, le terme « mort » est structurant. Aucune autre similarité en termes de structuration des associations n'est observable.

7.3.1.3.3 Population générale

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « épidémie » pour la population générale est visible ci-dessous (cf. Figure 15).

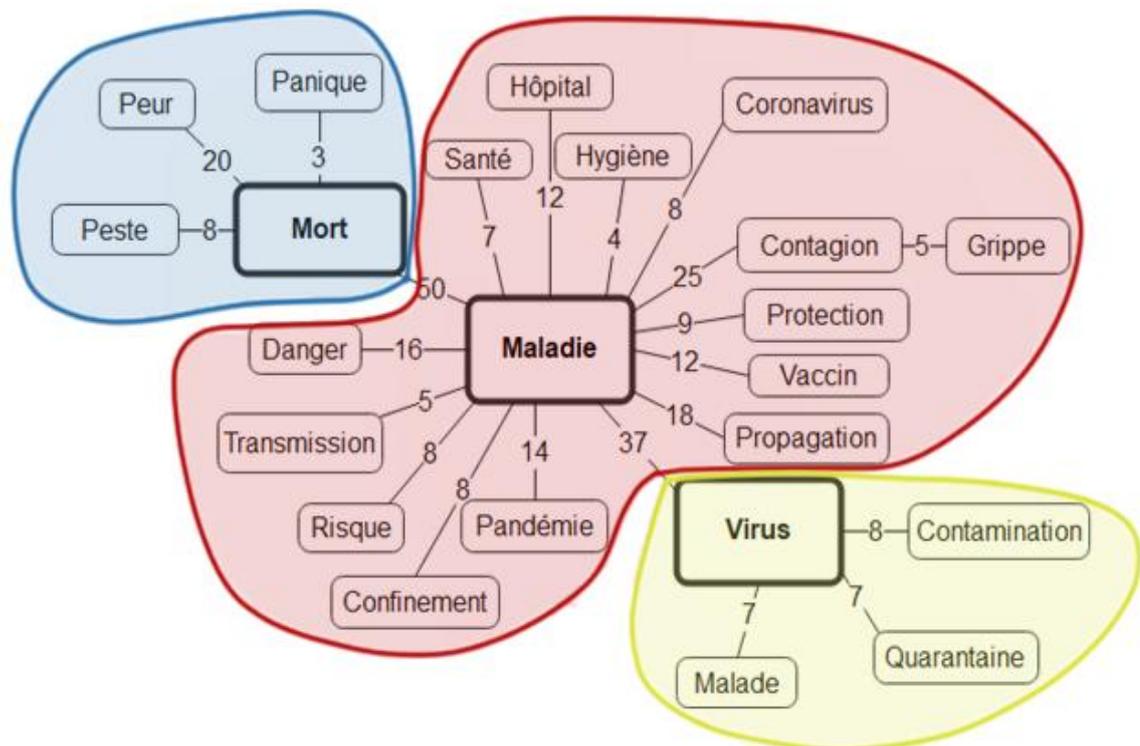


Figure 15 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « épidémie » de la population générale (N=250)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « attentat » pour la population générale est visible ci-dessous (cf. Figure 16).

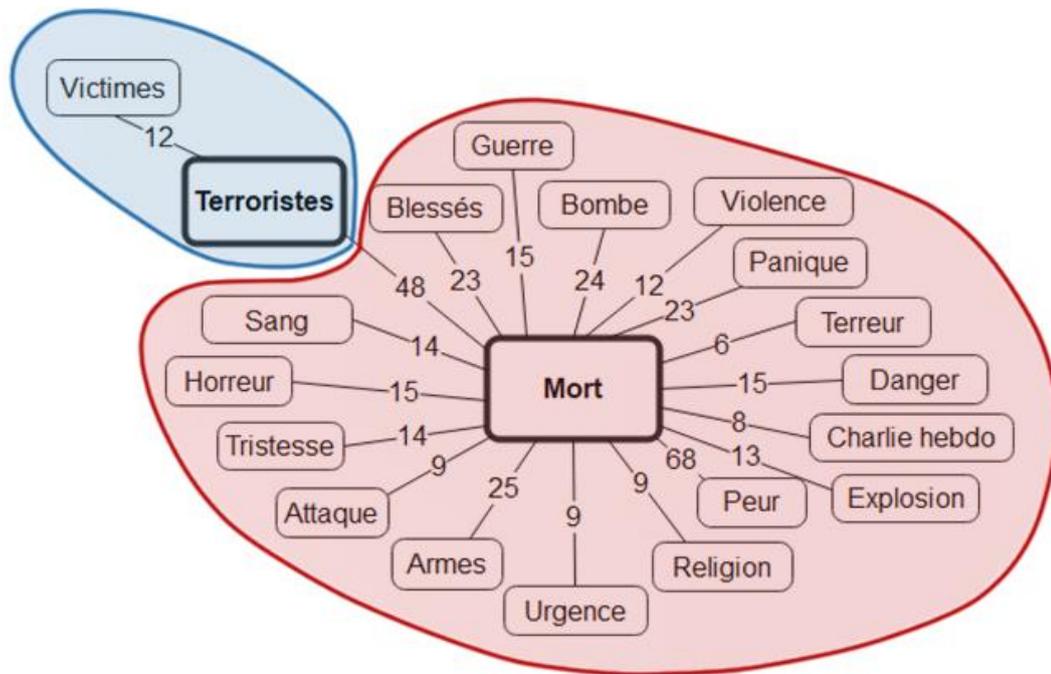


Figure 16 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « attentat » de la population générale (N=268)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « catastrophe naturelle » pour la population générale est visible ci-dessous (cf. Figure 17).

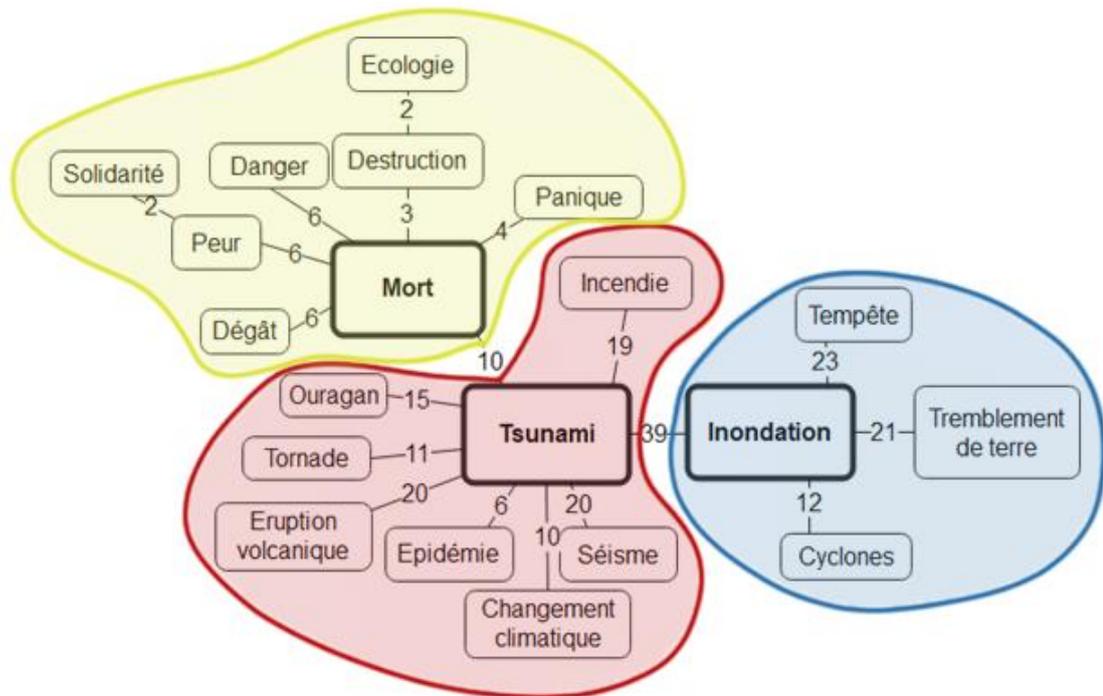


Figure 17 - Graphe de l'analyse de similitude des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » de la population générale (N=227)

7.3.1.3.4 Comparaison entre population générale et hospitalière

Les analyses de similitudes ne montrent pas de différences flagrantes entre les deux populations. Les graphes ont les mêmes halos, ce qui suggère que l'organisation des associations est similaire pour les deux groupes étudiés.

7.3.1.4 Analyse de la perception du risque

Les résultats descriptifs permettent d'observer les moyennes associées aux différentes variables de la perception du risque des trois événements potentiellement SSE et des SSE en règle générale (cf. Tableau 23). Ces résultats descriptifs permettent de noter des écarts de perceptions entre les deux populations. Les scores concernant la probabilité perçue de la survenue d'une épidémie, d'un attentat et d'une catastrophe naturelle sont significativement plus élevés chez les personnels hospitaliers que chez la population générale. Le score de crainte

perçu de l'objet attentat est également significativement plus élevé chez les participants exerçant leur profession dans un hôpital (cf. Tableau 23).

Tableau 23 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la perception du risque des risques « épidémie », « attentat », « catastrophe naturelle »

	Personnels hospitaliers		Population générale	
	Moyenne ^a	Écart-type	Moyenne ^a	Écart-type
Épidémies				
Probabilité perçue	7,47	2,41	6,80	2,38
Gravité perçue	7,71	2,02	7,50	2,20
Crainte perçue	7,35	2,22	7,08	2,35
Attentats				
Probabilité perçue	6,11	2,17	4,87	2,43
Gravité perçue	8,46	1,62	8,15	1,81
Crainte perçue	4,38	2,54	3,75	2,57
Catastrophe naturelle				
Probabilité perçue	8,00	1,67	7,40	2,21
Gravité perçue	8,31	1,41	8,40	1,40
Crainte perçue	4,70	2,29	4,38	2,39
Situations sanitaires exceptionnelles				
Probabilité perçue	7,77	2,10		
Gravité perçue	8,24	1,50		
Crainte perçue	5,33	2,93		

^a Item allant de 0 (faible) à 10 (élevé).

Tableau 24 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant la perception du risque des SSE des personnels hospitaliers et population générale

	Moyenne ^a	Personnels hospitaliers	t
	Population générale		
Épidémies			
Probabilité perçue	6,80	7,47	t=2,75 ; p<0,01

Gravité perçue	7,50	7,71	t=1,01 ; ns
Crainte perçue	7,08	7,35	t=1,18 ; ns
Attentats			
Probabilité perçue	4,87	6,11	t=5,13 ; p<0,001
Gravité perçue	8,15	8,46	t=1,71 ; ns
Crainte perçue	3,75	4,38	t=2,32 ; p<0,05
Catastrophe naturelle			
Probabilité perçue	7,40	8,00	t=1,-2,81 ; p<0,05
Gravité perçue	8,40	8,31	t=0,56 ; ns
Crainte perçue	4,38	4,70	t=1,20 ; ns

*** = p<0,001

** = p<0,01

7.3.1.5 Analyse de l'implication personnelle

Les résultats descriptifs permettent d'observer les moyennes associées aux différentes variables de l'implication personnelle liée aux événements étudiés et aux SSE en règle générale (*cf.* Tableau 25 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Pour rappel, la valorisation de l'objet est définie comme l'importance perçue de l'objet, l'identification de l'individu est définie comme le fait de se sentir concerné par l'objet et la capacité perçue d'action est définie comme la perception que l'individu peut agir sur l'objet. Les écarts observés entre les deux populations concernant les moyennes aux scores d'identification à l'attentat, à l'épidémie et à la catastrophe naturelle sont significatifs. Les participants exerçant leur profession dans un hôpital ont des scores d'identification plus élevés (c'est-à-dire qu'ils se sentent concernés) que la population générale (*cf.* Tableau 26 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Tableau 25 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant l'implication personnelle liée aux SSE

	Personnels hospitaliers		Population générale	
	Moyenne ^a	Écart-type	Moyenne ^a	Écart-type
Épidémies				
Valorisation	8,21	1,71	7,90	1,95

Identification	4,94	4,03	3,79	3,72
Capacité personnelle d'action	6,83	2,26	6,18	2,28
Attentats				
Valorisation	6,89	2,02	6,66	2,04
Identification	3,53	3,24	2,66	2,94
Capacité personnelle d'action	3,45	2,45	3,07	2,39
Catastrophe naturelle				
Valorisation	7,65	1,54	7,41	1,76
Identification	5,06	3,70	3,02	2,96
Capacité personnelle d'action	5,50	1,89	4,93	1,89
Situations sanitaires exceptionnelles				
Valorisation	8,24	1,59		
Identification	5,12	3,76		
Capacité personnelle d'action individuelle	6,33	2,15		
Capacité personnelle d'action collective	6,34	2,02		

^a Item allant de 0 (faible) à 10 (élevé).

Tableau 26 - Test t entre les moyennes des scores aux items concernant l'implication personnelle liée aux SSE des personnels hospitaliers et population générale

	Moyennes ^a		t
	Population générale	Personnels hospitaliers	
Épidémies			
Valorisation	7,90	8,21	t=-1,67 ; ns
Identification	3,72	4,94	t=-2,89 ; p<0,001
Capacité personnelle d'action	6,18	6,83	t=2,84 ; p<0,01
Attentats			
Valorisation	6,66	6,89	t=1,09 ; ns
Identification	2,66	3,53	t=-2,61 ; p=0,01
Capacité personnelle d'action	3,07	3,45	t=1,46 ; ns
Catastrophe naturelle			
Valorisation	7,41	7,65	t=-1,30 ; ns

Identification	3,02	5,06	t=-5,15 ; p<0,001
Capacité personnelle d'action	4,93	5,50	t=-2,53 ; p=0,01

*** = p<0,001

** = p<0,01

* = p<0,05

7.3.2 Le sentiment d'être prêt aux SSE

Cette partie vise à mieux comprendre le sentiment d'être prêt aux SSE, avec les objectifs spécifiques suivants :

- (1) Mesurer le sentiment d'être prêt à gérer une SSE ;
- (2) Identifier les facteurs associés à ce sentiment.

7.3.2.1 Mesure du sentiment d'être prêt et de la préparation perçue aux SSE

Sur une échelle de 0 à 5, les participants présentent une note moyenne de préparation déclarée (M=2,16, ET=1,47). Les moyennes aux variables concernant la préparation aux SSE sont présentées dans le tableau ci-dessous (*cf.* Tableau 27). Les participants ont un score élevé de perception de leurs collègues comme étant bien préparés. Les participants présentent un score plus faible concernant la perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes pour gérer une SSE. Les autres scores sont relativement moyens.

Tableau 27 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la perception de la préparation aux SSE

Variable	N	Moyenne ^a	Écart-type
Sentiment d'être prêt à gérer une SSE	393	5,19	2,26
Perception de la préparation personnelle à la gestion d'une SSE	390	4,93	2,29
Perception des connaissances personnelles ^b	394	5,08	2,71
Perception des compétences personnelles ^b	391	5,31	2,52
Perception de la préparation de leur collègues	387	7,48	2,18

Perception de leurs collègues comme prêts à gérer une SSE	395	6,00	2,29
Perception de l'hôpital comme prêt à gérer une SSE	394	5,38	2,64
Perception des ressources humaines de l'hôpital ^b	395	4,43	2,71
Perception des ressources matérielles de l'hôpital ^b	397	3,74	2,50

^a Item allant de 0 (faible) à 10 (élevé).

^b comme étant suffisantes pour gérer une SSE.

7.3.2.2 Variables associées au sentiment d'être prêt à gérer les SSE

Les différences de perception du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience sont testées au moyen d'analyses de variance suivies d'une correction de Bonferroni. Les résultats significatifs après la correction de Bonferroni sont présentés dans le tableau suivant (cf. Tableau 28). Excepté les différences entre les scores du sentiment d'être prêt selon le sexe, toutes les différences sont significatives.

Tableau 28 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience

Facteur	ANOVA	Catégories ^a	Moyenne (Écart-type)
Catégorie professionnelle	F _(4, 392) =3,02; p=0,01	Paramédicaux (N=330)	5,09 (2,27)
		Cadre de santé (N=37)	6,31 (1,88)
Niveau de diplôme	F _(5, 392) =3,73; p<0,001	Bac+5 (N=63)	6,00 (2,05)
		Bac+3 (N=220)	4,91 (2,29)
Sexe	F _(1, 392) =2,34; ns	Féminin (N=347)	5,13 (2,29)
		Masculin (N=46)	5,67 (1,98)
Années d'expérience professionnelle	F _(3, 392) =3,91; p=0,01	> 15 ans (N=115)	5,75 (1,97)
		< 5 ans (N=141)	4,95 (2,33)
		> 15 ans (N=115)	5,75 (1,97)
		>5 et <10 ans (N=88)	4,79 (2,43)
	F _(1, 392) =23,68; p<0,001	Oui (N=118)	6,02 (2,20)

Avoir expérimenté une SSE antérieurement		Non (N=275)	4,84 (2,20)
Avoir participé à un exercice de simulation d'une SSE	$F_{(1, 392)}=24,32; p<0,001$	Oui (N=154) Non (N=239)	5,88 (2,10) 4,75 (2,26)
Avoir participé à une formation spécifique aux SSE	$F_{(1, 392)}=14,45; p<0,001$	Oui (N= 35) Non (N=258)	5,78 (2,14) 4,89 (2,27)
Avoir participé à un retour d'expérience d'une SSE antérieure	$F_{(1, 392)}=23,99; p<0,001$	Oui (N=87) Non (N=306)	6,21 (2,22) 2,19 (2,19)
Avoir lu le plan blanc	$F_{(1, 392)}=12,94; p<0,001$	Oui (N=255) Non (N=138)	5,49 (2,20) 4,64 (2,27)
Avoir questionné les référents SSE sur la gestion des SSE	$F_{(1, 392)}=8,95; p=0,01$	Oui (N=220) Non (N=172)	5,49 (2,32) 4,64 (2,14)

^a dont la différence entre les moyennes est significative après correction de Bonferroni

Les corrélations entre le sentiment d'être prêt et toutes les variables quantitatives continues ont été testées (*cf.* Tableau 29). Le sentiment d'être prêt est positivement corrélé aux items de la perception de la préparation et de l'état d'être prêt à la gestion d'une SSE des collègues et de l'hôpital ainsi qu'à la perception de sa propre préparation. Le sentiment d'être prêt n'est qu'en partie corrélé significativement avec les items de la perception des comportements de préparation. Enfin, le sentiment d'être prêt n'est pas significativement corrélé avec les items de la perception du risque et seulement en partie avec les items relatifs à l'implication personnelle et professionnelle.

Tableau 29 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables testées, classées selon les quatre dimensions explorées

Dimensions	Sentiment d'être prêt
Préparation	
Perception de la préparation personnelle	0,69***
Préparation déclarée	0,32***
Perception du risque et implication personnelle	
Probabilité perçue	0,06
Gravité perçue	-0,07

Crainte perçue	-0,06
Valorisation de l'objet	0,02
Identification de l'objet	0,01
Capacité d'action perçue	0,19**
Capacité professionnelle d'action perçue	0,15**
Perception du comportement de préparation	
Attitude affective	0,18***
Attitude cognitive	0,07
Attitude de la difficulté	-0,11*
Efficacité de la préparation individuelle	
Efficacité de la préparation collective	0,16**
Efficacité du plan blanc	0,35***
Contrôle comportemental	0,55***
Norme injonctive des collègues	0,17***
Norme injonctive de la société	0,05
Intention comportementale	0,22***
Auto-efficacité	0,77***
Perception de la préparation des collègues et de l'hôpital	
Perception de l'hôpital comme prêt	0,52***
Perception de l'hôpital comme préparé	0,46***
Perception de la préparation des collègues	0,33***
Perception des collègues comme prêt	0,65***
Diffusion de la responsabilité	-0,10

*** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

* = $p < 0,05$

Les corrélations entre le sentiment d'être prêt et toutes les variables quantitatives continues concernant la perception du risque et l'implication personnelle liée aux événements potentiellement SSE ont été testées (*cf.* Tableau 30). Le sentiment d'être prêt à gérer une SSE est positivement et significativement corrélé à la capacité perçue d'action (cet effet est d'ampleur moyenne) et négativement et significativement corrélée à la crainte perçue de la situation épidémie (cet effet est d'ampleur faible). Le sentiment d'être prêt à gérer une SSE est

négativement et significativement corrélé à la crainte perçue (cet effet est d'ampleur faible) et à la gravité perçue de la situation attentat (cet effet est d'ampleur moyenne).

Tableau 30 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables de la perception des situations pouvant devenir des SSE

Dimensions	Sentiment d'être prêt
Épidémie	
Probabilité perçue	-0,01
Gravité perçue	-0,06
Crainte perçue	-0,17*
Valorisation perçue	-0,09
Identification perçue	-0,03
Capacité perçue d'action	0,27**
Attentat	
Probabilité perçue	-0,12
Gravité perçue	-0,28**
Crainte perçue	-0,18*
Valorisation perçue	-0,16
Identification perçue	-0,10
Capacité perçue d'action	0,06
Catastrophe naturelle	
Probabilité perçue	-0,09
Gravité perçue	-0,05
Crainte perçue	0,01
Valorisation perçue	-0,11
Identification perçue	0,04
Capacité perçue d'action	0,05

** = $p < 0,01$

* = $p < 0,05$

Des corrélations partielles ont été réalisées de façon systématique entre toutes les variables corrélées avec le sentiment d'être prêt. Les variables contrôle ont été sélectionnées en fonction des résultats des études précédentes et de la littérature. Ces résultats étant très

nombreux, nous avons choisi de ne présenter ici que ceux pour lesquels l'ajout d'une variable contrôle a modifié de façon conséquente la corrélation initiale (cf. Tableau 31). La corrélation entre la préparation déclarée et le sentiment d'être prêt n'est plus significative lorsque l'effet de la préparation perçue est contrôlé. De même, lorsque l'effet de l'auto-efficacité et du contrôle comportemental sur la corrélation entre la préparation personnelle perçue et le sentiment d'être prêt est contrôlé, le coefficient r diminue. La corrélation entre la perception de l'hôpital comme prêt et le sentiment d'être prêt n'est plus significative lorsque l'effet de la perception des collègues comme prêt est contrôlé. Enfin, la corrélation entre le sentiment d'être prêt et la préparation perçue des collègues n'est plus significative lorsque l'effet de la perception des collègues comme prêts est contrôlé.

Tableau 31 - Corrélations de Pearson partielles pertinentes entre le sentiment d'être prêt et les autres variables corrélées initialement

Variable 1 : corrélée avec le sentiment d'être prêt	Variable 2 : contrôle	Coefficient r initial (sentiment d'être prêt et variable 1)	Coefficient r après contrôle de la variable 2
Préparation déclarée	Perception de la préparation	0,32***	0,01
Perception de la préparation	Auto-efficacité	0,69***	0,32***
	Contrôle comportemental		0,59***
	Auto-efficacité & Contrôle comportemental		0,28***
Perception de la préparation des collègues	Perception des collègues comme prêts	0,33***	-0,02
Perception de l'hôpital comme prêt	Perception des collègues comme prêts	0,52***	0,07
Perception de la préparation de l'hôpital	Perception des collègues comme prêts	0,46***	0,14**

*** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

Une régression linéaire multiple (pas à pas) a ensuite été effectuée avec les variables ayant un coefficient de corrélation de Pearson r supérieur à 0,30, sauf pour la préparation perçue

des hôpitaux, la préparation perçue des collègues et la préparation déclarée, car ces variables ne sont plus corrélées une fois que les effets d'autres variables sont contrôlés. Les variables testées sont : l'auto-efficacité personnelle perçue ($r_{(391)}=0,77$; $p<0,001$), la préparation personnelle perçue ($r_{(387)}=0,69$; $p<0,001$), la préparation des collègues perçue ($r_{(381)}=0,65$; $p<0,001$), le contrôle comportemental ($r_{(391)}=0,555$; $p<0,001$), la préparation perçue de l'hôpital ($r_{(390)}=0,46$; $p<0,001$) et l'efficacité du plan blanc perçue ($r_{(392)}=0,35$; $p<0,001$).

Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(5, 387)}=187,81$; $p<0,001$. Il a un R^2 de 0,71. L'auto-efficacité est la variable la plus importante ($B=0,39$; $\beta=0,38$; $t=8,71$; $p<0,001$), suivie de la perception des collègues comme prêts ($B=0,30$; $\beta=0,31$; $t=8,33$; $p<0,001$), de la perception de la préparation personnelle ($B=0,20$; $\beta=0,20$; $t=4,94$; $p<0,001$), du contrôle du comportement ($B=0,10$; $\beta=0,09$; $t=2,71$; $p<0,01$), et de la perception de la préparation de l'hôpital ($B=0,07$; $\beta=0,07$; $t=2,18$; $p<0,05$) (cf. Figure 18).

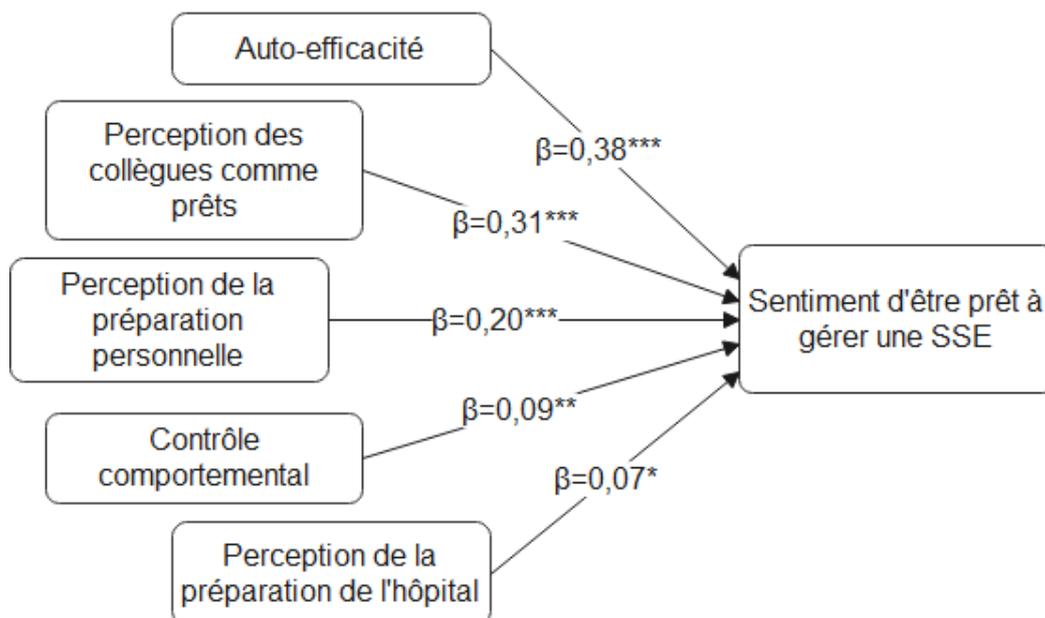


Figure 18 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer une SSE comme variable dépendante

7.3.3 Le sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19

Le contexte de la pandémie de la COVID-19 offrant la possibilité d'appliquer notre étude à un contexte réel, nous avons évalué la perception de la préparation et le sentiment d'être

prêt des personnels hospitaliers au début de la crise de la COVID-19. Ainsi, cette partie vise à répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- (1) Mesurer le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 des personnels hospitaliers ;
- (2) Identifier les facteurs associés à ce sentiment.

7.3.3.1 Mesure du sentiment d'être prêt et de la préparation perçue à la COVID-19

Le tableau suivant présente les moyennes et écarts-types des scores aux variables étudiées dans cette partie (*cf.* Tableau 32). Concernant les variables individuelles, les participants rapportent des scores moyens, avec un score plus faible pour la perception de la préparation. Concernant les variables collectives, les participants rapportent des scores moyens. Enfin, concernant les variables institutionnelles, les participants rapportent là encore des scores moyens, avec un score plus faible de la perception des ressources humaines comme suffisantes.

Tableau 32 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la préparation à la COVID-19

Variables	N	Moyenne ^a	Écart-type
Variables individuelles			
Sentiment d'être prêt ^b	399	4,99	2,73
Perception des compétences comme suffisantes ^b	399	4,99	2,71
Perception des connaissances comme suffisantes ^b	399	4,74	2,74
Perception de la préparation ^b	399	3,61	2,77
Variables collectives			
Perception des collègues du même service comme prêts ^b	399	5,40	2,82
Perception des collègues hors service comme prêts ^b	398	5,33	2,68
Variables institutionnelles			
Perception de l'hôpital comme prêt ^b	399	5,16	2,82
Perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ^b	399	4,18	2,74
Perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ^b	399	3,22	2,41

^a Item allant de 0 (faible) à 10 (élevé).

^b à/pour gérer la COVID-19.

7.3.3.2 Variables associées au sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19

Les différences de scores du sentiment d'être prêt à la COVID-19 des participants en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience sont testées au moyen d'analyses de variance suivies d'une correction de Bonferroni (*cf.* Tableau 33). Les données socio-démographiques n'ont pas toutes des effets sur le sentiment d'être prêt. Les différences entre les scores de sentiment d'être prêt selon la catégorie professionnelle, le sexe et le fait d'avoir participé à une formation spécifique aux SSE ne sont pas significatives. Les participants ayant un niveau de diplôme de CAP ou BEP ont un score de sentiment d'être prêt plus élevé ($M=6,50$; $ET=2,54$) que ceux ayant un niveau de diplôme de Bac+3 ($M=4,64$; $ET=2,68$) ($F_{(4, 393)}=3,11$; $p<0,01$).

L'expérience a un effet positif dans le sentiment d'être prêt. Cette expérience se décline avec les indicateurs suivants : premièrement, l'expérience professionnelle : les participants ayant plus de 15 ans d'expérience professionnelle ont un score de sentiment d'être prêt plus élevé ($M=5,59$; $ET=2,72$) que ceux ayant entre 5 et 10 ans d'expérience ($M=4,54$; $ET=2,78$) ($F_{(3, 395)}= 3,02$; $p<0,05$). Deuxièmement, l'expérience directe d'une situation réelle : les participants qui ont déjà vécu une SSE ont un score de sentiment d'être prêt plus élevé ($M=5,61$; $ET=2,80$) que ceux qui n'en ont jamais vécu ($M=4,73$; $ET=2,66$) ($F_{(1, 397)}= 9,00$; $p<0,01$). Troisièmement, l'expérience directe de situations simulées : Les participants qui ont déjà participé à un exercice de simulation ont un score de sentiment d'être prêt plus élevé ($M=5,59$; $ET=2,60$) que les autres ($M=4,61$; $ET=2,75$) ($F_{(1, 397)}= 12,52$; $p<0,001$). Les participants qui ont participé à un exercice de retour d'expérience sur la gestion d'une SSE antérieure ont un score de sentiment d'être prêt plus élevé ($M=5,91$; $ET=2,81$) que les autres ($M=4,74$; $ET=2,65$) ($F_{(1, 397)}= 13,05$; $p<0,001$).

Finalement, concernant la recherche active d'informations, les participants qui ont déjà lu le plan blanc de leur hôpital rapportent un score de sentiment d'être prêt plus élevé ($M=5,22$; $ET=2,69$) que les autres ($M=4,59$; $ET=2,76$) ($F_{(1, 397)}= 4,88$; $p<0,05$). Les participants qui ont déjà demandé des informations sur la gestion des SSE à des référents de l'hôpital ont également un score de sentiment d'être prêt plus élevé ($M=5,33$; $ET=2,83$) que les autres ($M=4,56$; $ET=2,54$) ($F_{(1, 397)}= 7,96$; $p<0,001$).

Tableau 33 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt à la COVID-19 en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience

Facteur	ANOVA	Catégories ^a	Moyenne ^a (Écart-type)
Catégorie professionnelle	F _(4, 393) =1,85; ns		
Niveau de diplôme ^b	F _(4, 393) =3,11; p<0,01	Bac+3 (N=226)	4,64 (2,68)
		CAP ou BEP (N=20)	6,50 (2,54)
Sexe	F _(1, 397) =0,57; ns		
Années d'expérience professionnelle	F _(3, 395) =3,02; p<0,05	> 15 ans (N=116)	5,59 (2,72)
		>5 et <10 ans (N=90)	4,54 (2,78)
Avoir expérimenté une SSE antérieurement	F _(1, 397) =9,00; p<0,005	Oui (N=122)	5,61 (2,80)
		Non (N=277)	4,73 (2,66)
Avoir participé à un exercice de simulation d'une SSE	F _(1, 397) =12,52; p=0,001	Oui (N=156)	5,59 (2,60)
		Non (N=243)	4,61 (2,75)
Avoir participé à une formation spécifique aux SSE	F _(1, 397) =2,74; ns		
Avoir participé à un retour d'expérience d'une SSE antérieure	F _(1, 397) =13,05; p<0,001	Oui (N=88)	5,91 (2,81)
		Non (N=311)	4,74 (2,65)
Avoir lu le plan blanc	F _(1, 397) =4,88; p<0,05	Oui (N=258)	5,22 (2,69)
		Non (N=141)	4,59 (2,76)
Avoir questionné les référents SSE sur la gestion des SSE	F _(1, 397) =7,96; p<0,01	Oui (N=223)	5,33 (2,83)
		Non (N=175)	4,56 (2,54)

^a dont la différence entre les moyennes est significative après correction de Bonferroni.

^b le participant dans diplôme a été supprimé pour cette analyse (l'analyse de la variance avec un groupe à un participant n'a pas de sens).

Le tableau suivant présente les corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt à la COVID-19 et les variables individuelles, collectives et institutionnelles (*cf.* Tableau 34). Toutes les corrélations sont significatives et positives. Selon la classification de Cohen (Cohen, 1988), toutes les corrélations sont d'ampleur importante.

Tableau 34 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt à la COVID-19 et les variables individuelles, collectives et institutionnelles

Variabiles	Sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19
Variabiles individuelles	
Perception de la préparation ^a	0,63***
Perception des compétences comme suffisantes ^a	0,42***
Perception des connaissances comme suffisantes ^a	0,49***
Variabiles collectives	
Perception des collègues du service comme prêts ^a	0,66***
Perception des collègues hors service comme prêts ^a	0,59***
Variabiles institutionnelles	
Perception de l'hôpital comme prêt ^a	0,61***
Perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ^a	0,53***
Perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ^a	0,53***

*** = $p < 0,001$

^a à/pour gérer la COVID-19.

Toutes les variables étudiées étant significativement et fortement corrélées avec le sentiment d'être prêt à la COVID-19, elles ont toutes été incluses dans le modèle de régression linéaire multiple (pas à pas) (*cf.* Figure 19).

Le modèle proposé explique significativement plus de variabilité qu'un modèle sans prédicteurs ($F = 147,73$; $p < 0,001$). Il a un R^2 de 0,60. Ainsi, 60 % de la variance du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 peut s'expliquer par les facteurs de ce modèle. La perception des collègues du même service comme prêts est le facteur le plus important ($B = 0,37$; $\beta = 0,37$; $t = 9,77$; $p < 0,001$) suivi de la perception de la préparation personnelle ($B = 0,29$; $\beta = 0,29$; $t = 7,17$; $p < 0,001$), de la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ($B = 0,22$; $\beta = 0,22$; $t = 5,96$; $p < 0,01$) et de la perception des compétences personnelles comme suffisantes pour gérer la COVID-19 ($B = 0,11$; $\beta = 0,11$; $t = 2,90$; $p < 0,01$).

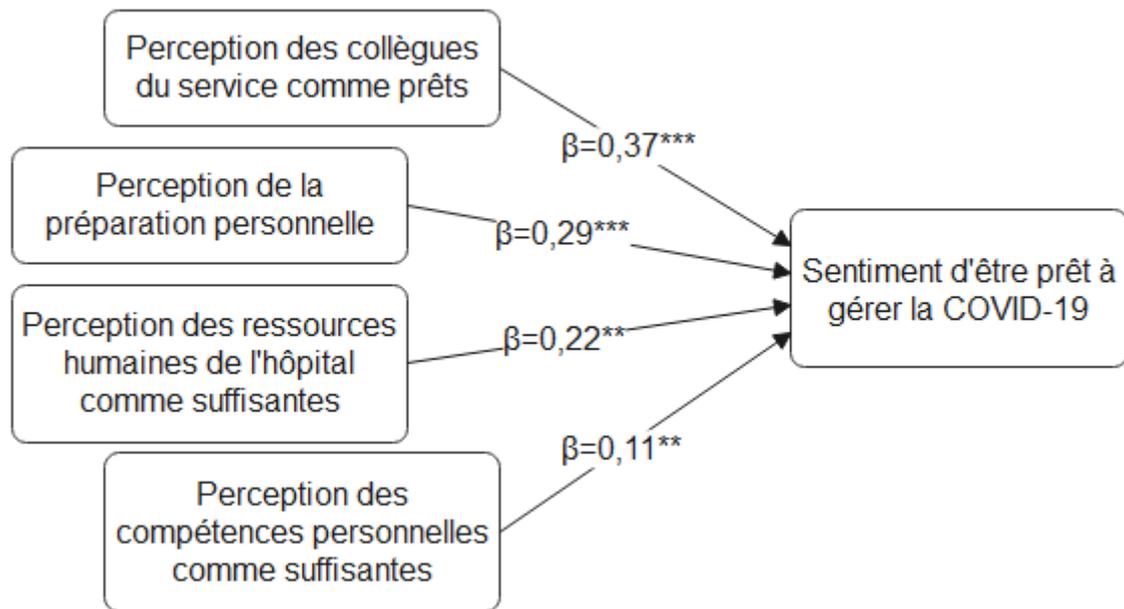


Figure 19 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 comme variable dépendante

7.3.4 Application du modèle de la TCP

Les études et analyses précédentes permettent d'explorer la relation entre les personnels hospitaliers et l'objet SSE. Elles permettent également d'explorer la préparation réelle, perçue ou le sentiment d'être prêt aux SSE des personnels hospitaliers. Cependant, afin d'apporter un regard holistique sur ces situations, il nous semble important de compléter ces résultats avec une étude du comportement des personnels hospitaliers. Nous avons choisi d'étudier leur intention comportementale. Pour cela, nous avons choisi d'appliquer la théorie du comportement planifié. Cette partie vise à répondre aux objectifs suivants :

- (1) Tester l'applicabilité de la théorie du comportement planifié dans le cadre des comportements de préparation des personnels hospitaliers ;
- (2) Tester l'ajout des variables sentiment d'être prêt et perception de la préparation individuelle ;
- (3) Mesurer les scores des facteurs prédictifs de l'intention comportementale.

7.3.4.1 Mesure des variables du modèle de la TCP

Le Tableau 35 présente les moyennes et écarts-types des variables étudiées dans cette partie. L'ensemble des scores sont relativement élevés. Le score d'attitude instrumentale est plus élevé que ceux d'attitude expérientielle. Le score de la norme injonctive perçu provenant de la société est plus élevé que celle provenant des collègues.

Tableau 35 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant le modèle de la TCP

Variable	N	Moyenne ^a	Écart-type
Intention comportementale	399	7,31	1,89
Contrôle comportemental	394	6,50	2,05
Attitude expérientielle affective	379	5,92	2,53
Attitude expérientielle liée à la difficulté	386	6,36	2,43
Attitude instrumentale	390	8,50	2,47
Norme injonctive provenant des collègues	395	5,57	2,56
Norme injonctive provenant de la société	396	7,18	2,47
Norme descriptive collègues de service	389	7,44	2,38
Norme descriptive collègues hors service	392	7,50	2,22

^a Item allant de 0 (faible) à 10 (élevé).

7.3.4.2 Variables du modèle de la TCP associées à l'intention de se préparer aux SSE

Le tableau suivant présente les corrélations de Pearson entre les facteurs de la TCP et l'intention comportementale de se préparer à la gestion d'une SSE (cf. Tableau 36). La corrélation entre l'intention comportementale et l'attitude expérientielle liée à la difficulté n'est pas significative. Tous les facteurs excepté ce dernier sont positivement et significativement corrélés à l'intention comportementale. Cependant les coefficients de corrélations sont faibles. En effet, selon la classification de Cohen, les coefficients de corrélation de 0,10 sont de faible ampleur, ceux de 0,30 sont moyens et ceux de 0,50 sont importants (Cohen, 1988). Ainsi, le coefficient r de la corrélation entre le contrôle comportemental et l'intention comportementale indique que la force de l'effet est de moyenne ampleur. La force des effets entre les attitudes (expérientielle, affective et instrumentale) et l'intention comportementale sont de faible

ampleur. La force des effets entre les normes et l'intention comportementale sont d'ampleur faible à moyenne.

Tableau 36 - Corrélations de Pearson entre l'intention d'adopter un comportement de préparation et les dimensions de la TCP

Dimensions	Intention comportementale à se préparer à gérer une SSE
Contrôle comportemental	0,28***
Attitudes	
Attitude expérientielle affective	0,13**
Attitude expérientielle liée à la difficulté	0,09
Attitude instrumentale	0,13*
Normes	
Norme injonctive provenant des collègues	0,21***
Norme injonctive provenant de la société	0,13**
Norme descriptive collègues de service	0,25***
Norme descriptive collègues hors service	0,20***

*** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

* = $p < 0,05$

Le tableau suivant présente les corrélations de Pearson entre l'intention d'adopter un comportement de préparation à la gestion d'une SSE et la perception de la préparation individuelle ou le sentiment d'être prêt (cf. Tableau 37). Ces deux dernières variables sont positivement et significativement corrélées à l'intention comportementale. Cependant, la force de ces associations est de faible à moyenne ampleur.

Tableau 37 - Corrélations de Pearson entre l'intention d'adopter un comportement de préparation, la perception de la préparation et le sentiment d'être prêt

Dimensions	Intention comportementale à se préparer à gérer une SSE
Sentiment d'être prêt	0,22***
Perception de la préparation	0,20***

*** = $p < 0,001$

Une régression linéaire multiple (pas à pas) a ensuite été effectuée avec les facteurs de la TCP qui sont significativement corrélés à l'intention comportementale. Les variables intégrées dans le modèle sont : le contrôle comportemental perçu ($r_{(393)}=0,28$; $p<0,001$), l'attitude expérientielle affective ($r_{(378)}=0,13$; $p<0,01$), l'attitude instrumentale ($r_{(379)}=0,13$; $p<0,05$), la norme injonctive provenant de la société ($r_{(395)}=0,13$; $p<0,01$), la norme injonctive provenant des collègues ($r_{(394)}=0,21$; $p<0,001$), la norme descriptive des collègues de service ($r_{(388)}=0,25$; $p<0,001$) et la norme descriptive des collègues hors service ($r_{(391)}=0,20$; $p<0,001$).

Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(4, 360)}=14,37$; $p<0,001$. Il a un R^2 de 0,13. Le contrôle comportemental est la variable la plus importante ($B=0,17$; $\beta=0,19$; $t=3,49$; $p=0,001$), suivi de la norme descriptive des collègues de service ($B=0,15$; $\beta=0,19$; $t=3,1$; $p<0,001$), de la norme injonctive provenant de la société ($B=0,10$; $\beta=0,13$; $t=2,67$; $p<0,01$) et l'attitude expérientielle affective ($B=0,09$; $\beta=0,11$; $t=2,27$; $p<0,05$) (cf. Figure 20).

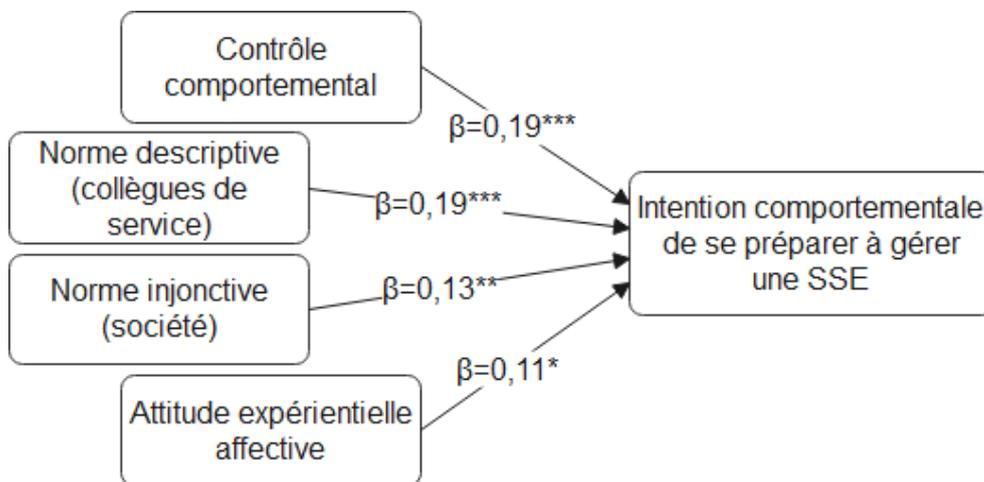


Figure 20 - Modèle de régression linéaire multiple avec l'intention comportementale comme variable dépendante

Une seconde régression linéaire multiple (pas à pas) a ensuite été effectuée avec les facteurs de la TCP qui sont significativement corrélés à l'intention comportementale ainsi que les variables sentiment d'être prêt et perception de la préparation individuelle. Les variables

intégrées dans le modèle sont : le contrôle comportemental perçu ($r_{(393)}=0,28$; $p<0,001$), l'attitude expérientielle affective ($r_{(378)}=0,13$; $p<0,01$), l'attitude instrumentale ($r_{(379)}=0,13$; $p=0,01$), la norme injonctive provenant de la société ($r_{(395)}=0,13$; $p<0,01$), la norme injonctive provenant des collègues ($r_{(394)}=0,21$; $p<0,001$), la norme descriptive des collègues de service ($r_{(388)}=0,25$; $p<0,001$), la norme injonctive des collègues hors service ($r_{(391)}=0,20$; $p<0,001$), le sentiment d'être prêt ($r_{(392)}=0,22$; $p<0,001$) et la perception de la préparation individuelle ($r_{(389)}=0,20$; $p<0,001$).

Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(4, 353)}=13,86$; $p<0,001$. Il a un R^2 de 0,13. Le contrôle comportemental est la variable la plus importante ($B=0,17$; $\beta=0,19$; $t=3,56$; $p<0,001$), suivi de la norme descriptive des collègues de service ($B=0,14$; $\beta=0,18$; $t=3,4$; $p=0,001$), de la norme injonctive provenant de la société ($B=0,10$; $\beta=0,13$; $t=2,61$; $p<0,01$) et l'attitude expérientielle affective ($B=0,09$; $\beta=0,11$; $t=2,25$; $p<0,05$). Aucune différence significative n'est notée entre ce modèle et le précédent.

7.4 DISCUSSION

Pour plus de lisibilité, la discussion reprend les quatre analyses réalisées :

- (1) Une analyse des représentations, perceptions du risque et implication personnelle liées à trois événements potentiellement SSE ;
- (2) Une analyse du sentiment d'être prêt à une SSE ;
- (3) Une analyse du sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19 ;
- (4) Une application du modèle TCP.

7.4.1 Représentation, perception du risque et implication liés à des événements potentiellement SSE

7.4.1.1 Résumé des résultats

L'ensemble des corpus présentent des indices de diversité entre 0,29 et 0,39, qui correspondent à une faible diversité dans les associations produites. Malgré les pourcentages d'hapax de 63 % dans toutes les conditions chez les personnels hospitaliers, ces indices suggèrent donc une stéréotypie des réponses. Les indices de diversité des corpus de la population générale suggèrent qu'il y a plus de stéréotypie des réponses dans la population générale que dans les corpus des personnels hospitaliers. À l'inverse, les pourcentages d'hapax sont relativement semblables à ceux des corpus des personnels hospitaliers. Les principales (les plus fréquentes et plus importantes) associations produites par les personnels hospitaliers dans les trois conditions sont liées aux spécificités des situations (*i.e.* « maladie » pour épidémie, « terroristes » pour attentat ou « inondation » pour catastrophe naturelle). Les associations communes aux trois conditions représentent entre 15 % et 18 % des corpus des personnels hospitaliers. Il est possible de repérer trois catégories d'associations communes : celles faisant référence à des émotions, celles relatives à leur pratique professionnelle et celles caractérisant les SSE dans leur globalité. Entre 46 % et 52 % des associations des corpus des personnels hospitaliers sont communes entre les deux populations. Cependant, lorsque l'on retire les hapax, il ne reste plus beaucoup d'associations citées exclusivement par les personnels hospitaliers. Il est intéressant de noter que ces associations exclusives sont liées à leur profession, comme les

associations « surcharge de travail », « travail », ou « afflux » pour la condition épidémie ; les associations « nombreuses victimes » ou « organisation » pour la condition attentat ; les associations « plan blanc », « organisation » ou « manque de moyens » pour la condition catastrophe naturelle. Ces associations exclusives aux personnels hospitaliers ont cependant des fréquences d'occurrence très faibles. Les associations faites par les personnels hospitaliers ont pour point commun de se structurer entièrement ou en partie autour de l'association « mort ». Cependant, les autres nœuds de structuration sont différents pour chaque condition. Les analyses de similitude ne permettent pas de mettre en évidence des différences de structuration entre les réponses des personnels hospitaliers et celles de la population générale.

Les trois items employés pour étudier la perception du risque montrent que l'épidémie est perçue comme une situation plus risquée que les deux autres par les personnels hospitaliers. Ces derniers perçoivent les trois types d'événements présentés dans cette étude comme plutôt graves. Les épidémies et catastrophes naturelles sont perçues comme plutôt probables, contrairement aux attentats qui sont perçus comme moyennement probables. Les épidémies sont plus craintes que les attentats et les catastrophes naturelles qui sont relativement peu craintes. Les personnels hospitaliers ont des scores de perception du risque des événements potentiellement source des SSE plus élevés que la population générale concernant la perception de la probabilité d'apparition de ces derniers. Les attentats sont plus craints par les personnels hospitaliers que par la population générale.

Enfin, les personnels hospitaliers présentent une implication personnelle plus faible à la condition attentat qu'aux autres situations. Ils ont un score d'identification personnelle aux épidémies légèrement plus élevé que pour les catastrophes naturelles. Les personnels hospitaliers valorisent¹⁷ relativement fortement les trois types d'événements présentés (les attentats sont un peu moins valorisés). Cependant, ils ne s'identifient que moyennement à ces situations (les participants s'identifient moins aux attentats qu'aux autres situations). Enfin, s'ils ont un score de capacité personnelle d'action perçue moyen à élevé pour les épidémies, il est moyen pour les catastrophes naturelles et faible pour les attentats. Les personnels hospitaliers ont des scores d'identification plus élevés que la population générale aux trois événements. Ils ont également des scores concernant leur perception de leur capacité personnelle d'action plus élevée que la population générale concernant les épidémies et catastrophes naturelles.

¹⁷ Le terme valoriser doit ici être compris comme le score à l'item « valorisation », l'un des facteurs de l'implication professionnelle. La valorisation de l'objet consiste à le percevoir comme important.

7.4.1.2 Un faible lien avec la pratique

Ces résultats questionnent l'existence d'un rapport spécifique des personnels hospitaliers aux situations potentiellement risquées pour leur hôpital. En effet, étant des acteurs clés de la gestion de ces situations, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'ils auraient des représentations et perceptions de ces situations différentes de la population générale. Nous nous attendions, d'après les principes de la polyphasie cognitive (Moscovici, 1961), à observer deux catégories de représentations, l'une correspondant à des éléments de sens commun et l'autre correspondant à des savoirs scientifiques, experts, liés à leur profession. Cette recherche ne permet pas d'aller dans le sens de cette hypothèse. En effet, les résultats concernant les représentations ne montrent que de très faibles différences entre les deux populations. De plus, les résultats montrent que les personnels hospitaliers n'ont produit que très peu d'associations liées à leur profession. Par exemple, le terme « plan blanc », qui constitue un élément important en cas de gestion de SSE, n'est que très peu cité.

Nous proposons d'expliquer ce résultat par la distance à ces objets de représentations. Le niveau de pratique, le niveau de connaissance et l'implication relatifs à l'objet de représentation déterminent la distance à cet objet. Cette distance conditionne le type de représentation associée à l'objet. Lorsque cette distance est faible, sa représentation est plutôt constituée d'éléments fonctionnels. À l'inverse, lorsqu'un groupe est distant de l'objet, sa représentation est plutôt constituée d'éléments évaluatifs (Stewart, 2000, cité par Abric, 2001). Or, les associations exclusives aux personnels hospitaliers sont en partie fonctionnelles, mais elles sont marginales.

Concernant la perception du risque et l'implication personnelle, si les écarts de moyennes ne sont pas tous significatifs, les scores des personnels hospitaliers sont tous plus élevés que ceux de la population générale. Au vu du contexte, il est possible que leur rôle dans le cadre de ce type de situation ait été mis en avant, ce qui aurait rendu leur implication et perception du risque plus élevés que pour la population générale. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette tendance se confirmerait après ou pendant la pratique de gestion d'une SSE. Les représentations étant stables et résistantes au changement, ces variations ne seraient pas encore visibles actuellement, mais pourraient le devenir. Ainsi, si cette augmentation est vérifiée, nous supposons qu'elle induirait une augmentation des différences entre les

représentations associées à ces situations chez les personnels hospitaliers et la population générale.

7.4.1.3 La pertinence du modèle de préparation « multi-événement »

Ces résultats questionnent la pertinence du modèle de préparation « multi-événement ». En effet, les événements potentiellement sources de SSE étudiés ici pourraient ne pas être associées à des SSE.

Certaines associations de ces trois conditions sont similaires à celles associées à l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » de l'étude 2. C'est le cas par exemple de « plan blanc », « mort », « stress », « catastrophe », « grave » ou encore « danger ». Cependant, ces termes sont peu fréquents et considérés comme peu importants. Les associations « épidémie », « attentat » ou « catastrophes naturelles » sont présentes dans les associations de l'inducteur SSE pour les personnels hospitaliers (*cf.* étude 2). À l'inverse, il n'y a pas d'association « SSE » ou « situation sanitaire exceptionnelle » dans les corpus de cette étude. Il n'y a donc probablement pas de relation, ni d'emboîtement, ni de réciprocité, entre ces représentations (Abric & Vergès, 1994 ; Abric, 1998 ; Vergès, 1992, cité par Abric, 2001), c'est-à-dire que les situations étudiées ne sont pas spontanément perçues comme des SSE.

Ainsi, l'objet « situation sanitaire exceptionnelle » peut être inscrit dans le contexte professionnel des personnels hospitaliers, mais pas les situations potentiellement sources de SSE. Ce résultat est un argument pour la pertinence d'un modèle de préparation « multi-événements », c'est-à-dire une préparation commune pour tous les types de situations. En effet, les différences de représentations de ces situations n'engendreraient pas de différences de pratiques de préparation si elles ne sont pas intégrées dans le système de pratique professionnelle. Un autre argument en faveur de l'adoption de ce modèle de préparation « multi-événements » est que, même si elles sont minoritaires, les associations liées à la pratique professionnelle sont partagées dans les trois conditions. Afin de vérifier cette hypothèse, il est nécessaire d'étudier l'évolution de la part des représentations fonctionnelles. Il est également nécessaire de vérifier que les associations relatives à la profession des personnels hospitaliers soient similaires. Enfin, un autre indice pourrait être l'apparition du terme SSE dans les associations des participants.

7.4.1.4 L'importance du contexte sanitaire et de la saillance des risques

Les personnels hospitaliers se disent plus impliqués dans la condition épidémie que dans les autres conditions. Les scores de perception du risque sont également plus élevés dans la condition épidémie. Pourtant les résultats de l'étude 1 montrent que la situation attentat semblait être perçue comme plus risquée. Or, comme cela a été évoqué lors des entretiens, l'implication dans la préparation des personnels hospitaliers dépend du contexte sanitaire. En effet, des efforts de préparation ont été réalisés pour la préparation aux attentats après les épisodes de 2015. Nous supposons donc que la préparation au moment des passations devait être plus concentrée sur des risques infectieux en raison du début de la pandémie de la COVID-19. En ce sens, une étude a montré que la préoccupation de la population générale aux États-Unis à l'égard de la menace terroriste a diminué plus de 6 mois après les attentats du 11 septembre 2001 et continue de diminuer trente mois après l'événement (Scott et al., 2013). Nous expliquons donc les différences de perception de ces situations par leur saillance au moment du recueil des données. C'est pourquoi cette étude devrait être reproduite régulièrement (la régularité dépend de la vitesse de l'évolution du contexte sanitaire et sécuritaire) afin de confirmer ou valider cette hypothèse au regard du contexte sanitaire futur. Cependant, si nos autres hypothèses émises dans cette discussion sont validées, ces différences de saillance ne devraient pas influencer les types de comportements de préparation. Une prochaine étude devrait donc considérer le lien existant entre la perception du risque associé aux situations potentiellement sources de SSE, leur saillance et la perception du risque associé aux SSE.

7.4.2 Le sentiment d'être prêt aux SSE

7.4.2.1 Résumé des résultats

Les résultats montrent que les années d'expérience professionnelle, la profession et l'expérience antérieure de gestion d'une SSE sont liées au sentiment d'être prêt : les cadres de santé, les participants ayant plus de 15 ans d'expérience et ceux qui ont déjà vécu une SSE ont un sentiment d'être prêt à gérer une SSE plus élevé que les autres. Ce sentiment est lié à la

préparation personnelle perçue, mais pas directement à la préparation déclarée. Le lien entre le sentiment d'être prêt et la perception de la préparation diminue lorsque l'on contrôle l'effet de l'auto-efficacité et du contrôle comportemental. Le sentiment d'être prêt n'est pas lié aux items de la perception du risque, d'identification et de valorisation de l'implication personnelle. Cependant, la capacité d'action professionnelle et personnelle est liée au sentiment d'être prêt. Ce sentiment est lié à la perception des comportements de préparation, à l'exception de l'attitude cognitive et de la norme injonctive de la société. Le sentiment d'être prêt est lié à la perception des collègues comme prêts, à la perception de l'hôpital comme prêt, mais pas à la diffusion de la responsabilité. De même, ce sentiment n'est plus lié à la perception de la préparation de l'hôpital ou de la perception de la préparation des collègues lorsque l'on contrôle ces effets par la perception des collègues comme prêts. Selon la régression linéaire multiple, les variables les plus liées à la perception de la préparation personnelle sont l'auto-efficacité, la perception de la préparation des collègues, la perception de la préparation personnelle, le contrôle comportemental et la perception de la préparation hospitalière.

7.4.2.2 La préparation n'est pas suffisante pour se sentir prêt

Les résultats de cette étude confirment l'hypothèse selon laquelle la préparation réelle n'est pas suffisante pour prédire le sentiment d'être prêt à gérer une SSE. Une fois l'effet de la préparation perçue contrôlé, la préparation déclarée n'est plus liée au sentiment d'être prêt. Cependant, l'effet de la préparation perçue n'est pas suffisant pour prédire la perception de la préparation personnelle.

Le sentiment d'auto-efficacité est une variable particulièrement prédictive selon les résultats. Ce résultat est intéressant à mettre en perspective avec la théorie socio-cognitive. Le concept de « soi » est composé des expériences directes des individus ainsi que d'évaluations formulées par des personnes qui sont importantes pour lui (Bandura, 2003). Nous avons étudié la perception de leur préparation, mais nous n'avons pas étudié la manière dont les compétences résultant de la préparation sont appliquées. Selon la théorie de l'auto-efficacité, la perception de la capacité d'une personne à appliquer ses compétences est une variable essentielle. Cependant, ce concept mérite une évaluation avec des échelles plus précises et plus complexes que celles employées ici (*cf.* Bandura, 2006). De plus, la préparation psychologique semble pertinente. En effet, la perception de sa propre efficacité peut dépendre de sa préparation psychologique. Par exemple, la gestion de ses émotions est un domaine particulièrement

intéressant à explorer. Les recherches montrent que la préparation psychologique comporte deux dimensions : une dimension cognitive, qui implique la connaissance de la situation, de l'environnement et des réponses adaptatives et une dimension affective, qui implique la conscience de soi, la compréhension et la régulation des émotions (McLennan et al., 2020). Or, la régulation des émotions est un des éléments qui pourrait modérer le sentiment d'auto-efficacité.

7.4.2.3 La dimension collective

Même si cette étude se fonde sur l'analyse des dimensions individuelles liées à la perception de la préparation, les résultats montrent que la dimension collective est une variable essentielle : la perception des collègues comme prêts est plus importante dans le modèle de régression linéaire que la perception de la préparation personnelle. Ce dernier résultat peut également être mis en perspective avec la théorie socio-cognitive et plus spécifiquement la théorie de l'auto-efficacité collective. En effet, selon cette théorie, le sentiment d'auto-efficacité collective est défini comme « la croyance partagée d'un groupe dans ses capacités communes à organiser et à exécuter les actions nécessaires pour produire des niveaux de réalisation donnés » (Bandura, 1997, p. 477). Ce concept est composé de la cohésion sociale (c'est-à-dire la confiance et la solidarité) requise pour l'action collective et la croyance en l'efficacité par rapport à des tâches spécifiques qui permettent de convertir la cohésion sociale en action collective (Babcicky & Seebauer, 2020). Compte tenu de la tâche étudiée ici, de l'importance du sentiment d'auto-efficacité personnelle et de l'aspect collectif, l'étude du sentiment d'auto-efficacité collective serait extrêmement intéressante pour approfondir l'importance de la dimension collective.

Les résultats montrent que les cadres de santé se sentent plus prêts que les paramédicaux. Nous supposons que les cadres de santé se sentent plus responsables de la gestion des SSE, ce qui pourrait expliquer cette différence. Cette hypothèse peut être soutenue par nos résultats sur la diffusion de la responsabilité. Les paramédicaux ont un score de diffusion des responsabilités plus élevé ($M=-0,11$; $ET=1,18$) que les cadres de santé ($M=-0,96$; $ET=1,41$). Cette différence est significative ($F_{(4, 392)}=6,86$; $p<0,001$). Ces résultats suggèrent que la place des participants dans l'institution joue un rôle important dans leur sentiment d'être prêt. La littérature a montré que les infirmières sont plus enclines à se mobiliser pendant les SSE lorsqu'elles font confiance à leurs chefs et à leurs collègues, la qualité du leadership est également importante pour

l'engagement pendant ces crises (Arbon et al., 2013). La recherche sur le leadership, la confiance et le rôle des personnels hospitaliers dans l'institution est susceptible de conduire à une meilleure compréhension des processus impliqués dans l'établissement d'un lien entre les variables collectives et la préparation personnelle.

Pour cette tâche, il n'est pas possible de distinguer le sentiment d'être prêt des variables collectives. Ces résultats indiquent que l'individu ne peut pas se sentir prêt seul. Nous pouvons donc améliorer notre compréhension des mécanismes en jeu grâce au concept du sentiment d'auto-efficacité collective, de leadership ou de confiance, mais pas seulement. Il est important de conceptualiser le collectif à la fois comme une intériorisation par l'individu et donc comme une reconstruction socio-cognitive (*cf.* Moscovici, 1984). Nous avançons que l'effet du groupe est une piste encourageante. Plus précisément, les concepts de représentations professionnelles, de leadership, de cohésion et d'appartenance au groupe sont des éléments potentiellement pertinents.

7.4.2.4 L'absence de lien avec la perception de la situation

L'implication personnelle, professionnelle et la perception du risque ne sont pas significativement liées au sentiment d'être prêt dans notre étude. La notion d'implication professionnelle modélisée par Mias en 1998 pourrait être mobilisée pour comprendre ces résultats. L'implication est composée de trois dimensions : le sens qui relie les objets auxquels les individus sont confrontés dans leur contexte professionnel, les repères en tant que système de représentation partagé et le sentiment de contrôle de leurs actions dans un système de pratiques collectives (Mias, 1988, cité par Lac et al., 2010). Selon une étude non publiée de Lac et De Zotti en 1999, dans une situation inhabituelle, les dimensions références et sentiment de contrôle ne sont plus opérationnelles, alors que la dimension du sens est activée pour compenser l'inefficacité des autres dimensions (Lac et al., 2010). Pourtant, les résultats montrent que la capacité d'action perçue professionnelle est liée au sentiment d'être prêt. Le sentiment de contrôle de leurs comportements dans un système de pratiques collectives est à l'œuvre dans notre étude. D'autres recherches doivent être menées pour comprendre pourquoi, dans notre contexte, cet élément peut être opérationnel. Concernant les autres mesures employées pour évaluer l'implication professionnelle, il serait pertinent d'utiliser la conceptualisation développée par Mias pour étudier ses autres composantes telles que la signification et le point de référence.

En ce qui concerne la perception du risque, une étude de Miceli (2008) montre que la composante cognitive de la perception du risque n'influence pas les comportements de préparation, contrairement à sa composante affective (Miceli et al., 2008). De plus, une étude montre que la conscience du risque n'est pas centrale dans la prédiction des comportements de préparation. En effet, elle est plutôt en lien avec la préoccupation liée au danger (Maidl et al., 2019). Les items concernant la peur et la gravité ne sont probablement pas suffisants pour évaluer la dimension affective de la perception du risque. Un examen plus approfondi avec de meilleurs outils psychométriques mérite d'être appliqué avant de considérer l'absence d'effet de la perception du risque sur le sentiment d'être prêt à gérer une SSE.

Les résultats montrent que le fait de percevoir les comportements de préparation comme distrayants et agréables est lié au sentiment d'être prêt. De plus, les résultats montrent que le sentiment de contrôle des participants sur leur capacité à se préparer ainsi que l'efficacité perçue de la préparation sont positivement liés à ce sentiment. Ainsi, nous supposons que ce n'est pas la perception de la situation qui serait liée au sentiment d'être prêt, mais plutôt la perception des comportements de préparation, tant en eux-mêmes (*i.e.* attitude) que dans leur accessibilité (*i.e.* contrôle comportemental). Ces variables sont employées dans la théorie socio-cognitive lorsqu'elle est appliquée à la préparation aux crises (Paton, 2003). Ces résultats suggèrent que ce modèle est pertinent pour comprendre la perception de la préparation personnelle.

7.4.3 Le sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19

7.4.3.1 Résumé des résultats

Les résultats montrent que les scores des personnels hospitaliers concernant la perception de leur préparation ou sentiment d'être prêt à la gestion de la pandémie de la COVID-19 sont moyens. Les participants estiment que leurs compétences et leurs connaissances ne sont pas suffisantes pour gérer la pandémie de la COVID-19. Si les scores concernant la perception des collègues comme prêts sont plus élevés que ceux qui les concernent eux-mêmes, ils restent moyens. De plus, ils perçoivent leur hôpital comme moyennement prêt et avec des ressources humaines et matérielles insuffisantes. Les ressources matérielles sont perçues comme encore plus insuffisantes que les ressources humaines. Il n'y a

pas de différences significatives des scores de sentiment d'être prêt parmi les participants selon la profession ou le sexe. Ainsi, ce score moyen concerne tous les personnels hospitaliers. Cependant, il existe des différences significatives entre ces scores en fonction de leurs expériences. Globalement, tous les participants qui ont expérimenté une SSE ou eu des comportements de préparation en lien avec les SSE ont un sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 plus élevé. Le comportement « avoir déjà participé à une formation spécifique aux SSE » fait exception et ne peut donc être assimilé à une expérience de SSE. De plus, les participants avec plus de 15 ans d'expérience professionnelle ont un plus fort sentiment d'être prêt que les participants avec 5 à 10 ans d'expérience professionnelle. Toutes les variables individuelles, collectives et institutionnelles, sont significativement et positivement liées au sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19. La variable la plus prédictive de la variance de ce score est la perception des collègues de service comme prêts, puis la perception de la préparation personnelle, puis la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes et la perception des compétences personnelles comme suffisantes.

7.4.3.2 Comment expliquer ces scores moyens ?

Les résultats montrent que le personnel hospitalier ne se sent pas totalement prêt à faire face à la pandémie de la COVID-19 dans un contexte de pré-crise (recueil des données du 14 au 20 mars 2020). Ils perçoivent également que leurs collègues ou leur hôpital ne sont pas non plus totalement prêts. Ce résultat est conforme à la littérature. Des études menées au même moment dans différents pays font état d'une confiance modérée à faible de la part des soignants dans leur capacité à gérer les patients potentiellement atteints de la COVID-19 ou la pandémie en général (Al-Ashwal et al., 2020 ; Elhadi et al., 2020 ; Olum et al., 2020 ; Prescott et al., 2020). Cependant, la comparaison de nos résultats avec cette littérature est délicate. En effet, il n'existe pas de consensus sur la définition exacte de la préparation des personnels hospitaliers et sur les outils permettant de la mesurer. Ainsi, les méthodes employées sont très différentes, tout comme les conclusions : pour des scores équivalents, certains auteurs les considèrent comme insuffisants, tandis que d'autres les jugeront satisfaisants. Néanmoins, nous pouvons nous questionner sur les facteurs explicatifs de ces faibles scores. En effet, nous ne pouvons pas déterminer si ces scores sont faibles en raison de la situation de la COVID-19 ou s'il est possible de généraliser ces résultats à tout type de SSE. Le modèle de régression linéaire multiple nous permet de proposer des hypothèses pour expliquer ces faibles scores.

7.4.3.2.1 Un manque général de préparation et d'expérience

Selon la littérature, les personnels hospitaliers ne sont pas suffisamment préparés aux SSE en règle général (Berhanu et al., 2016 ; Gowing et al., 2017 ; Labrague et al., 2018 ; Naser & Saleem, 2018 ; Paganini et al., 2016 ; Said & Chiang, 2020 ; Su et al., 2013). Cependant, ces études ne se sont pas intéressées au sentiment d'être prêt tel que nous le définissons. Les résultats de notre étude montrent que la perception de la préparation est liée au sentiment d'être prêt. De plus, la plupart des comportements de préparation étudiés ici sont fortement liés à un score plus élevé de perception de la préparation à la gestion des crises sanitaires chez les personnels hospitaliers. Or, dans ces études, certains items employés pour évaluer l'état de préparation correspondent à l'évaluation de la réalisation de ce type de comportement. Ainsi, un réel manque de préparation, tel qu'étudié dans la littérature, pourrait expliquer le faible sentiment d'être prêt à la gestion de la pandémie de la COVID-19.

Les résultats montrent que les personnels hospitaliers qui ont déjà vécu une SSE se sentent plus prêts que les autres. De plus, il existe des différences entre le sentiment d'être prêt des participants en raison de leurs années d'expérience professionnelle. Le manque d'expérience peut donc expliquer une partie de ces faibles scores. Ce résultat est cohérent avec la littérature qui a déjà montré que l'expérience préalable et la durée de pratique influencent la perception de la préparation à la gestion des catastrophes (S. T. Baack, 2011 ; Lam et al., 2018 ; Lim et al., 2013). La pandémie de la COVID-19 est une situation de crise sanitaire qui n'a jamais été vécue par les professionnels auparavant, ce qui peut expliquer en partie ces faibles scores.

7.4.3.2.2 L'importance des variables collectives

Ces résultats montrent que l'expérience personnelle ou la préparation individuelle ne suffisent pas pour prédire la variance du sentiment d'être prêt. Les variables collectives jouent un rôle extrêmement important. La perception des collègues du même service comme prêt est le facteur le plus prédictif. Les variables institutionnelles, concernant l'hôpital, ont également une influence sur le sentiment d'être prêt. La variable la plus importante concerne leur capacité à fournir des ressources humaines suffisantes. Dans le contexte de la crise du COVID-19, l'insuffisance des ressources humaines ou matérielles ont été mis en évidence (Drogrey et al., 2020 ; Oulehri & Rolling, 2020). Ainsi, les résultats montrent que les personnels hospitaliers considèrent leur gestion de ces situations comme un processus collectif, dépendant à la fois de leurs collègues proches et des capacités de leurs institutions. Des études ont déjà montré que la

perception de leur lieu de travail comme non préparé influence négativement la perception de leur préparation à la gestion des catastrophes (Goniewicz et al., 2020 ; Lam et al., 2018).

L'étude des sentiments d'appartenance ou de confiance envers leurs collègues permet de mieux comprendre ces liens. En effet, Arbon et al. (2003) ont montré que les infirmières sont plus susceptibles de se mobiliser lors de crises sanitaires lorsqu'elles font confiance à leurs leaders et à leurs collègues. De plus, la qualité du leadership est également importante pour l'engagement lors de telles crises (Arbon et al., 2013). Ainsi, selon ces études, nous supposons que l'effet de la dimension collective devrait être différent selon les caractéristiques de la relation entre l'individu et son groupe. Dans cette mesure, notre étude argumente pour l'idée selon laquelle la proximité avec le collègue modère l'effet de la perception des collègues sur sa propre capacité. En effet, lorsque l'item concerne des collègues d'autres services, il est moins influent. Ainsi, la perception de leurs collègues et de leur hôpital comme étant mal préparés à faire face à la pandémie de la COVID-19 pourrait également expliquer les faibles scores de perception de sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers. Au-delà d'un réel manque de préparation, la littérature et ces résultats suggèrent qu'il pourrait être intéressant d'explorer les techniques de leadership et la confiance en leurs collègues.

7.4.4 Application du modèle de la TCP

7.4.4.1 Résumé des résultats

Les résultats montrent que les participants ont un score d'intention comportementale élevé. Les comportements de préparation sont perçus comme moyennement plaisants (6,61/10) et distrayants (6,20/10), ils sont cependant perçus comme prudents (8,47/10) et utiles (8,51). Ces comportements sont perçus comme plus faciles que difficiles, mais leur score étant de 6,26 sur 10 (10 correspond à une perception des comportements comme très faciles), leur perception de la difficulté est plutôt moyenne. Ils sont perçus comme demandant moyennement des efforts (6,47/10) (10 correspond à une perception des comportements comme demandant peu d'efforts). Les scores de normes descriptives sont relativement élevés. Cependant, si les participants perçoivent une norme injonctive élevée de la part de la société (7,18/10), celle concernant leur collègue est relativement faible (5,57/10). Les participants perçoivent que leurs collègues se préparent (7,44/10 pour les collègues de service et 7,50 pour les collègues hors

service), mais que ces derniers ne pensent pas aussi fortement qu'ils doivent se préparer. Les matrices de corrélations montrent que les facteurs de la TCP (contrôle comportemental, attitude et norme) sont en lien avec l'intention comportementale. La force de ces liens est cependant faible. La perception de la préparation individuelle ainsi que le sentiment d'être prêt sont positivement corrélés à l'intention comportementale. Là encore, la force de ces liens n'est pas élevée. Le modèle de régression linéaire multiple n'a pas un R^2 très important ($R^2=0,12$). Le premier modèle explique 12 % de la variance de l'intention comportementale de se préparer avec quatre facteurs. Les variables les plus importantes sont le contrôle comportemental ($\beta=19^{***}$), la norme descriptive des collègues de service ($\beta=19^{***}$), la norme injonctive provenant de la société ($\beta=13^{**}$) et l'attitude expérientielle affective ($\beta=11^*$). L'ajout des variables « sentiment d'être prêt » et « perception de la préparation individuelle » de dans la seconde régression linéaire multiple ne modifie pas les facteurs du modèle et leur ordre. Les modifications des bêtas sont insignifiantes.

7.4.4.2 Application de la TCP : un modèle de prédiction efficace ?

Les résultats montrent des liens significatifs entre les facteurs de la TCP et l'intention comportementale de se préparer à gérer une SSE. Ce qui suggère que le modèle peut effectivement être appliqué dans ce contexte. Ces résultats sont concordants avec la littérature sur les comportements de préparation dans la population générale (McIvor & Paton, 2007 ; Najafi et al., 2017 ; Vinnell, 2020). Plus précisément, les normes ont un lien significatif fort avec l'intention de se préparer. Ce résultat corrobore celui de McIvor et Paton : dans le cadre du risque sismique, ces auteurs montrent que l'évaluation positive de l'adoption des mesures de protection par l'entourage important (famille, amis, etc.) influence les croyances individuelles au sujet de l'efficacité de ces mesures (McIvor & Paton, 2007). Ainsi, nous supposons que notre résultat concernant les normes peut s'expliquer par la modification des croyances individuelles des participants. D'après la littérature, la norme injonctive est plus prédictrice de l'intention que la norme descriptive (Manning, 2009). Ceci est également le cas dans le cadre des comportements de santé (McEachan et al., 2016). Si nos résultats montrent une tendance inverse, ils ne sont pas suffisamment tranchés pour affirmer que, dans notre cas, ce postulat est invalidé. La littérature montre que, dans le cadre des comportements de santé, l'attitude expérientielle est plus prédictrice de l'intention et du comportement que l'attitude instrumentale (McEachan et al., 2016). Nos résultats sont cohérents avec ces données pour

l'attitude expérientielle affective, mais pas pour l'attitude expérientielle liée à la difficulté. Selon nos résultats, cette dernière ne rentre pas en compte dans la formation de l'intention dans ce contexte. Finalement, concernant le contrôle comportemental, dans le cadre des comportements de santé, la capacité (la confiance dans l'exécution du comportement) est plus prédictrice de l'intention et du comportement que l'autonomie (le degré de contrôle perçu) (McEachan et al., 2016). Nous n'avons étudié ici que l'autonomie et non pas la capacité. Cependant, il s'agit dans nos résultats de la variable la plus importante, ce qui est cohérent avec les résultats de la variable contrôle perçu de la littérature (Armitage & Conner, 2001).

Toutefois, la force de ces liens est relativement faible. En effet, les corrélations ont des coefficients faibles et le modèle de régression linéaire n'explique que 12 % de la variance de l'intention comportementale de se préparer à gérer une SSE. Ce R^2 est faible comparativement à la part de variance expliquée par le modèle de la TCP dans le cadre d'autres comportements. En effet, une revue de 154 études ayant appliqué la TCP a rapporté un R moyen de 0,63 (Armitage & Conner, 2001). Une autre revue de 76 études ayant appliqué la TCP pour des comportements de santé a rapporté un R moyen de 0,64 (Godin & Kok, 1996). Cependant, ces revues notent de grands écarts entre les études concernant la valeur R (Armitage & Conner, 2001 ; Godin & Kok, 1996). De plus, les trois facteurs ont des poids différents sur la valeur R en fonction du type de comportement. Plus précisément, l'attitude expérientielle, l'attitude instrumentale et la norme descriptive sont de meilleurs prédicteurs des comportements à risque que des comportements de protection (McEachan et al., 2016). Le comportement de préparation pourrait être considéré comme un comportement de protection. Cependant, il pourrait avoir des spécificités qui le différencieraient de ce type de comportement. Ces différences pourraient expliquer la faible part de variance expliquée dans notre étude. De futures études sur ce sujet sont nécessaires pour comprendre cet écart.

Les facteurs étudiés peuvent donc expliquer au moins en partie l'intention comportementale de se préparer aux SSE. Cependant, d'autres variables doivent être étudiées pour mieux comprendre la formation de l'intention comportementale dans ce contexte. Dans le cadre des comportements de santé, la capacité (la confiance dans l'exécution du comportement) est plus prédictrice de l'intention et du comportement que l'autonomie (le degré de contrôle perçu) (McEachan et al., 2016). Nous n'avons étudié ici que l'autonomie et non pas la capacité. Il serait donc intéressant d'étudier la capacité. En effet, l'ajout de ce facteur pourrait probablement augmenter la part de variance expliquée de notre modèle. De plus, nous proposons que l'inclusion de variables spécifiques aux personnels hospitaliers puisse permettre

une compréhension plus fine du rôle de la profession et des facteurs connexes tels que l'implication professionnelle ou la capacité d'action professionnelle. Notre étude a par exemple proposé d'ajouter le sentiment d'être prêt et la perception de la préparation comme un nouveau facteur.

7.4.4.3 Lien entre l'intention comportementale à se préparer et le sentiment d'être prêt aux SSE

Si le sentiment d'être prêt et la perception de la préparation sont corrélés avec l'intention comportementale de se préparer, lorsque l'on ajoute ces variables dans le modèle de régression linéaire multiple, celui-ci reste inchangé. Ainsi, il ne s'agit pas de variables suffisamment puissantes pour être considérées comme prédictives. En effet, si le modèle de la TCP accepte l'ajout de variables, ces dernières doivent provoquer une augmentation de la variance considérable lorsque les autres variables de la TCP sont présentes (Ajzen, 1991). Nos résultats ne peuvent soutenir cette condition. Cependant, les résultats des corrélations sont intéressants. En effet, il s'agit d'un lien positif. Ainsi, les participants qui ont un sentiment d'être prêt élevé ont aussi une intention de se préparer élevée. Ce qui nous permet de supposer que l'intention comportementale ne résulte pas (ou pas uniquement) d'une évaluation de ses compétences comme insuffisantes. Nous pourrions supposer que ce lien positif s'expliquerait par un profil de participants plus impliqués. La valorisation des SSE ($r_{(397)}=0,21$; $p<0,001$), la capacité personnelle d'action ($r_{(396)}=0,14$; $p<0,01$) et la capacité personnelle d'action professionnelle ($r_{(397)}=0,18$; $p<0,001$) sont effectivement positivement et significativement corrélées à l'intention comportementale dans notre étude. Cependant, les coefficients r montrent que ces effets sont de faibles, voire de moyenne ampleur. Ainsi, des recherches futures sur cette hypothèse doivent être menées.

7.4.5 Limites de l'étude 3

Plusieurs limites doivent être considérées dans cette étude. L'utilisation de la méthode boule de neige peut avoir entraîné un biais d'échantillonnage. En effet, certains hôpitaux contactés ont déclaré qu'ils ne souhaitent pas envoyer le questionnaire à leur personnel afin de ne pas ajouter à leur charge professionnelle déjà en tension. Cette surcharge professionnelle peut très probablement expliquer une part importante des refus de réponses. Ainsi, les répondants

peuvent avoir un profil d'engagement différent par rapport au sujet que les non-répondants. Concernant l'échantillon en lui-même, le groupe des personnels hospitaliers est principalement composé de paramédicaux et de cadres de santé. Les autres professions hospitalières sont très faiblement représentées. L'échantillon ne peut donc pas être considéré comme représentatif des personnels hospitaliers en général. De plus, comme dans toutes les enquêtes, il peut y avoir un biais de réponse, comme la désirabilité sociale. Les participants ont pu surestimer leur niveau de préparation perçue ou leur intention comportementale à se préparer à une future SSE. Ceci est appuyé par les scores élevés que les participants ont aux scores de norme injonctive provenant de la société.

De plus, il peut y avoir des erreurs de mesure, notamment parce qu'il s'agit d'un outil développé et non validé. Par le caractère exploratoire de cette recherche, de nombreuses variables ont été étudiées, mais les outils de mesure ne permettent pas une analyse détaillée de ces concepts. Dans la totalité du questionnaire, les variables étudiées sont nombreuses afin de répondre à nos objectifs exploratoires variés. Cependant, afin de ne pas surcharger le questionnaire, la plupart des variables ont été évaluées par un petit nombre d'items voir des items uniques. L'absence d'utilisation d'échelles validées par la littérature (parfois justifié par leur absence dans le cadre de certaines variables) entraîne une variété de biais inhérents à la méthode. Les éléments évalués manquent donc peut-être de fiabilité. À l'inverse, compte tenu du nombre de variables pouvant être pertinent pour prédire le sentiment d'être prêt et l'intention comportementale de se préparer, les variables étudiées dans cette recherche ne sont pas suffisantes. Cette étude n'est pas assez étendue pour comprendre tous les mécanismes influençant ces variables. Ainsi, le caractère exploratoire de cette recherche permet de répondre à un sujet nouveau dans la littérature par une approche innovante, mais cette nouveauté implique une faiblesse méthodologique au vu des choix que nous avons pris. C'est pourquoi des recherches futures sont donc nécessaires pour mieux comprendre ces processus et les appliquer dans un contexte de crise sanitaire. Elles doivent dans un premier temps approfondir chacun des éléments cités comme importants dans cette étude à l'aide d'une démarche plus solide, comme avec l'utilisation d'échelles validées ou une démarche transversale avec l'étude du comportement direct de préparation pour préciser les effets montrés par cette étude. Pour l'étude de l'intention de se préparer, le facteur contrôle comportemental perçu est par exemple composé de la capacité et de l'autonomie (Ajzen, 2002) et nous n'avons pas évalué l'autonomie. De même, nous n'avons employé que des mesures directes. L'emploi de mesures indirectes, comme la mesure des croyances à propos des comportements, pourrait apporter des précisions

utiles à la compréhension des processus en jeu (Francis et al., 2004). Puis c'est par la multiplication de ces études pour différents facteurs que nous pourrions parvenir à une meilleure compréhension des mécanismes globaux. De plus, nous supposons que les données sont dépendantes du contexte sanitaire exceptionnel présent lors du recueil des données. Ce contexte a pu constituer l'opportunité de recueillir des données dans une situation susceptible d'augmenter l'intérêt des personnels pour leur préparation. Ce qui a potentiellement permis d'interroger des personnels hospitaliers qui ne se seraient habituellement pas intéressés à ce sujet. De plus, il permet de documenter la recherche sur l'articulation de ces concepts au moment même de la survenue d'une SSE, ce qui est rare au vu de leur faible fréquence. Ce contexte constitue toutefois une situation très spécifique, c'est pourquoi les futures études devront prendre en compte le contexte sanitaire pour étudier les possibles évolutions des scores et les mécanismes d'influence en l'absence de crise sanitaire imminente.

À RETENIR

À l'inverse des deux premières études, cette troisième étude adopte une démarche quantitative afin de répondre à 4 objectifs principaux : explorer les représentations associées à trois événements potentiellement SSE ; mesurer le sentiment d'être prêt aux SSE ; le sentiment d'être prêt à la COVID-19 et mesurer l'intention comportementale ainsi que leurs déterminants. 1153 participants dont 408 personnels hospitaliers ont répondu à un questionnaire en ligne. Selon leur nature, les données ont fait l'objet d'analyses prototypiques et de similitude, de corrélations de Pearson, d'ANOVA et de régressions linéaires multiples. Les associations aux événements étudiés sont majoritairement spécifiques à chaque situation proposée (*i.e.* attentat, épidémie, inondation). Leur lien avec la SSE est faible. Les résultats ne montrent pas de différences majeures entre les deux populations étudiées concernant leur contenu associatif. Les hospitaliers perçoivent les situations potentiellement SSE comme plus probables et s'y identifient plus que la population générale. Le sentiment d'être prêt aux SSE est moyen et n'est pas uniquement dépendant de la préparation déclarée. Si le sentiment d'auto-efficacité personnelle est le prédicteur le plus important du sentiment d'être prêt, des facteurs collectifs sont également importants, alors que les facteurs étudiés pour évaluer la perception de la situation ne montrent pas de liens significatifs avec le sentiment d'être prêt aux SSE. De même, les personnels ne se sentent que moyennement prêts pour gérer la pandémie de la COVID-19. Ce sentiment est lié à l'expérience directe et indirecte, à des facteurs collectifs et institutionnels. Enfin, l'intention comportementale à se préparer aux SSE est élevée. Cependant, les variables supposées prédicteurs de l'intention (attitude, norme et contrôle comportemental) ne prédisent qu'une faible part de la variance de l'intention comportementale. Le sentiment d'être prêt est positivement et faiblement lié à l'intention de se préparer aux SSE.

8. CHAPITRE 8 : IMPACT DE L'EXPERIENCE DE LA COVID-19 SUR LA PREPARATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS AUX SSE



8.1 OBJECTIFS DE L'ETUDE 4

Les trois premières études de la thèse ont permis de mieux identifier les représentations des personnels hospitaliers associées aux SSE et leur préparation à ces situations et de mieux définir le sentiment d'être prêt aux SSE. En effet, les résultats permettent de le mesurer et d'identifier les facteurs prédictifs de ce sentiment, dans le cadre d'une SSE en règle générale et dans le cadre réel d'une crise imminente : la pandémie de la COVID-19. La troisième étude a permis d'explorer les liens entre ce sentiment et l'intention comportementale. Finalement, elle a permis de montrer l'intérêt de la théorie du comportement planifié dans ce contexte. La troisième étude ayant été réalisée avant le premier pic de la COVID-19 en France, il nous a semblé pertinent de reproduire cette même étude à une autre période, juste après ce premier pic et avant un hypothétique second pic. Au moment du recueil des données, le contexte sanitaire était encore incertain, les personnels hospitaliers ne pouvaient pas savoir s'il y aurait ou non un second pic. Ainsi, cette quatrième étude permet de poursuivre les recherches entamées lors de l'étude 3 en étudiant les mêmes facteurs après la survenue d'une SSE déstabilisant l'hôpital. Les objectifs de cette quatrième étude sont :

- (1) Explorer l'évolution des représentations de trois événements potentiellement SSE, après la première vague de la COVID-19¹⁸ ;
- (2) Explorer les différences d'évolution des représentations de trois événements potentiellement SSE, entre la population générale et le personnel hospitalier, après la première vague de la COVID-19 ;
- (3) Explorer l'évolution de la perception du risque de trois événements potentiellement SSE, après la première vague de la COVID-19 ;
- (4) Explorer les différences d'évolution de la perception du risque de trois événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier, après la première vague de la COVID-19 ;
- (5) Explorer l'évolution de l'implication professionnelle liée aux événements potentiellement SSE, après la première vague de la COVID-19 ;
- (6) Explorer les différences d'évolution de l'implication professionnelle liée aux événements potentiellement SSE entre la population générale et le personnel hospitalier, après la première vague de la COVID-19 ;

¹⁸ Lors de cette étude, la pandémie de la COVID-19 n'était pas terminée. Cependant, les hôpitaux n'étaient pas saturés et n'étaient donc pas à l'immédiat en situation de gestion d'une SSE. Ils venaient de vivre une saturation de leur hôpital et envisageaient en revivre une dans les semaines ou mois à venir.

- (7) Explorer l'évolution de score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (8) Explorer l'évolution des facteurs prédicteurs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (9) Explorer l'évolution du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (10) Explorer l'évolution des facteurs prédicteurs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (11) Explorer l'évolution du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (12) Explorer les scores des facteurs prédicteurs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (13) Explorer l'évolution des facteurs prédicteurs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19.

8.2 METHODE

8.2.1 Participants

Les données ont été recueillies auprès d'un échantillon de 1011 participants, dont 477 personnes de la population générale et 534 personnels hospitaliers. Les deux populations sont présentées distinctement. La sélection des participants était la même que pour l'étude 3 (*cf.* chapitre 7, p. 161). Elle a été déterminée par leur profession. Pour le premier groupe, constitué de la population générale, les seules conditions d'inclusion sont de résider en France et de ne pas exercer sa profession à l'hôpital. Pour le second groupe, constitué de personnels hospitaliers, les seules conditions d'inclusion sont de résider en France et d'exercer sa profession, quelle qu'elle soit, à l'hôpital.

8.2.1.1 Population générale

L'échantillon comporte 477 participants n'exerçant pas de profession au sein d'un hôpital. Leur sexe et âge sont présentés dans le tableau suivant (*cf.* Tableau 38).

Tableau 38 – Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction du sexe et de l'âge (N=477)

	Sexe	
	Femme (n=351)	Homme (n=126)
Moyenne d'âge	37,55	33,92
Écart-type d'âge	10,98	10,17

Les participants appartiennent à des catégories professionnelles variées (*cf.* Tableau 39).

Tableau 39 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur catégorie professionnelle (N=477)

	Fréquence	Pourcentage
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	19	4 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	94	20 %
Professions intermédiaires	54	11 %
Employés	189	40 %
Ouvriers	9	2 %
Retraités	16	3 %
Étudiants	71	15 %
Sans activité professionnelle	25	5 %

Comme pour l'étude 3, concernant la famille professionnelle, le domaine de la santé, de l'action sociale, culturelle et sportive est surreprésenté (40,7 % de l'échantillon ; cf. Tableau 40).

Tableau 40 - Répartition des participants n'exerçant pas leur profession dans un hôpital en fonction de leur famille professionnelle (N=477)

	Fréquence	Pourcentage
Agriculture, marine, pêche	9	2 %
Bâtiment, travaux publics	8	2 %
Électivité, électronique	3	<1 %
Mécanique, travail des métaux	4	<1 %
Industries de process	2	<1 %
Matériaux souples, bois, industries graphiques	2	<1 %
Maintenance	5	1 %
Ingénieurs et cadres de l'industrie	14	3 %
Transports, logistique et tourisme	14	3 %
Artisanat	5	1 %
Gestion, administration des entreprises	19	4 %
Informatique et télécommunications	18	4 %
Études et recherche	40	8 %

Administration publique, Professions juridiques, armée et police	21	4 %
Banque et assurances	5	1 %
Commerce	25	5 %
Hôtellerie, restauration, alimentation	15	3 %
Services aux particuliers et aux collectivités	17	4 %
Communication information art et spectacle	16	3 %
Santé, action sociale, culturelle et sportive	194	41 %
Enseignement, formation	41	9 %
Politique, religion	0	0 %

Enfin, 15 des participants n'ont aucun diplôme (1,88 %), 45 ont un CAP ou un BEP (9,4 %), 103 un baccalauréat (21,6 %), 83 un Bac+2 (17,4 %), 95 un Bac+3 (19,9 %), 115 un Bac+5 (24,1 %) et 21 un Bac+8 (4,4 %). 82 départements différents de France métropolitaine et d'outre-mer sont représentés.

8.2.1.2 Personnels hospitaliers

L'échantillon comporte 534 personnels hospitaliers. Leur sexe et âge sont présentés dans le tableau suivant (*cf.* Tableau 41).

Tableau 41 - Répartition des personnels hospitaliers en fonction du sexe et de l'âge (N=534)

	Sexe	
	Femme (n=470)	Homme (n=64)
Moyenne d'âge	36,90	37,58
Écart-type d'âge	10,40	10,95

L'échantillon est composé de 292 infirmières, 122 aides-soignantes, 3 adjoints administratifs, 29 cadres de santé, 20 psychologues, 24 médecins, 6 personnels de direction et 9 autres professions différentes. 65 des membres du personnel hospitalier exercent leur profession dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les autres exercent tous en hôpital dans différents services. Certains dans plusieurs services à la

fois. La répartition des professionnels selon les services est disponible sous forme de tableaux en annexe (*cf.* Annexe 9). 89 départements de France et départements d'outre-mer sont représentés. 6 participants n'ont pas de diplôme (1,1 %), 44 ont un certificat de capacité professionnelle ou un certificat d'études professionnelles (8,2 %), 82 un baccalauréat (15,4 %), 47 un Bac+2 ans (8,8 %), 264 un Bac+3 ans (49,4 %), 65 un Bac+5 ans (12,2 %) et 26 un Bac+8 ans ou plus (4,9 %). 186 participants travaillent depuis moins de 5 ans (34,8 %), 106 entre 5 et 10 ans (19,9 %), 84 entre 10 et 15 ans (15,7 %) et 158 depuis plus de 15 ans (29,6 %). 144 participants ont une expérience préalable de la crise sanitaire hors COVID-19 (27,0 %). 484 (90,4 %) déclarent avoir travaillé lors du premier pic de la COVID-19 contre 6,2 % qui déclarent ne pas avoir travaillé et 3,4 % de participants qui n'ont pas répondu.

8.2.2 Procédure et outils

Afin de permettre la comparaison des résultats, la procédure est semblable à celle de l'étude 3 (*cf.* chapitre 7, p. 164). Une enquête, réalisée à l'aide de la plateforme d'enquête et d'analyse en ligne Qualtrics ©, a été diffusée selon la méthode dite « boule de neige ». Pour cette méthode, les participants communiquent de nouveaux contacts et ceux-ci donnent de nouveaux contacts et ainsi de suite (Vogt & Johnson, 2011). Les participants ont également été invités à diffuser par leurs propres moyens le lien de ce questionnaire à leurs contacts. De plus, 68 hôpitaux (par le biais de leurs directions des soins), 13 agences régionales de santé et des groupes de soignants sur les réseaux sociaux ont été contactés.

Le questionnaire a été diffusé en France du 15 au 22 septembre 2020. En France, le 15 septembre, 268 535 personnes étaient infectées par la COVID-19, 5679 personnes étaient hospitalisées et 30 999 personnes en étaient décédées. Au 20 septembre, 323 521 personnes étaient infectées par la COVID-19, 5375 personnes étaient hospitalisées et 31 285 personnes en étaient décédées (Gouvernement français, 2020). Afin de visualiser le contexte sanitaire présent lors de la passation des questionnaires, les périodes de diffusion du questionnaire de l'étude 3 et de l'étude 4 sont annotées dans la figure ci-dessous (*cf.* Figure 21).

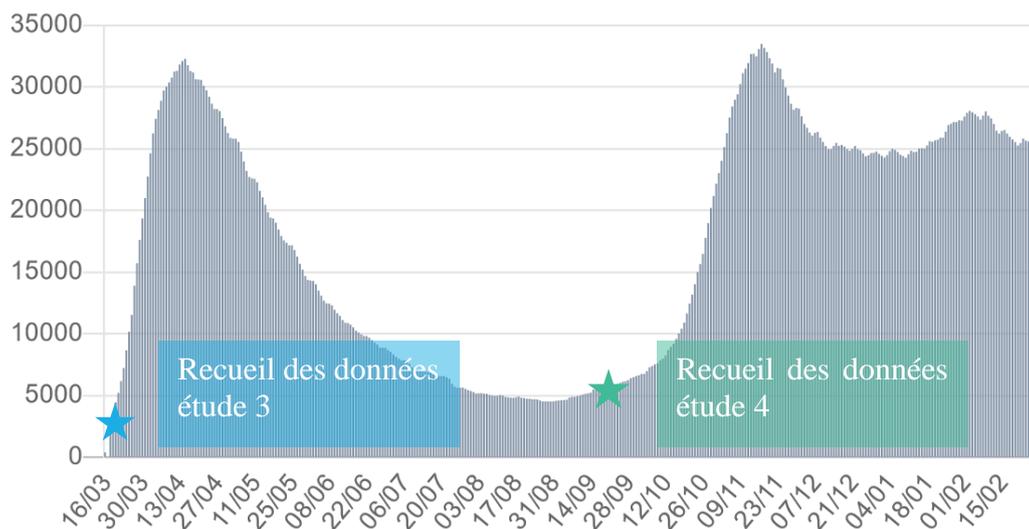


Figure 21 - Nombre de patients atteints de la COVID-19 admises à l'hôpital en France du 16 mars 2020 au 15 février 2021

Comme dans l'étude 3, la première partie du questionnaire correspondait à 3 conditions présentant des situations potentiellement SSE différentes (épidémie, attentat et inondation). Dans le groupe de la population générale, 168 participants ont répondu à la condition épidémie, 168 à la condition attentat et 141 à la condition catastrophe naturelle. Dans le groupe des personnels hospitaliers, 165 participants ont répondu à la condition épidémie, 188 à la condition attentat et 181 à la condition catastrophe naturelle.

Le questionnaire contient 144 items. Il est semblable à celui de l'étude 3 (*cf.* partie 7.2.2, p.164). Deux variables ont été ajoutées à la partie 3 de ce questionnaire :

- La préparation psychologique
- L'expérience de la COVID-19 lors de la première vague

Le plan du questionnaire est disponible dans la figure suivante (*cf.* Figure 22). Les items ajoutés sont présentés en annexe (*cf.* Annexe 10).

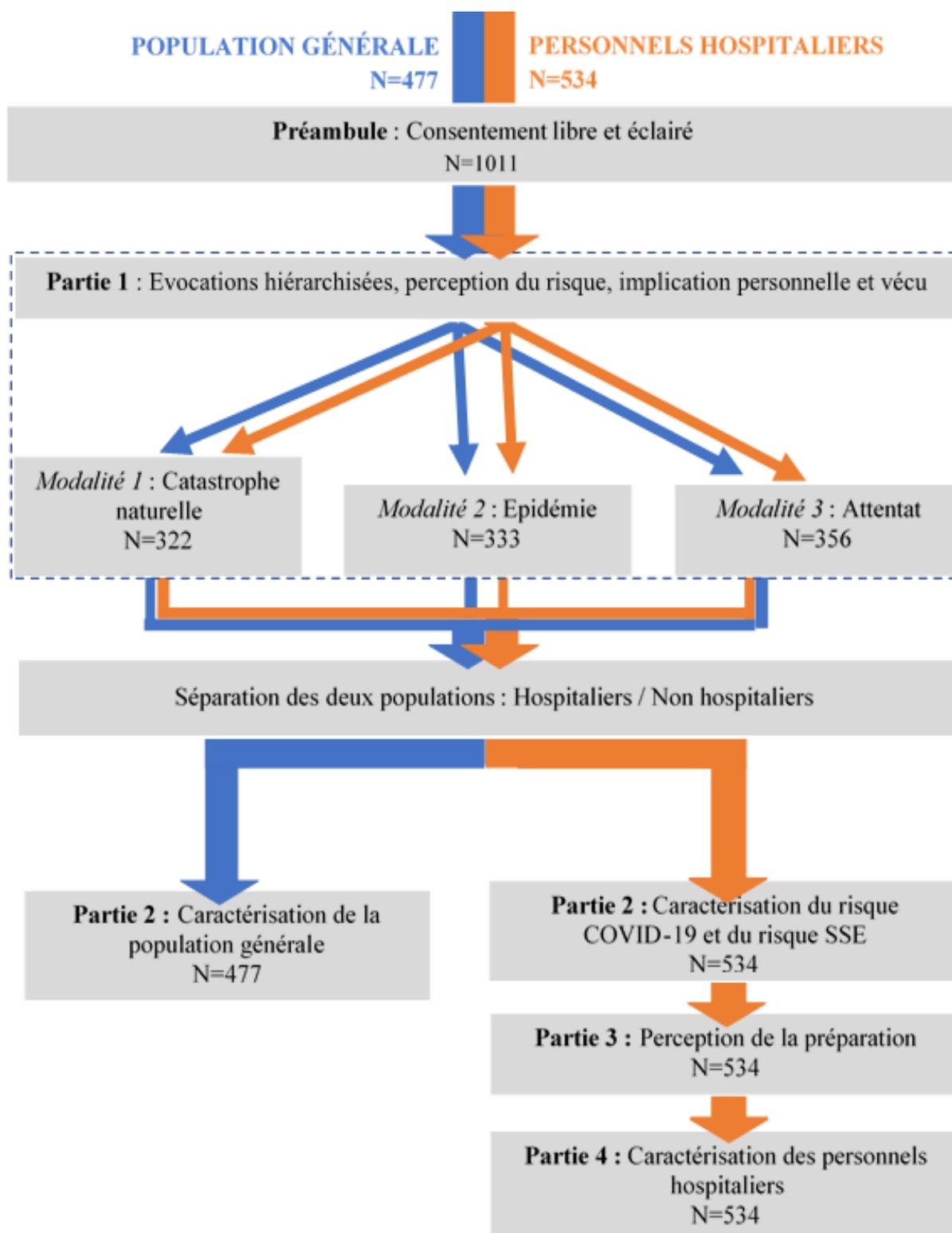


Figure 22 - Plan du questionnaire de l'étude 4

8.2.2.1 La préparation psychologique

La préparation psychologique a été étudiée dans ce second questionnaire. Les items ont été ajoutés dans la partie 3 du questionnaire. 18 items ont été employés pour évaluer cette variable. Ces items sont adaptés de l'échelle « Psychological Preparedness for Disaster Threat Scale (PPDTS) » (Zulch et al., 2012 cité par McLennan et al., 2020). Les items sont sous forme de réponse numérique linéaire en 11 points, allant de 0 à 10. Les items ont été traduits et adaptés au contexte hospitalier. Ces items se divisent en deux dimensions :

- (1) La sous échelle « Anticipation, Awareness and Management (AAM) »
- (2) La sous échelle « Knowledge and Awareness (KA) »

La sous échelle « Anticipation, Awareness and Management (AAM) » — 8 items évaluent l'anticipation, la conscience et la gestion de sa réponse psychologique (McLennan et al., 2020).

La sous échelle « Knowledge and Awareness (KA) » — 10 items évaluent les connaissances et la gestion de l'environnement situationnel externe (McLennan et al., 2020).

8.2.2.2 Expérience de la COVID-19 lors de la première vague

L'expérience de la COVID-19 lors de la première vague a été étudiée dans ce second questionnaire. Les items ont été ajoutés dans la partie 3 du questionnaire. 6 dimensions ont été employées pour évaluer cette variable :

- (1) L'expérience professionnelle de la COVID-19 - le participant a-t-il travaillé à l'hôpital lors de la première vague de la COVID-19 ?
- (2) La perception de la gestion passée de la COVID-19 - deux items évaluent la perception de la bonne gestion professionnelle de la situation de la COVID-19 et la caractérisation des difficultés de gestion auxquels ils ont fait face. Les participants pouvaient sélectionner les difficultés suivantes : matérielles, communicationnelles, émotionnelles, techniques ou d'autres difficultés non citées.

Les réponses aux items suivants se font à l'aide de réponses numériques linéaires, allant de 0 (pas du tout d'accord) à 10 (tout à fait d'accord) :

- (3) La confiance dans les autorités pour la gestion de la COVID-19 ;
- (4) Le sentiment d'avoir été prêt à la gestion de la COVID-19 ;
- (5) La perception de l'impact de l'expérience sur la préparation à la COVID-19 ;

(6) La perception de l'impact de l'expérience sur la préparation aux SSE.

8.2.3 Analyse des données

Une partie des analyses est identique à celle de l'étude 3. Ainsi, les données du questionnaire d'évocation hiérarchisée ont été séparées en 6 corpus qui sont analysés à l'aide des indices de diversité et de rareté, d'analyse prototypique et de similitude¹⁹. Afin de comparer les résultats de ces analyses, nous avons observé les différences. Les fréquences d'occurrences calculées pour les analyses sont les suivantes :

Tableau 42 - Fréquence d'occurrence des associations correspondant à 5 % et 10 % des populations en fonction de la condition

Condition	Population	
	Hospitalière	Générale
Épidémie	N=165	N=168
5 %	9	9
10 %	17	17
Attentat	N=188	N=168
5 %	10	9
10 %	19	17
Catastrophe naturelle	N=181	N=141
5 %	10	8
10 %	19	15

Les données des parties 2, 3 et 4 du questionnaire ont été analysées avec le logiciel SPSS ©. Les scores de diffusion de la responsabilité et de préparation déclarée ont été calculés comme pour l'étude 3 (*cf.* partie 7.2.3., p.173).

Afin de regrouper certains items en facteurs, des analyses ont été réalisées. Les facteurs remplissant ces critères ont été regroupés : tous les items sont corrélés entre eux, le test de sphéricité de Bartlett entre les items est significatif et l'alpha de Cronbach est supérieur à 0,70. Ces facteurs sont les suivants :

¹⁹ Pour plus de précisions, se référer à la partie analyse des données du chapitre 7 de la thèse (p. 173).

- La perception des collègues comme prêts à la COVID-19 (composée d'éléments concernant les collègues du même service hospitalier et ceux hors du service) ($\alpha=0,81$) ;
- La perception de la préparation de l'hôpital à la COVID-19 (composée de la perception de l'hôpital comme prêt, des ressources matérielles et humaines comme étant suffisantes) ($\alpha=0,83$) ;
- La perception de la préparation personnelle à la COVID-19 (composée de la perception de la préparation, la perception des compétences et des connaissances comme suffisantes) ($\alpha=0,73$) ;
- La perception des collègues comme prêts aux SSE (composée d'éléments concernant les collègues du même service hospitalier et ceux hors du service) ($\alpha=0,84$) ;
- La perception de la préparation des collègues aux SSE (composée d'éléments concernant les collègues du même service hospitalier et ceux hors du service) ($\alpha=0,86$) ;
- La perception de la préparation de l'hôpital aux SSE (composée de la perception de l'hôpital comme prêt, des ressources matérielles et humaines comme étant suffisantes) ($\alpha=0,85$) ;
- Le sentiment d'être prêt aux SSE (composée de la perception générale de la préparation, de la perception de la préparation à une situation soudaine et de la perception de la préparation à une situation anticipable) ($\alpha=0,89$) ;
- La perception de la préparation personnelle aux SSE (composée de la perception de la préparation, la perception des compétences et des connaissances comme suffisantes) ($\alpha=0,86$) ;
- Le contrôle comportemental (composé de la perception de pouvoir faire des actions pour améliorer sa perception et de la perception d'être capable de se préparer) ($\alpha=0,84$) ;
- L'attitude expérientielle affective (composée de la perception des comportements de préparation comme agréables et distrayants) ($\alpha=0,78$) ;
- L'attitude instrumentale (composée de la perception des comportements de préparation comme utiles et prudents) ($\alpha=0,92$) ;
- La sous échelle « Anticipation, conscience et gestion de sa réponse psychologique (AAM) » ($\alpha=0,86$) ;

- La sous échelle « Connaissances et gestion de l'environnement situationnel externe (KA) » ($\alpha=0,90$) ;
- L'intention comportementale (composée de l'intention de se préparer davantage à l'avenir aux SSE et de la déclaration de l'intention de se préparer aux SSE dans les mois à venir) ($\alpha=0,89$).

Comme pour l'étude 3, les données ont fait l'objet d'analyses descriptives, de variance, des corrélations de Pearson, simples et partielles, et de régressions linéaires multiples (pas à pas). Pour plus de précisions, se référer à la partie analyse des données du chapitre 7 de la thèse (p. 173). Ensuite, afin de comparer les résultats entre l'étude 3 et 4, nous avons réalisé des tests t de Student et t de Welch permettant de tester la significativité de la différence entre les scores (Miles & Banyard, 2007). Ces tests ont été effectués pour toutes les variables continues de cette partie. Afin de comparer les résultats des corrélations et régressions, nous avons observé les différences de coefficients et de facteurs prédicteurs dans le cas de la régression linéaire multiple.

8.3 RESULTATS

Pour plus de lisibilité, les résultats sont divisés en quatre axes d'analyses :

- (1) Une analyse des représentations, perceptions du risque et implication personnelle liés trois types d'événements potentiellement SSE ;
- (2) Une analyse du sentiment d'être prêt à gérer une SSE ;
- (3) Une analyse du sentiment d'être prêt à gérer la pandémie de la COVID-19 ;
- (4) Une application du modèle TCP.

8.3.1 Représentations, perception du risque et implication personnelle liés aux événements potentiellement SSE

Cet axe d'analyse compare trois types d'événements potentiellement SSE dans deux populations (la population générale et les personnels hospitaliers) afin de mieux comprendre les représentations des personnels hospitaliers associés aux SSE. Les résultats sont comparés avec ceux de l'étude 3. Plus précisément, les objectifs sont :

- (1) Explorer l'évolution de représentations de trois différents événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (2) Explorer l'évolution de la perception du risque de trois événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (3) Explorer l'évolution de l'implication personnelle liée aux événements potentiellement SSE étudiés chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (4) Explorer les différences d'évolution de représentations, perception du risque, implication personnelle entre la population générale et le personnel hospitalier, après la première vague de la COVID-19.

8.3.1.1 Diversité du contenu des corpus

Les indices de diversité et de rareté sont présentés ci-dessous pour chaque corpus (cf. Tableau 43). Les indices de diversité des corpus se situent entre 0,24 et 0,29. Les indices sont relativement similaires entre les deux populations et les trois types d'événements. Les corpus sont moins diversifiés dans ce questionnaire que dans le précédent pour les personnels hospitaliers. Ce n'est pas le cas pour la population générale. Cependant, ces différences sont de faible ampleur.

Tableau 43 - Indices de diversité et pourcentage d'hapax en fonction des populations et modalités

Condition	Population	
	Hospitalière	Générale
Épidémie	N=165	N=168
Indice de diversité	0,29	0,28
Pourcentage d'hapax	73 %	64 %
Attentat	N=188	N=168
Indice de diversité	0,24	0,27
Pourcentage d'hapax	56 %	57 %
Catastrophe naturelle	N=181	N=141
Indice de diversité	0,28	0,28
Pourcentage d'hapax	49 %	55 %

^a L'indice de diversité correspond au rapport du nombre total des réponses différentes sur le nombre total de réponses possible (Nx5)

^b Le pourcentage d'hapax (ou indice de rareté mis en pourcentage) correspond au pourcentage d'associations produites une seule fois parmi le nombre total des réponses différentes

8.3.1.2 Contenu des corpus d'associations

Les résultats des analyses prototypiques sont présentés selon le groupe des participants : personnels hospitaliers puis population générale.

8.3.1.2.1 Personnels hospitaliers

Les associations avec l'inducteur « épidémie » citées par au moins 9 participants du groupe des personnels hospitaliers (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (*cf.* Tableau 44). Le croisement importance-fréquence suggère que les termes « maladie », « virus » et « protection » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « mort », « peur », « contagion » et « vaccin ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 44 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez les personnels hospitaliers (n=165)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,88$)	Faible ($> 2,88$)
Élevée (≥ 17)	Maladie (47 ^a -1,9 ^b)	Mort (53-3,4)
	Virus (31-2,5)	Peur (38-3,5)
	Protection (22-2,6)	Contagion (27-2,9)
		Vaccin (17-3,8)
Faible (< 17)	Contamination (16-2,1)	COVID-19 (16-3,2)
	Hygiène (15-2,7)	Crise (13-3,1)
	Mondial (14-2,8)	Prévention (12-3)
	Plan blanc (10-2,6)	Pandémie (11-4)
	Soins (9-2,4)	Isolement (11-3)
	Organisation (9-2,7)	Traitement (10-3)
	Fatigue (9-1,9)	Stress (9-3,5)
		Danger (9-3)

^a Fréquence

^b Rang

Les associations avec l'inducteur « attentat » citées par au moins 10 participants du groupe des personnels hospitaliers (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (*cf.* Tableau 45). Le croisement importance-fréquence suggère que les termes « mort », « blessés », « horreur », « victimes », « urgence » et « traumatisme » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations

fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « peur » et « terroristes ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 45 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez les personnels hospitaliers (n=188)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,76$)	Faible ($> 2,76$)
Élevée (≥ 19)	Mort (106 ^a -2,6 ^b)	Peur (64-3)
	Blessés (41-2,6)	Terroristes (36-3,1)
	Horreur (29-2,2)	
	Victimes (25-2,1)	
	Urgence (22-1,8)	
	Traumatisme (19-2,5)	
Faible (< 19)	Catastrophe (14-2,4)	Armes (17-3,5)
	Panique (12-2,7)	Sang (17-3,7)
	Terreur (11-1,9)	Guerre (15-3,6)
		Violence (15-2,8)
		Tristesse (15-3)
		Bombe (13-3,2)
		Plan blanc (13-3,6)
		Stress (12-2,8)
		Secours (11-3,2)
		Meurtre (10-3,2)

^a Fréquence

^b Rang

Les associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » citées par au moins 10 participants du groupe des personnels hospitaliers (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrences (élevé vs. faible) (cf. Tableau 46). Le croisement importance-fréquence suggère que les termes « mort », « tsunami », « peur » et « dégât » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « inondation », « ouragan », « tremblement de terre » et « tempête ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 46 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » chez les personnels hospitaliers (n=181)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,83$)	Faible ($> 2,83$)
Élevée (≥ 19)	Mort (55 ^a -2,8 ^b) Tsunami (43-2,7) Peur (23-2) Dégât (20-2,4)	Inondation (42-3,1) Ouragan (27-3,1) Tremblement de terre (25-3,5) Tempête (20-3,6)
Faible (< 19)	Destruction (15-2,3) Urgences (14-2) Changement climatique (13-2,2) Blessés (13-2) Tristesse (12-2,5) Incendie (11-2,7)	Séisme (17-2,9) Danger (12-3,1) Pandémie (10-3,5) Feu (10-3,4) Tornade (10-3,9)

^a Fréquence

^b Rang

8.3.1.2.2 Population générale

Les associations avec l'inducteur « épidémie » citées par au moins 9 participants du groupe de la population générale (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 47). Le croisement importance-fréquence suggère que les termes « maladie », « virus », « contagion », « peur », « protection » et « danger » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « mort », « covid-19 », « vaccin » et « confinement ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 47 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « épidémie » chez la population générale, étude 4 (n=168)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,83$)	Faible ($> 2,83$)
Élevée (≥ 17)	Maladie (83 ^a -2,3 ^b) Virus (52-2,8) Contagion (35-2,3) Peur (23-2,5) Protection (19-2,8) Danger (18-2,8)	Mort (58-3,4) Covid-19 (22-3,3) Vaccin (21-3,6) Confinement (18-3,8)

Faible (< 17)	Pandémie (15-2,8) Contamination (14-2) Propagation (13-2,8) Blessés (13-2) Santé (10-2,3) Grave (9-2,6)	Grippe (14-3,8) Masque (12-2,9)
-------------------	--	------------------------------------

^a Fréquence

^b Rang

Les associations avec l'inducteur « attentat » citées par au moins 9 participants du groupe de la population générale (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 48). Le croisement importance-fréquence suggère que les termes « mort », « peur », « terroriste » et « horreur » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « bombe », « violence » et « arme ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 48 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez la population générale, étude 4 (n=168)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,77$)	Faible ($> 2,77$)
Élevée (≥ 17)	Mort (80 ^a -2,5 ^b) Peur (56-2,5) Terroriste (53-2,5) Horreur (20-2,3)	Bombe (29-3) Violence (27-2,8) Arme (19-3,5)
Faible (< 17)	Victime (15-2,6) Guerre (13-2,5) Panique (12-1,9) Terreur (10-2,2) Danger (9-2,7)	Sang (15-3,5) Blessé (15-2,9) Tristesse (15-4,3) Tuerie (11-2,9) Explosion (11-3,5) Charlie hebdo (11-3,1) 2015 (10-3,9)

^a Fréquence

^b Rang

Les associations avec l'inducteur « catastrophe naturelle » citées par au moins 8 participants du groupe de la population générale (5 %) sont présentées ci-dessous. Elles sont catégorisées en fonction de leur rang d'importance moyen (élevé vs. faible) et de leur fréquence

d'occurrence (élevé vs. faible) (cf. Tableau 49). Le croisement importance-fréquence suggère que les termes « tsunami », « mort » et « séisme » sont les associations les plus fréquentes et considérées comme les plus importantes. Les associations fréquentes, mais considérées comme moins importantes sont « inondation », « tremblement de terre », « éruption volcanique », « incendie », « peur », « ouragan », « tempête » et « dégât ». Les associations moins fréquentes sont visibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 49 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « attentat » chez la population générale, étude 4 (n=141)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,86$)	Faible ($> 2,86$)
Élevée (≥ 15)	Tsunami (38 ^a -2,7 ^b) Mort (32-2,6) Séisme (16-2,8)	Inondation (46-3,1) Tremblement de terre (29-3) Éruption volcanique (21-3,3) Incendie (20-3,5) Peur (19-2,9) Ouragan (17-3,4) Tempête (16-3) Dégât (15-2,9)
Faible (< 15)	Réchauffement climatique (12-1,9) Danger (11-1,6) La nature reprend ses droits (10-1,7) Victime (9-1,9)	Tornade (13-3) Cyclone (9-2,9) Feu (9-3,1) Sècheresse (8-3,3)

^a Fréquence

^b Rang

8.3.1.2.3 Comparaison entre population générale et personnels hospitaliers

Concernant la condition « épidémie », 39 % des associations produites par les personnels hospitaliers sont communes à celles produites par la population générale. C'est 13 % de moins que dans l'étude précédente. Hormis les hapax, 37 associations sont citées exclusivement par les personnels hospitaliers. Les plus fréquentes sont : « nombreuses victimes » (n=8), « afflux de patients » (n=7), « infection » (n=7), « charge de travail » (n=6), « manque », (n=6), « urgence » (n=6), « équipement » (n=5), « anticipation » (n=4), « gestion » (n=4).

Concernant la condition « attentat », 47 % des associations produites par les personnels hospitaliers sont communes à celles produites par la population générale. C'est 7 % de moins

que dans le questionnaire précédent. Hormis les hapax, 28 associations sont citées exclusivement par les personnels hospitaliers. Les plus fréquentes sont : « plan blanc » (n=13), « meurtre » (n=10), « nombreuses victimes » (n=9), « afflux de patients » (n=9), « damage control », (n=5), « organisation » (n=5), « famille » (n=4), « fous » (n=4), « médecine de guerre » (n=4).

Concernant la condition « catastrophe naturelle », 43 % des associations produites par les personnels hospitaliers sont communes à celles produites par la population générale. C'est 3 % de moins que dans le questionnaire précédent. Hormis les hapax, 42 associations sont citées exclusivement par les personnels hospitaliers. Les plus fréquentes sont : « feu de forêt » (n=5), « inévitable » (n=5), « attentat » (n=4), « incontrôlable » (n=4), « argent », (n=3), « reconstruire » (n=3), « santé » (n=3), « soins » (n=3), « terreur » (n=3) et « travail » (n=3).

8.3.1.2.4 Comparaison entre les types d'événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers

30 associations sont communes à l'ensemble des trois conditions pour les personnels hospitaliers. Ces éléments communs représentent 12,50 % des associations de la condition épidémie, 13,45 % de la condition attentat et 11,67 % de la condition catastrophe naturelle.

Les associations les plus citées (au moins par 2 participants dans chaque condition) par ordre d'importance en termes de fréquences sont : « mort », « peur », « urgence », « plan blanc », « danger », « stress », « crise », « organisation », « nombreuses victimes », « angoisse », « panique », « soins », « entraide », « grave » et « souffrance ». Ces associations peuvent se catégoriser en trois thèmes : les associations relatives aux émotions (*i.e.* « peur », « stress » ou « angoisse »), les associations relatives à la pratique professionnelle (*i.e.* « plan blanc », « organisation » ou « soins ») et les associations relatives aux caractéristiques des SSE en règle générale (*i.e.* « mort », « grave », ou « crise »).

8.3.1.3 Organisation des associations des corpus

8.3.1.3.1 Personnels hospitaliers

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « épidémie » pour les personnels hospitaliers est visible ci-dessous (cf. Figure 23).

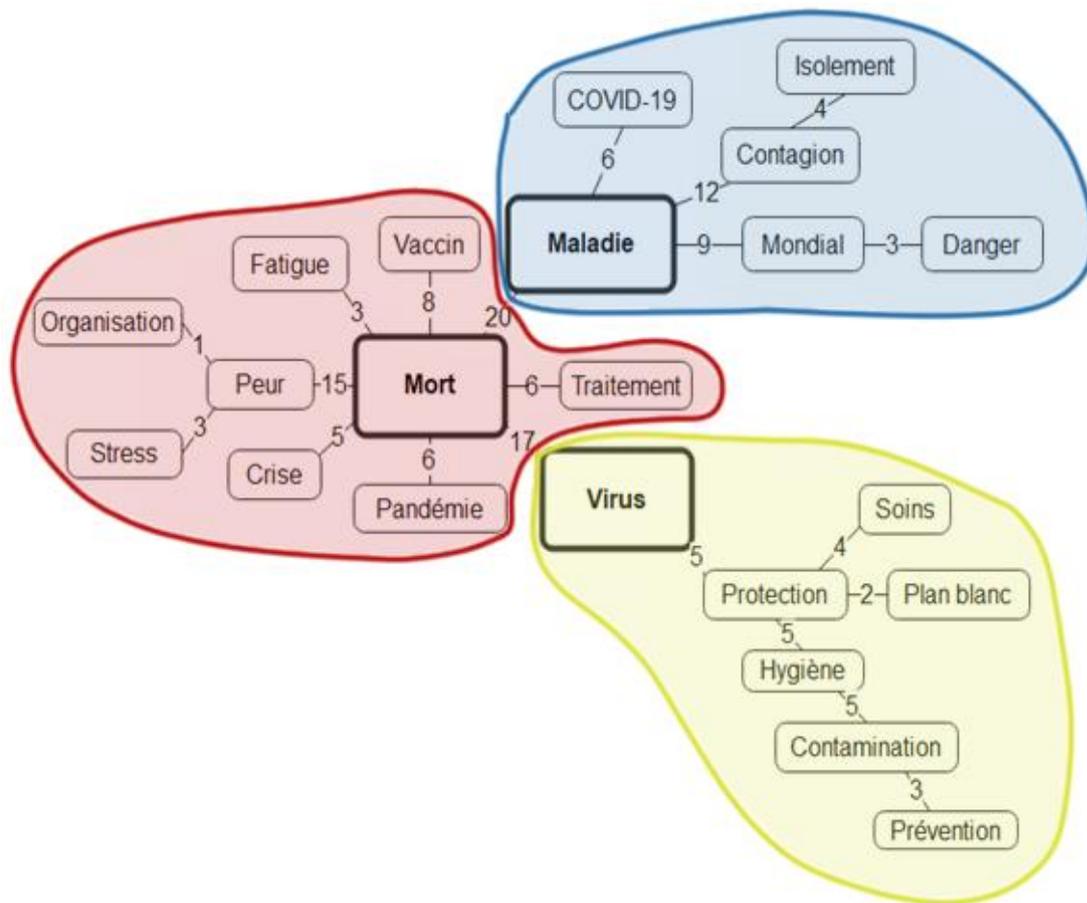


Figure 23 - Graphe de l'analyse de similitude des associations de la condition épidémie des personnels hospitaliers (N=165)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « attentat » pour les personnels hospitaliers est visible ci-dessous (cf. Figure 24).

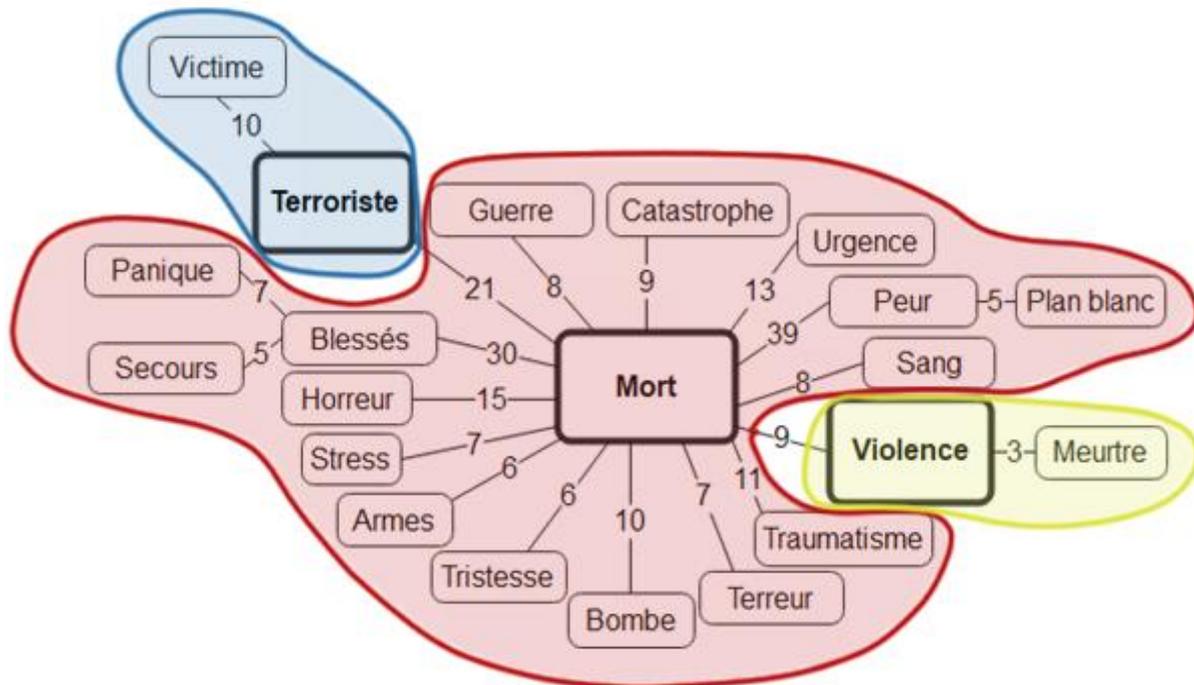


Figure 24 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition attentat des personnels hospitaliers (N=188)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « catastrophe naturelle » pour les personnels hospitaliers est visible ci-dessous (cf. Figure 25).

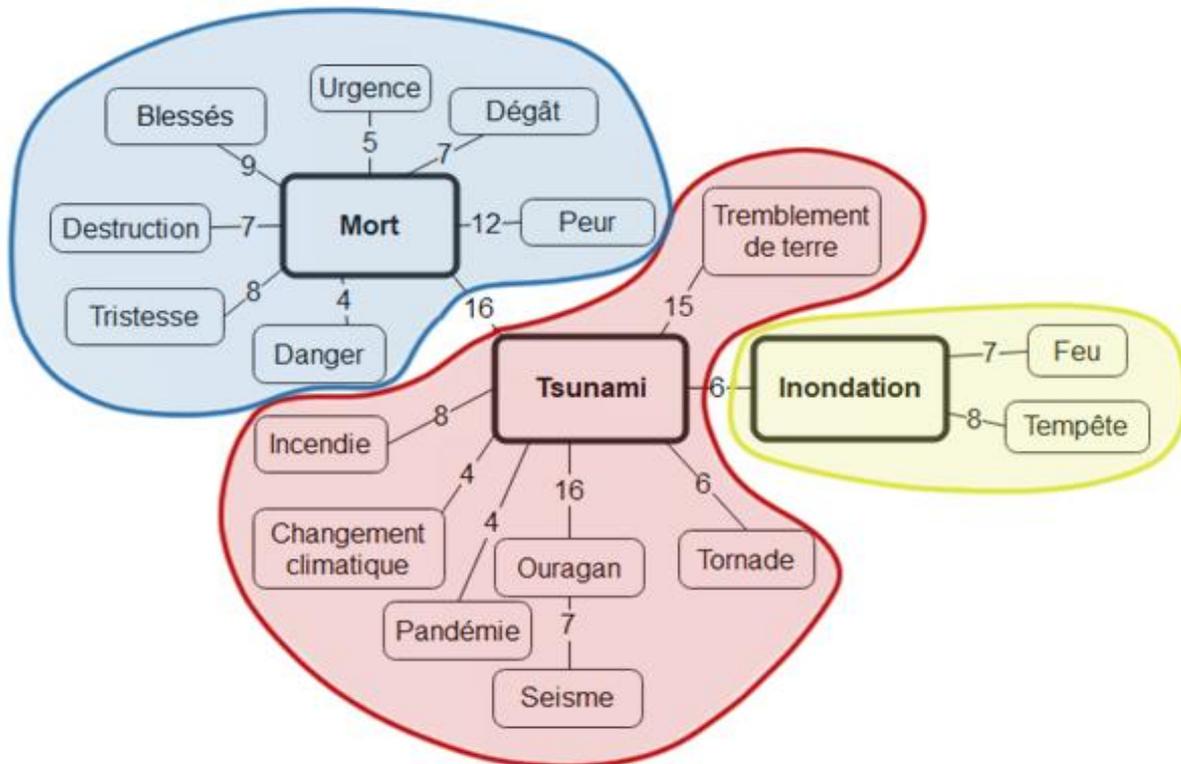


Figure 25 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition catastrophe naturelle des personnels hospitaliers (N=181)

8.3.1.3.2 Comparaison entre les événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers

Les analyses de similitudes montrent cependant des différences dans les graphes entre les trois événements potentiellement SSE étudiées. Les associations de la condition « épidémie » se structurent en fonction de trois halos, l'un centré autour du terme « virus », les autres autour des termes « maladie » et « mort ». Pour la condition « attentat », les associations se structurent principalement autour du terme « mort » avec des halos secondaires qui regroupent très peu d'associations structurées autour des termes « terroristes » et/ou « violence ». Enfin, les associations de la condition « catastrophe naturelle » se structurent autour de trois halos, autour des termes « inondation », « tsunami » et « mort ». Dans les trois conditions, le terme « mort » est structurant. Aucune autre similarité en termes de structuration

des associations n'est observable. Là encore, les résultats sont semblables à ceux de l'étude 3. Pour la condition « épidémie », l'induit « mort » se dégage en un troisième halo, mais le reste du graphe est similaire. Pour la condition « attentat », de nouveaux halos apparaissent, mais la structure reste principalement autour du terme « mort », comme pour l'étude 3. Enfin, pour la condition « catastrophe naturelle », le halo solidarité disparaît chez la population générale, sinon, la structure est semblable.

8.3.1.3.3 Population générale

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « épidémie » pour la population générale est visible ci-dessous (cf. Figure 26).

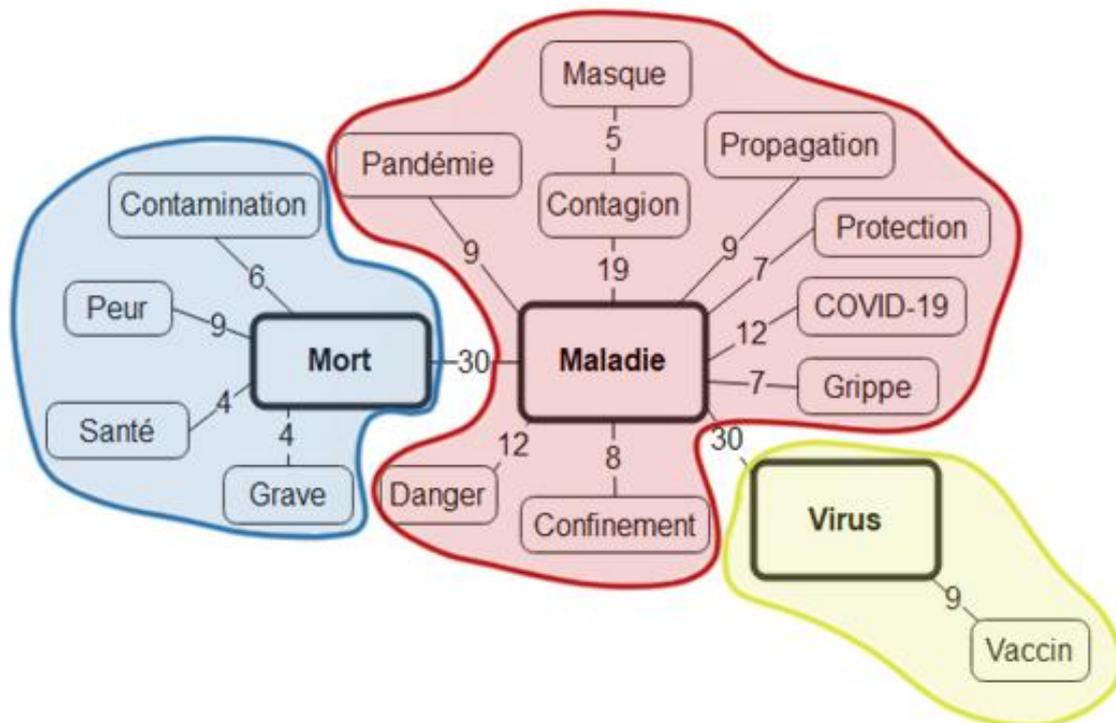


Figure 26 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition épidémie de la population générale (N=168)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « attentat » pour la population générale est visible ci-dessous (cf. Figure 27).

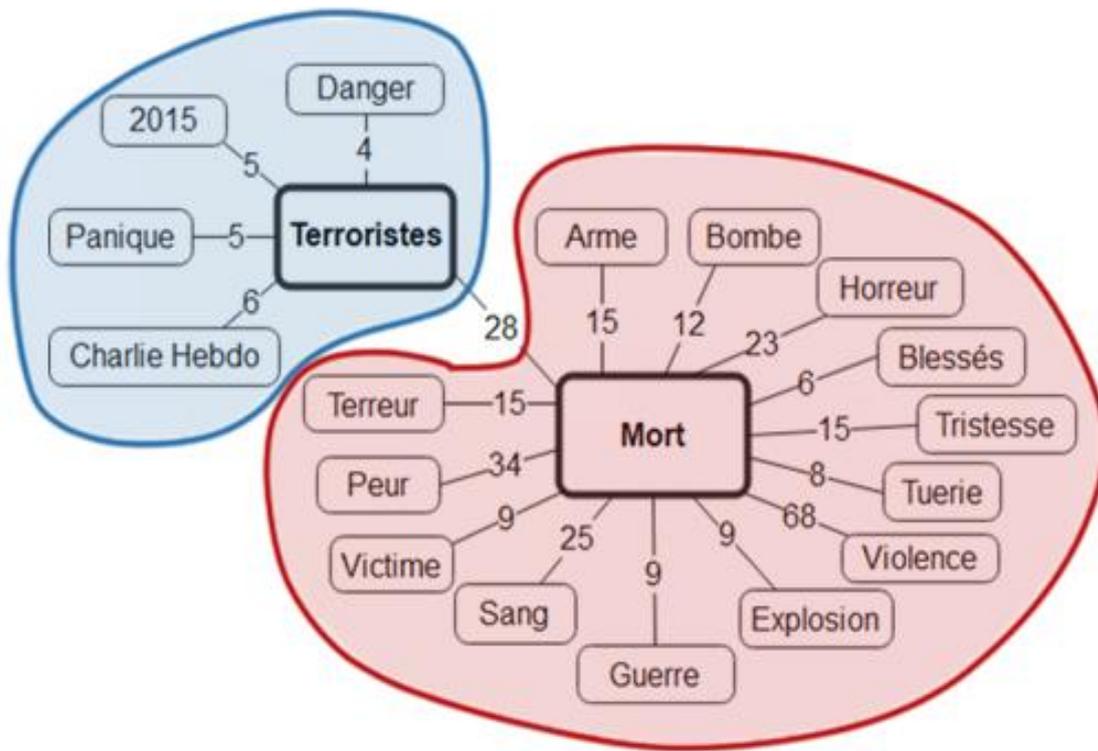


Figure 27 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition attentat de la population générale (N=168)

Le graphe provenant de l'analyse de similitude avec communauté et halo des associations de l'inducteur « catastrophe naturelle » pour la population générale est visible ci-dessous (cf. Figure 28).

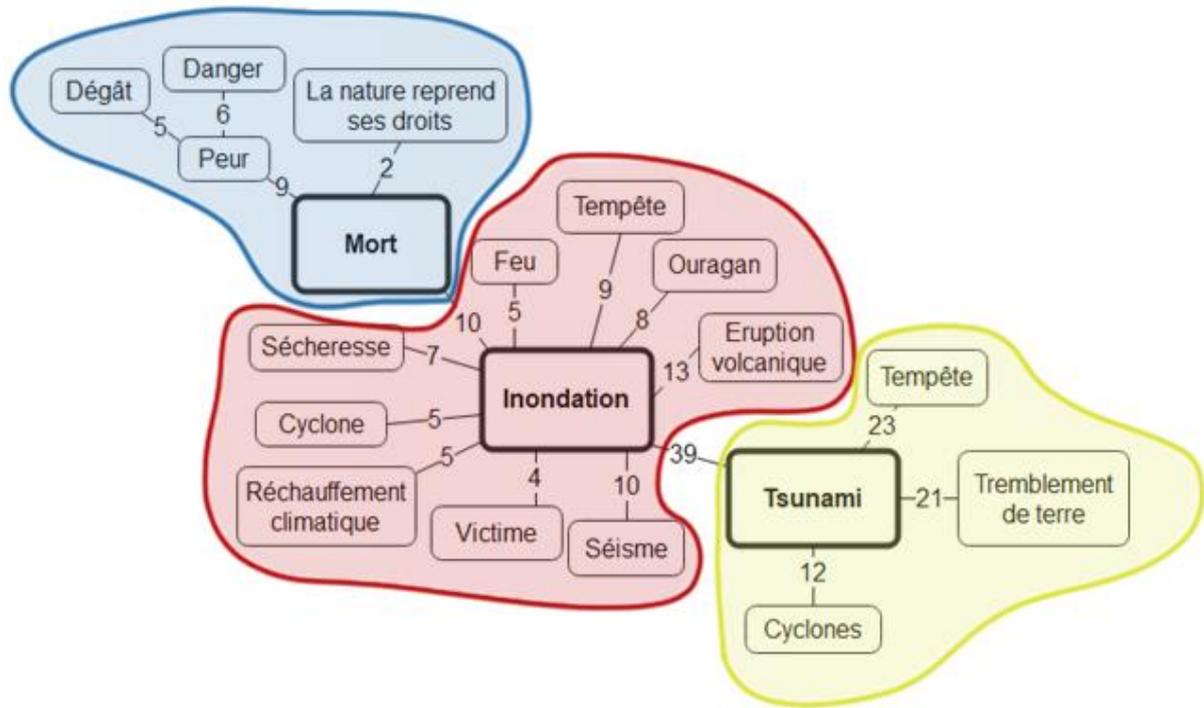


Figure 28 - Graphe de l'analyse de similitude associations de la condition catastrophe naturelle de la population générale (N=141)

8.3.1.3.4 Comparaison entre les populations

Les analyses de similitudes ne montrent pas de différences flagrantes entre les deux populations. Les graphes concernant la condition « épidémie » ont les mêmes halos, ce qui suggère que l'organisation des associations est similaire pour les deux groupes étudiés. Les graphes concernant la condition attentat ont un halo supplémentaire autour de l'induit « violence ». Les graphes concernant la condition « catastrophe naturelle » ont les mêmes halos, mais sont centrés autour de l'induit « tsunami » pour les personnels hospitaliers alors qu'ils le sont autour de l'induit « inondation » pour la population générale. Ce résultat est similaire à celui de l'étude 3.

8.3.1.4 Analyse de la perception du risque

Les résultats descriptifs permettent d'observer les moyennes associées aux différentes variables de la perception du risque des événements étudiés et des SSE en règle générale. Afin de comparer ces scores entre les personnels hospitaliers et la population générale, des tests t de Student et de Welch ont été réalisés (cf. Tableau 50). Nos résultats montrent des différences significatives des scores moyens entre les personnels hospitaliers et la population générale concernant la probabilité perçue des trois événements et la gravité perçue de la situation épidémie et de la situation attentat. Les participants exerçant leur profession dans un hôpital montrent des scores plus élevés que les autres.

Tableau 50 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant la perception du risque des types d'événements étudiés des personnels hospitaliers et de la population générale en fonction de la population

Dimensions	Personnels hospitaliers		Population générale		t
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Condition épidémie					
Probabilité perçue	7,76	1,96	6,68	2,50	t=-4,37 ; p<0,001
Gravité perçue	7,81	1,65	7,33	2,15	t=-2,25 ; p<0,05
Crainte perçue	7,05	2,34	6,76	2,22	t=1,17 ; ns
Condition attentat					
Probabilité perçue	5,69	2,41	4,73	2,48	t=3,69 ; p<0,001
Gravité perçue	9,07	1,32	8,56	1,83	t=-2,99 ; p<0,005
Crainte perçue	4,18	2,61	3,97	2,83	t=0,73 ; ns
Condition catastrophe naturelle					
Probabilité perçue	7,34	2,07	6,82	2,07	t=2,21 ; p<0,05
Gravité perçue	8,79	1,14	8,55	1,37	t=-1,70 ; ns
Crainte perçue	4,86	2,63	4,64	2,61	t=0,74 ; ns
Condition situation sanitaire exceptionnelle					
Probabilité perçue	7,50	2,13			
Gravité perçue	8,12	1,53			
Crainte perçue	5,00	2,63			

Afin de comparer ces scores entre l'étude 3 et 4, des tests t de Student et de Welch ont été réalisés (cf. Tableau 51). Nos résultats montrent des différences significatives des scores moyens entre l'étude 3 et 4 concernant la gravité perçue de la condition attentat, la probabilité perçue et la gravité perçue de la condition catastrophe naturelle.

Tableau 51 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant la perception du risque des types d'événements étudiés des personnels hospitaliers en fonction de l'étude 3 ou 4

Variables	Étude 3		Étude 4		t
	Score moyen	Écart-Type	Score moyen	Écart-Type	
Condition épidémie					
Probabilité perçue	7,47	2,41	7,76	1,96	t=-1,19 ; ns
Gravité perçue	7,71	2,02	7,81	1,65	t=-0,46 ; ns
Crainte perçue	7,35	2,22	7,05	2,34	t=1,20 ; ns
Condition attentat					
Probabilité perçue	6,11	2,17	5,69	2,41	t=1,60 ; ns
Gravité perçue	8,46	1,62	9,07	1,32	t=-3,59 ; p<0,001
Crainte perçue	4,38	2,55	4,18	2,61	t=0,69 ; ns
Condition catastrophe naturelle					
Probabilité perçue	8,00	1,66	7,34	2,07	t=3,04 ; p<0,005
Gravité perçue	8,31	1,41	8,79	1,14	t=-3,07 ; p<0,005
Crainte perçue	4,70	2,29	4,86	2,63	t=-0,55 ; ns

8.3.1.5 Analyse de l'implication personnelle

Les résultats descriptifs permettent d'observer les moyennes associées aux différentes variables de l'implication personnelle liée aux événements étudiés et aux SSE en règle générale. Afin de comparer ces scores entre les personnels hospitaliers et la population générale, des tests t de Student et de Welch ont été réalisés (cf. Tableau X). Nos résultats montrent des différences significatives des scores moyens entre les personnels hospitaliers et la population générale

concernant l'identification aux épidémies et aux attentats, la capacité d'action perçue relative aux attentats et la valorisation de la situation catastrophes naturelles. Pour toutes ces différences, les personnels hospitaliers ont des scores plus élevés que ceux de la population générale.

Tableau 52 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant l'implication personnelle des types d'événements étudiés des personnels hospitaliers et de la population générale en fonction de la population

Variables	Personnels hospitaliers		Population générale		t
	Score moyen	Écart-Type	Score moyen	Écart-Type	
Condition épidémie					
Valorisation	7,63	1,71	7,40	1,95	t=1,15 ; ns
Identification	4,59	3,72	3,54	3,60	t=2,64 ; p<0,01
Capacité perçue d'action	5,82	1,98	5,74	2,18	t=0,35 ; ns
Condition attentat					
Valorisation	7,05	2,07	6,86	2,02	t=0,88 ; ns
Identification	3,29	2,96	2,52	2,78	t=2,52 ; p<0,05
Capacité perçue d'action	3,20	2,20	2,72	2,40	t=1,97 ; p<0,05
Condition catastrophe naturelle					
Valorisation	7,50	1,74	7,04	1,94	t=2,21 ; p<0,05
Identification	4,28	3,21	4,05	3,24	t=0,62 ; ns
Capacité perçue d'action	4,82	2,18	4,70	2,20	t=0,47 ; ns

Afin de comparer ces scores entre l'étude 3 et 4, des tests t de Student ont été réalisés (cf. Tableau 53 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les participants du questionnaire post première vague de la COVID-19 ont des scores de valorisation et de capacité perçue d'action personnelle associé à l'événement épidémie plus faible que ceux du questionnaire pré-première vague de la COVID-19. Leurs scores concernant l'identification et la capacité perçue d'action concernant la catastrophe naturelle sont également plus faibles lors du second questionnaire. Enfin, les participants exerçant leur profession dans un hôpital ont des scores de valorisation, d'identification et de capacités d'action perçue personnelle et professionnelle sont plus faibles lors de l'étude 3 que l'étude 4.

Tableau 53 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant l'implication personnelle aux types d'événements étudiés des personnels hospitaliers en fonction de l'étude 3 ou 4

Dimensions	Étude 3		Étude 4		t
	Score moyen	Écart-type	Score moyen	Écart-type	
Condition épidémie					
Valorisation	8,21	1,71	7,63	1,71	t=3,04 ; p<0,005
Identification	4,94	4,03	4,59	3,72	t=0,80 ; ns
Capacité perçue d'action	6,83	2,26	5,82	1,98	t=4,28 ; p<0,001
Condition attentat					
Valorisation	6,89	2,02	7,05	2,07	t=-0,66 ; ns
Identification	3,53	3,24	3,29	2,96	t=0,70 ; ns
Capacité perçue d'action	3,45	2,45	3,20	2,20	t=0,93 ; ns
Condition catastrophe naturelle					
Valorisation	7,65	1,54	7,50	1,74	t=0,77 ; ns
Identification	5,06	3,70	4,28	3,21	t=1,87 ; p=0,06
Capacité perçue d'action	5,50	1,89	4,82	2,18	t=2,86 ; p<0,01
Condition situation sanitaire exceptionnelle					
Valorisation	8,24	1,59	7,49	1,85	t=6,62 ; p<0,001
Identification	5,12	3,76	4,38	3,40	t=3,17 ; p<0,005
Capacité perçue d'action personnelle	6,33	2,15	5,26	2,15	t=7,50 ; p<0,001
Capacité perçue d'action professionnelle	6,34	2,02	5,67	2,18	t=4,87 ; p<0,001

8.3.2 Le sentiment d'être prêt aux SSE

Cet axe d'analyse vise à mieux comprendre le sentiment d'être prêt aux SSE, en comparant les résultats du questionnaire de l'étude 3 au questionnaire étudié ici. Les objectifs spécifiques à cette analyse sont les suivants :

- (1) Explorer l'évolution du score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;

- (2) Explorer l'évolution des facteurs prédictifs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer une SSE, après la première vague de la COVID-19.

8.3.2.1 Mesure du sentiment d'être prêt et de la préparation perçue aux SSE

Sur une échelle de 0 à 5, les participants présentent un score moyen de préparation déclarée ($M=2,53$; $ET=1,61$). Sur une échelle de 1 à 4, les participants rapportent un score élevé de la sous échelle AAM (l'anticipation, la conscience et la gestion de sa réponse psychologique) ($M=3,03$; $ET=0,42$) et plus faible de la sous-échelle KA (les connaissances et la gestion de l'environnement situationnel externe) ($M=2,74$; $ET=0,57$). Sur une échelle de 0 à 10, les participants présentent des scores moyens relatifs à la perception de la préparation aux SSE, hormis pour les scores relatifs à la perception de la préparation de l'hôpital qui peuvent être considérés comme faibles (*cf.* Tableau 54).

Tableau 54 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant la perception de la préparation aux SSE

Variabes	N	Score moyen	Ecart Type
Préparation déclarée ^a	531	2,53	1,61
Perception de la préparation ^a	532	5,07	2,32
Perception des connaissances comme suffisantes ^a	532	4,94	2,69
Perception des compétences comme suffisantes ^a	533	5,54	2,52
Sentiment d'être prêt ^a	530	5,55	2,18
Perception des collègues comme préparés ^a	529	5,60	2,25
Perception des collègues comme prêts ^a	531	5,62	2,10
Perception de l'hôpital comme préparé ^a	529	4,03	2,36
Perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ^a	531	3,75	2,59
Perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ^a	531	4,33	2,48
Sous échelle AAM	514	3,03	0,42
Sous échelle AK	512	2,74	0,57

^a à gérer une SSE.

Afin de comparer les scores entre l'étude 3 et 4, des tests t de Student et de Welch ont été réalisés et sont présentés dans le tableau suivant (cf. Tableau 55). Les participants du questionnaire post première vague de la COVID-19 ont des scores de préparation déclarée, de sentiment d'être prêt et de perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes plus élevés que ceux du questionnaire pré-première vague de la COVID-19. Cependant, ils ont des résultats plus faibles concernant la perception de la préparation des collègues, la perception des collègues comme prêt et la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes.

Tableau 55 - Test t de Student et Welch entre les moyennes aux items concernant la perception de la préparation chez les personnels hospitaliers en fonction de l'étude 3 ou 4

Variables	Étude 3		Étude 4		t
	Score moyen	Écart-Type	Score moyen	Écart-Type	
Préparation déclarée ^a	2,16	1,47	2,53	1,61	t=-3,66 ; p<0,001
Perception de la préparation ^a	4,93	2,29	5,07	2,32	t=-0,95 ; ns
Perception des connaissances comme suffisantes ^a	5,08	2,71	4,94	2,69	t=0,80 ; ns
Perception des compétences comme suffisantes ^a	5,31	2,52	5,54	2,52	t=-1,36 ; ns
Sentiment d'être prêt ^a	5,19	2,26	5,55	2,18	t=-2,37 ; p<0,05
Perception des collègues comme préparés ^a	7,48	2,18	5,60	2,25	t=12,74 ; p<0,001
Perception des collègues comme prêts ^a	6,00	2,29	5,62	2,10	t=2,60 ; p<0,01
Perception de l'hôpital comme préparé ^a	4,07	2,41	4,03	2,36	t=0,27 ; ns
Perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ^a	4,43	2,71	3,75	2,59	t=3,84 ; p<0,001
Perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ^a	3,74	2,5	4,33	2,48	t=-3,61 ; p<0,001
Sous échelle AAM			3,03	0,42	
Sous échelle AK			2,74	0,57	

^a à gérer une SSE.

8.3.2.2 Variables associées au sentiment d'être prêt à gérer une SSE

Les différences de score du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience sont testées au moyen d'analyses de variance suivies d'une correction de Bonferroni. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (cf. Tableau 56). Excepté les différences entre les scores de sentiment d'être prêt selon le niveau de diplôme et l'expérience professionnelle, toutes les différences de scores sont significatives.

Tableau 56 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience

Facteur	ANOVA	Catégories ^a	Moyenne (Écart-type)
Profession	$F_{(6, 523)}=2,42$; $p<0,05$	Psychologues (N=20) Cadre de santé (N=29)	4,38 (2,06) 6,56 (1,82)
Niveau de diplôme	$F_{(6, 523)}=0,32$; ns		
Sexe	$F_{(1, 528)}=10,41$; $p=0,001$	Féminin (N=467) Masculin (N=63)	5,44 (2,19) 6,37 (1,87)
Expérience professionnelle	$F_{(3, 526)}=0,96$; ns		
Avoir expérimenté une SSE antérieurement ^b	$F_{(1, 528)}=19,35$; $p<0,001$	Oui (N=142) Non (N=388)	6,22 (1,94) 5,30 (2,21)
Avoir participé à un exercice de simulation d'une SSE	$F_{(1, 526)}=14,05$; $p<0,001$	Oui (N=265) Non (N=263)	5,88 (2,10) 4,75 (2,26)
Avoir participé à une formation professionnelle spécifique	$F_{(1, 528)}=59,72$; $p<0,001$	Oui (N=248) Non (N=282)	6,29 (2,93) 4,90 (2,18)
Avoir participé à un retour d'expérience d'une SSE antérieure	$F_{(1, 527)}=16,23$; $p<0,001$	Oui (N=201) Non (N=328)	6,22 (2,02) 5,14 (2,17)
Avoir lu le plan blanc	$F_{(1, 527)}=24,58$; $p<0,001$	Oui (N=332) Non (N=207)	5,91 (2,18) 4,94 (2,17)
Avoir questionné les référents SSE sur la gestion des SSE	$F_{(1, 528)}=27,95$; $p<0,001$	Oui (N=303) Non (N=227)	5,97 (2,32) 4,98 (2,14)

^a dont la différence entre les moyennes est significative après correction de Bonferroni.

^b sans compter la COVID-19.

Certains résultats sont différents de ceux de l'étude 3. Contrairement à l'étude 3, le niveau de diplôme et l'expérience professionnelle n'entraînent pas de différences significatives. La différence des scores en fonction du sexe est significative : les hommes se sentent plus prêts que les femmes. Il n'y a pas de différences significatives entre les paramédicaux et les cadres de santé, mais il y en a entre les psychologues et les cadres de santé. Les autres catégories montrent des différences significatives dans les deux études.

Les corrélations entre le sentiment d'être prêt et toutes les variables quantitatives continues concernant les SSE ont été testées (cf. Tableau 57). Le sentiment d'être prêt est positivement corrélé à la préparation personnelle perçue, à la préparation déclarée et aux sous échelles AAM et KA. Le sentiment d'être prêt n'est pas significativement corrélé avec les items de la perception du risque et de l'implication personnelle, excepté avec la probabilité perçue et la capacité d'action perçue. Le sentiment d'être prêt est significativement corrélé avec tous les items de la perception des comportements de préparation. Le sentiment d'être prêt est significativement corrélé avec les items de perception de la préparation des collègues et de l'hôpital.

Tableau 57 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables testées, classées selon les quatre dimensions explorées

Dimensions	Sentiment d'être prêt
Préparation	
Perception de la préparation personnelle	0,71***
Préparation déclarée	0,37***
Sous échelle AAM	0,44***
Sous échelle KA	0,51***
Perception du risque et implication personnelle	
Probabilité perçue	0,09*
Gravité perçue	-0,02
Crainte perçue	-0,03
Valorisation de l'objet	-0,01
Identification de l'objet	0,04

Capacité d'action perçue	0,10*
Capacité professionnelle d'action perçue	0,05
Perception du comportement de préparation	
Attitude expérientielle affective	0,29****
Attitude expérientielle liée à la difficulté	-0,17**
Attitude expérientielle liée au besoin de fournir des efforts	-0,19****
Attitude instrumentale	0,13*
Efficacité de la préparation individuelle	0,20****
Efficacité de la préparation collective	0,18****
Efficacité du plan blanc	0,23****
Contrôle comportemental	0,54****
Norme injonctive des collègues	0,14****
Norme injonctive de la société	0,17****
Intention comportementale	0,27****
Auto-efficacité	0,78****
Perception de la préparation des collègues et de l'hôpital	
Perception de l'hôpital comme prêt	0,39****
Perception de l'hôpital comme préparé	0,38****
Perception de la préparation des collègues	0,42****
Perception des collègues comme prêts	0,56****
Diffusion de la responsabilité	-0,10*

*** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

* = $p < 0,05$

Certains résultats sont différents de ceux de l'étude 3 : la corrélation entre la capacité perçue d'action professionnelle et le sentiment d'être prêt n'est pas significative ; la perception de la probabilité d'apparition d'une SSE, l'attitude instrumentale, la norme injonctive de la société et la diffusion de la responsabilité sont positivement corrélées au sentiment d'être prêt. Concernant la force des effets, aucune corrélation ne diffère de plus de 0,12 point entre l'étude 3 et 4.

Les corrélations entre le sentiment d'être prêt et toutes les variables quantitatives continues concernant la perception du risque et l'implication personnelle liée aux événements

potentiellement SSE ont été testées (cf. Tableau 58). Le sentiment d'être prêt est négativement et significativement corrélé à la crainte perçue de la situation attentat (cet effet est d'ampleur moyenne). Le sentiment d'être prêt est positivement et significativement corrélé à la capacité perçue d'action et la probabilité perçue (ces effets sont d'ampleur faible).

Tableau 58 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt et les variables de la perception des situations pouvant devenir des SSE

Dimensions	Sentiment d'être prêt
Épidémie	
Probabilité perçue	0,59
Gravité perçue	-0,8
Crainte perçue	-0,31***
Valorisation perçue	0,04
Identification perçue	0,6
Capacité perçue d'action	0,16*
Attentat	
Probabilité perçue	0,17*
Gravité perçue	-0,05
Crainte perçue	0,02
Valorisation perçue	-0,5
Identification perçue	-0,01
Capacité perçue d'action	0,13
Catastrophe naturelle	
Probabilité perçue	0,003
Gravité perçue	-0,12
Crainte perçue	-0,06
Valorisation perçue	-0,09
Identification perçue	0 14
Capacité perçue d'action	0,05

*** = $p < 0,001$

* = $p < 0,05$

À nouveau, on note des différences avec les résultats de l'étude 3. Pour la condition attentat, ce ne sont pas les mêmes variables qui sont corrélées avec le sentiment d'être prêt. Cependant, pour la condition épidémie, les mêmes variables sont corrélées, mais avec des amplitudes d'effets différents. L'ampleur de la corrélation entre la crainte perçue est plus élevée dans l'étude 4 que l'étude 3. À l'inverse, la corrélation avec la capacité perçue d'action est plus faible dans l'étude 4 que dans l'étude 3.

Des corrélations partielles ont été réalisées de façon systématique entre toutes les variables corrélées avec le sentiment d'être prêt. Les variables contrôle ont été sélectionnées en fonction des résultats des études précédentes et de la littérature. Ces résultats étant très nombreux, nous avons choisi de ne présenter ici que celles dont l'ajout d'une variable contrôle a modifié de façon conséquente la corrélation initiale (*cf.* Tableau 59). Ainsi, la corrélation entre la préparation déclarée et le sentiment d'être prêt diminue lorsque l'on contrôle l'effet de la préparation perçue. De même, lorsque nous contrôlons l'effet de l'auto-efficacité et du contrôle comportemental sur la corrélation entre la préparation personnelle perçue et le sentiment d'être prêt, le coefficient *r* diminue. La corrélation entre la perception de l'hôpital comme prêt et le sentiment d'être prêt diminue lorsque l'on contrôle l'effet de la perception des collègues comme prêts. La corrélation entre le sentiment d'être prêt et la préparation perçue des collègues diminue lorsque l'on contrôle l'effet de la perception des collègues comme prêts.

Tableau 59 - Corrélations partielles pertinentes entre le sentiment d'être prêt et les autres variables corrélées initialement

Variable 1 : corrélée avec le sentiment d'être prêt	Coefficient <i>r</i> initial (sentiment d'être prêt et variable 1)	Variable 2 : contrôle	Coefficient <i>r</i> après contrôle de la variable 2
Préparation déclarée	0,36***	Perception de la préparation	0,07*
		Auto-efficacité	0,18***
		Contrôle comportemental	0,22***
Perception de la préparation	0,70***	Auto-efficacité	0,39***
		Contrôle comportemental	0,54***

		Auto-efficacité & Contrôle comportemental	0,34***
Auto-efficacité	0,78***	Contrôle comportemental	0,67***
Perception de la préparation des collègues	0,32***	Perception des collègues comme prêts	-0,4
Perception de l'hôpital comme prêt	0,50***	Perception des collègues comme prêts	0,20***
Perception de la préparation de l'hôpital	0,47***	Perception des collègues comme prêts	0,24***

*** = $p < 0,001$

* = $p < 0,05$

Les mêmes variables contrôles se sont révélées avoir un impact sur les mêmes corrélations dans l'étude 4 que dans l'étude 3. Cependant, lors de l'étude 3, la plupart des corrélations ne se trouvaient plus significatives après contrôle de l'effet d'une autre variable. Les résultats de l'étude 4 montrent que les corrélations sont pour la plupart encore significatives, mais que la valeur de leur coefficient r diminue considérablement.

Une régression linéaire multiple (pas à pas) a ensuite été effectuée avec les variables ayant un coefficient de corrélation de Pearson r supérieur à 0,30, sauf pour la préparation perçue des hôpitaux, la perception des hôpitaux comme prêts, la préparation perçue des collègues et la préparation déclarée qui ne sont plus corrélés avec un coefficient supérieur à 0,30 lorsque l'effet d'autres variables est contrôlé. Les sous échelles AAM et KA ne sont pas intégrées dans ce premier modèle, car ces échelles n'étaient pas présentes dans l'étude 3. Les variables testées sont : l'auto-efficacité ($r_{(530)}=0,78$; $p < 0,001$), la perception de la préparation personnelle ($r_{(529)}=0,71$; $p < 0,001$), la perception des collègues comme prêts ($r_{(528)}=0,39$; $p < 0,001$), le contrôle comportemental ($r_{(529)}=0,54$; $p < 0,001$). Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(3, 521)}=427,08$; $p < 0,001$. Il a un R^2 de 0,71. L'auto-efficacité est la variable la plus importante ($B=0,53$; $\beta=0,50$; $t=15,54$; $p < 0,001$), suivie de la perception de la préparation personnelle ($B=0,27$; $\beta=0,28$; $t=8,76$;

$p < 0,001$) et de la perception des collègues comme prêts ($B=0,22$; $\beta=0,22$; $t=8,03$; $p < 0,001$) (cf. Figure 29).

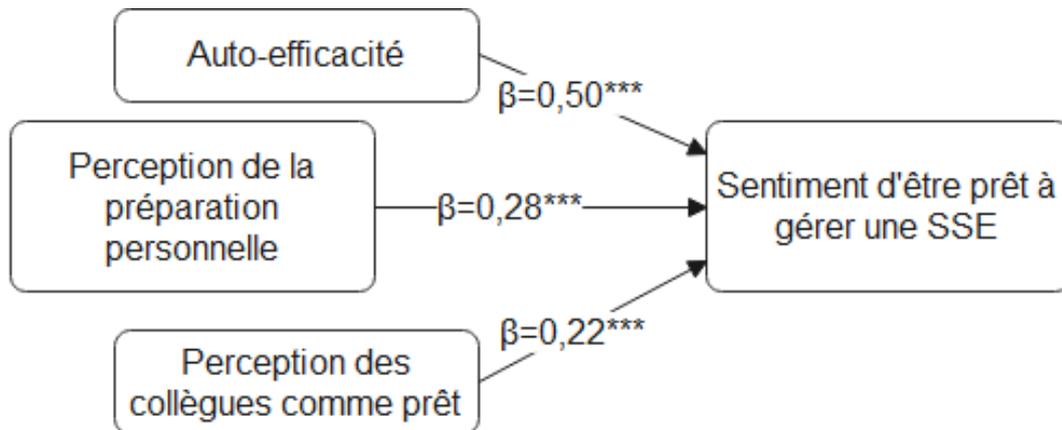


Figure 29 - Modèle de régression linéaire multiple avec la perception de l'état de préparation personnel comme variable dépendante étude 4

Ces résultats sont proches de ceux de l'étude 3. Le modèle explique le même taux de variance que celui de l'étude 3, mais avec deux variables de moins : le contrôle comportemental et la perception de la préparation de l'hôpital ne sont plus présents.

Une seconde régression linéaire multiple est réalisée avec les mêmes variables que pour le premier modèle, mais en ajoutant les sous échelles AAM et KA. Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(3, 499)}=396,57$; $p < 0,001$. Il a un R^2 de 0,70. L'auto-efficacité est la variable la plus importante ($B=0,53$; $\beta=0,49$; $t=14,99$; $p < 0,001$), suivie de la perception de la préparation personnelle ($B=0,26$; $\beta=0,27$; $t=8,13$; $p < 0,001$) et de la perception des collègues comme prêts ($B=0,24$; $\beta=0,23$; $t=8,04$; $p < 0,001$). L'ajout de ces variables ne change donc pas le modèle de régression linéaire multiple.

Enfin, une troisième régression linéaire multiple a été réalisée, avec les mêmes variables que pour le premier modèle, mais en ajoutant la crainte perçue de l'objet épidémie (lors de l'étude 3, cette variable n'était pas suffisamment corrélée pour être intégrée dans le modèle). Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(4, 156)}=127,28$; $p < 0,001$. Il a un R^2 de 0,76. L'auto-efficacité est la variable la plus importante ($B=0,50$; $\beta=0,48$; $t=8,04$; $p < 0,001$), suivie de la perception de la préparation personnelle ($B=0,26$; $\beta=0,29$; $t=4,97$; $p < 0,001$), de la perception des collègues comme prêts ($B=0,22$; $\beta=0,20$; $t=4,49$; $p < 0,001$) et de la crainte perçue de l'objet épidémie ($B=-0,14$; $\beta=-0,15$; $t=-3,78$; $p < 0,001$) (cf. Figure 30).

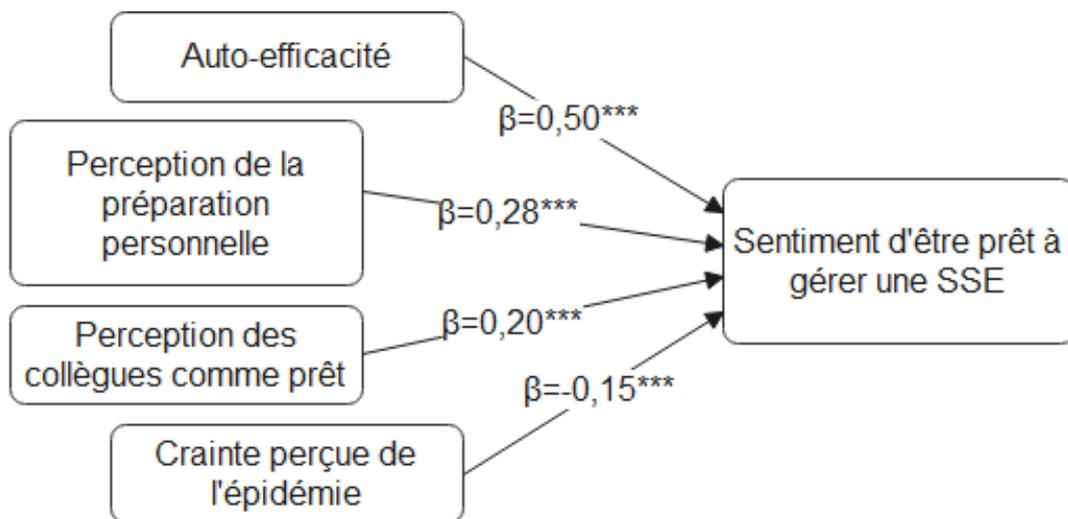


Figure 30 - Modèle de régression linéaire multiple avec la perception de l'état de préparation personnel comme variable dépendante étude 4 et la crainte perçue

8.3.3 Le sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19

Cet axe d'analyse vise à mieux comprendre le sentiment d'être prêt à une crise sanitaire en cours, la COVID-19. Dans cette optique, les résultats du premier questionnaire (étude 3) sont comparées aux données recueillies ici, en période COVID. Ainsi, cette partie vise à répondre aux objectifs suivants :

- (1) Explorer l'évolution du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 chez les personnels hospitaliers, après la première vague de la COVID-19 ;
- (2) Explorer l'évolution des facteurs prédicteurs de la variance du score du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19, après la première vague de la COVID-19 ;
- (3) Explorer les différences du sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 selon l'expérience de la première vague de la COVID-19.

8.3.3.1 Mesure du sentiment d'être prêt et de la préparation perçue à la COVID-19

Le tableau suivant présente les moyennes et écarts types des scores aux variables relatives à la COVID-19 (*cf.* Tableau 60). Les participants rapportent des scores moyens aux

variables individuelles, collectives et institutionnelles. Cependant, la moyenne du score de perception des collègues comme prêts est la plus élevée et les moyennes aux scores concernant la préparation de l'hôpital sont les plus basses. 90 % des participants affirment avoir travaillé à l'hôpital pendant la première vague de la COVID-19. Ces derniers perçoivent leur gestion de la première vague de la COVID-19 comme moyenne, voire bonne (6,40/10) ; ils ont une faible confiance dans la gestion de l'épidémie de la COVID-19 par les autorités (3,24/10) ; ils estiment qu'au moment de la première vague, ils n'étaient pas prêts à la gérer (2,91/10). Enfin, les participants perçoivent que l'expérience de la première vague de la COVID-19 leur permet moyennement d'améliorer leur préparation à une hypothétique seconde vague (5,78) et à une hypothétique situation sanitaire exceptionnelle (5,85/10).

Tableau 60 – Moyennes et écart-types des scores aux items concernant la préparation à la COVID-19

Variabiles	Score moyen	Écart-Type
Variabiles individuelles		
Sentiment d'être prêt ^a	5,73	2,55
Perception de la préparation ^a	5,12	2,40
Perception des compétences comme suffisantes ^a	5,60	2,73
Perception des connaissances comme suffisantes ^a	5,04	2,83
Variabiles collectives		
Perception des collègues de service comme prêts ^a	6,40	2,56
Perception des collègues hors service comme prêts ^a	5,74	2,48
Variabiles institutionnelles		
Perception de l'hôpital comme prêt ^a	5,80	2,52
Perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ^a	3,96	2,70
Perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ^a	4,26	2,56
Expérience de la COVID-19		
Perception de la gestion de la première vague de la COVID-19 comme bonne	6,40	1,80
Confiance dans la gestion des autorités de la situation	3,24	2,43
Perception de l'état d'être prêt au moment de la première vague de la COVID-19	2,91	2,37
Perception de l'augmentation du sentiment d'être prêt à la COVID-19 grâce à la première expérience	5,78	2,52

Perception de l'augmentation du sentiment d'être prêt à une SSE grâce à la première expérience	5,85	2,52
--	------	------

^a à gérer la COVID-19.

Afin de comparer les scores entre l'étude 3 et 4, des tests t de Student et de Welch ont été réalisés et sont présentés dans le tableau suivant (cf. Tableau 61). Nos résultats montrent qu'il y a des différences significatives des scores moyens entre l'étude 3 et 4. Les scores de sentiment d'être prêt, perception des compétences comme suffisantes pour faire face à la COVID-19, perception de la préparation individuelle, perception de l'hôpital comme prêt, préparé, et disposant de ressources matérielles comme suffisantes des collègues comme prêts sont plus élevés dans l'étude 4 que dans l'étude 3, ce qui constitue un ensemble d'indicateurs allant dans le sens de la perception d'une meilleure perception de la préparation.

Tableau 61 - Test t de Student et de Welch des scores aux items relatifs à la préparation à la COVID-19 en fonction de l'étude 3 ou 4

Variables	Étude 3		Étude 4		t
	Score moyen	Écart-Type	Score moyen	Écart-Type	
Variables individuelles					
Sentiment d'être prêt ^a	4,99	2,73	5,73	2,55	t=-1,18 ; p<0,001
Perception de la préparation ^a	3,61	2,78	5,12	2,40	t= -5,81 ; p<0,001
Perception des compétences comme suffisantes ^a	4,99	2,71	5,60	2,73	t=-3,37 ; p<0,005
Perception des connaissances comme suffisantes ^a	4,74	2,74	5,04	2,83	t=-1,61 ; ns
Variables collectives					
Perception des collègues comme prêts ^a	5,36	2,64	6,40	2,56	t= -4,41 ; p<0,001
Perception des collègues de service comme prêts ^a	5,40	2,82	6,40	2,56	t= -5,60 ; p<0,001
Perception des collègues hors service comme prêts ^a	5,33	2,68	5,74	2,48	t=-2,39 ; p<0,05
Variables institutionnelles					
Perception de l'hôpital comme prêt ^a	5,42	2,82	5,80	2,52	t = -3,62 ; p<0,001
Perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ^a	4,18	2,74	3,96	2,70	t=1,18 ; ns

Perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ^a	3,22	2,41	4,26	2,56	t=-6,36 ; p<0,001
Perception de la préparation de l'hôpital ^a	3,70	2,37	4,11	2,44	t=-2,59 ; p<0,05

8.3.3.2 Variables associées au sentiment d'être prêt à gérer une seconde vague de la COVID-19

Les différences de scores du sentiment d'être prêt à une seconde vague de la COVID-19 des participants en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience sont testées au moyen d'analyses de variance suivies d'une correction de Bonferroni. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (*cf.* Tableau 62). Excepté les différences entre les participants ayant participé à une formation professionnelle spécifique aux SSE, à un retour d'expérience d'une SSE antérieure ou ayant questionné les référents SSE sur les SSE, aucune des variables testées ne montre de différences de moyennes significatives.

Tableau 62 - Analyse de la variance après la correction de Bonferroni du sentiment d'être prêt en fonction des facteurs sociodémographiques et de l'expérience

Facteur	ANOVA	Catégories ^a	Moyenne (Écart-type)
Profession	F _(6, 527) =2,15; ns		
Niveau de diplôme	F _(6, 527) =0,55; ns		
Sexe	F _(1, 532) =2,70; ns		
Expérience professionnelle	F _(3, 530) =0,23; ns		
Avoir expérimenté une SSE antérieurement ^b	F _(1, 532) =0,59; ns		
Avoir travaillé à l'hôpital lors de la première vague de la COVID-19	F _(1, 514) =0,21; ns		
Avoir participé à un exercice de simulation d'une SSE	F _(1, 531) =2,14; ns		
Avoir participé à une formation professionnelle spécifique	F _(1, 532) =9,93; p<0,005	Oui (n=250) Non (n=284)	6,10 (2,53) 5,40 (2,53)
Avoir participé à un retour d'expérience d'une SSE antérieure	F _(1, 531) =5,87; p<0,005	Oui (n=202) Non (n=331)	6,21 (2,53) 5,44 (2,52)
Avoir lu le plan blanc	F _(1, 532) =3,62; p=0,06		
	F _(1, 532) =6,42; p=0,005	Oui (n=305)	5,99 (2,47)

Avoir questionné les référents SSE
sur la gestion des SSE

Non (n=229) 5,38 (2,62)

^a dont la différence entre les moyennes est significative après correction de Bonferroni.

^b sans compter la COVID-19.

Les résultats sont différents de ceux de l'étude 3. En effet, le niveau de diplôme, l'expérience professionnelle, la participation à une simulation de SSE et la lecture du plan blanc, contrairement à l'étude 3, ne montrent plus de différence significative. À l'inverse, la participation à une formation spécifique aux SSE montre des différences de scores moyens significatifs. Les autres catégories montrent des différences similaires dans les deux études. La catégorie professionnelle et le sexe ne montrent pas des différences de scores significatives dans les deux études. En revanche, la participation à un retour d'expérience d'une SSE antérieure et le fait de questionner des référents SSE montrent des différences significatives dans les deux études.

Le tableau suivant présente les corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt à gérer une hypothétique seconde vague de la COVID-19 et les variables individuelles, collectives et institutionnelles (*cf.* Tableau 63). Toutes les corrélations sont significatives et positives. Selon la classification de Cohen (Cohen, 1988), la plupart des corrélations sont d'ampleur importante. Seulement les corrélations entre le sentiment d'être prêt à gérer une hypothétique seconde vague de la COVID-19 et la confiance dans la gestion des autorités, la perception des compétences et connaissances comme suffisantes, la perception des collègues hors services comme prêts, la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes la perception de l'état d'être prêt au moment de la première vague de la COVID-19 sont d'ampleur entre moyenne et forte.

Tableau 63 - Corrélations de Pearson entre le sentiment d'être prêt à la COVID-19 et les variables individuelles, collectives et institutionnelles

Dimensions	Sentiment d'être prêt ^a
Variables individuelles	
Perception de la préparation ^a	0,59***
Perception des compétences comme suffisantes ^a	0,49***

Perception des connaissances comme suffisantes ^a	0,43***
Variables collectives	
Perception des collègues de service comme prêts ^a	0,62***
Perception des collègues hors service comme prêts ^a	0,44***
Variables institutionnelles	
Perception de l'hôpital comme prêt ^a	0,51***
Perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ^a	0,47***
Perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ^a	0,50***
Expérience de la COVID-19	
Perception de la gestion de la première vague de la COVID-19 comme bonne	0,52***
Confiance dans la gestion des autorités de la situation	0,34***
Perception de l'état d'être prêt au moment de la première vague de la COVID-19	0,40***
Perception de l'augmentation du sentiment d'être prêt à la COVID-19 grâce à la première expérience	0,60***
Perception de l'augmentation du sentiment d'être prêt à une SSE grâce à la première expérience	0,58***

*** = $p < 0,001$

^a à gérer une hypothétique seconde vague de la COVID-19.

Les résultats sont similaires à ceux de l'étude 3. Toutes les corrélations sont significatives et l'ampleur des effets est similaire pour toutes les corrélations étudiées ici.

Une régression linéaire multiple (pas à pas) a ensuite été effectuée avec les variables ayant un coefficient de corrélation de Pearson r supérieur à 0,30. Toutes les variables étudiées étant significativement et fortement corrélées avec le sentiment d'être prêt à la COVID-19, elles ont toutes été incluses. Les items correspondant à l'expérience de la première vague de la COVID-19 ne sont pas intégrés dans ce premier modèle, car ces items n'étaient pas présents dans l'étude 3. Les variables testées sont : la perception de la préparation ($r_{(534)} = 0,55$;

$p < 0,001$), la perception des compétences personnelles comme suffisantes ($r_{(534)} = 0,49$; $p < 0,001$), la perception des connaissances personnelles comme suffisantes ($r_{(534)} = 0,43$; $p < 0,001$), la perception des collègues de service comme prêts ($r_{(533)} = 0,62$; $p < 0,001$), la perception des collègues hors service comme prêts ($r_{(534)} = 0,44$; $p < 0,001$), la perception de l'hôpital comme prêt ($r_{(533)} = 0,51$; $p < 0,001$), la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes ($r_{(533)} = 0,47$; $p < 0,001$), et la perception des ressources matérielles comme suffisantes ($r_{(534)} = 0,50$; $p < 0,001$).

Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(4, 526)} = 141,78$; $p < 0,001$. Il a un R^2 de 0,51. La perception des collègues de service comme prêts est la variable la plus importante ($B = 0,37$; $\beta = 0,37$; $t = 10,38$; $p < 0,001$), suivi de la perception des compétences personnelles ($B = 0,19$; $\beta = 0,21$; $t = 5,52$; $p < 0,001$), des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ($B = 0,18$; $\beta = 0,18$; $t = 5,18$; $p < 0,001$) et de la perception de la préparation personnelle ($B = 0,15$; $\beta = 0,17$; $t = 4,25$; $p < 0,001$) (cf. Figure 31).

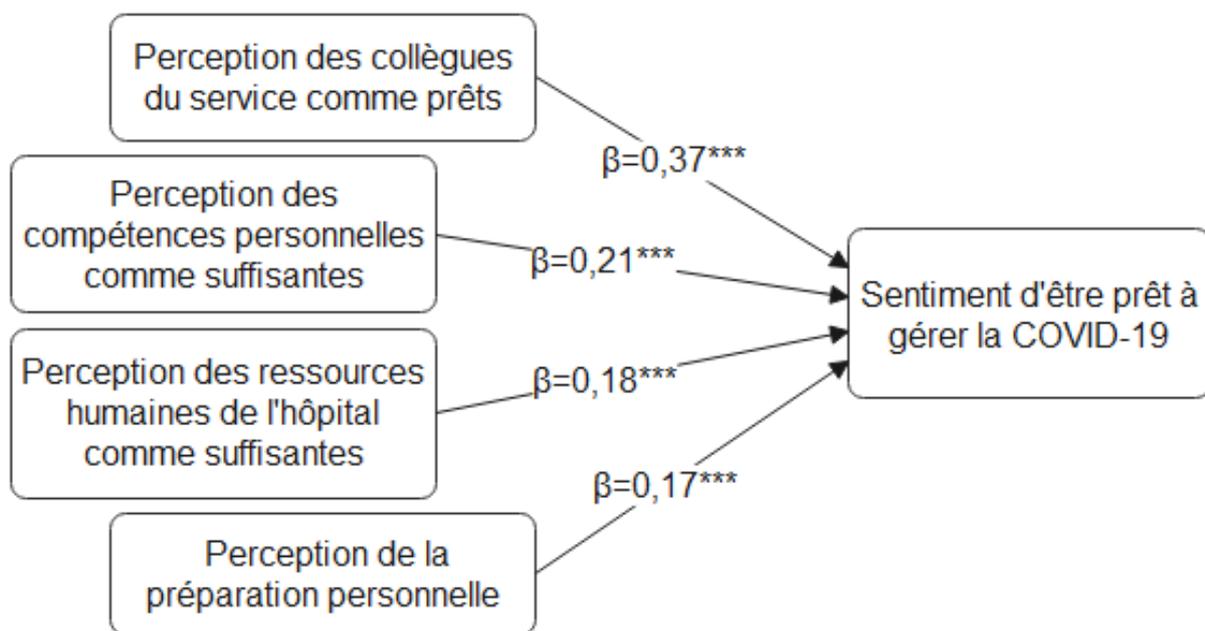


Figure 31 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 comme variable dépendante

Les résultats sont semblables à ceux de l'étude 3. Le modèle explique un taux de variance plus faible que celui de l'étude 3, mais les variables présentes dans ce modèle sont semblables à celui de l'étude 3. Cependant, dans l'étude 3, la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes était incluse dans le modèle de l'étude 3 alors que

dans l'étude 4, c'est la perception des ressources matérielles de l'hôpital qui est incluse dans le modèle. La perception de la préparation individuelle n'a pas la même importance. En effet, pour l'étude 3, le bêta est de 0,29 alors qu'il est de 0,17 lors de l'étude 4. La perception des compétences personnelles comme suffisantes a au contraire un bêta supérieur lors de l'étude 4, il est de 0,11 pour l'étude 3 et de 0,21 dans l'étude 4.

Une seconde régression linéaire multiple (pas à pas) a été réalisée avec les mêmes variables que pour le premier modèle, mais en ajoutant les variables liées à l'expérience de la première vague de la COVID-19. Les variables ajoutées sont la perception de la gestion de la première vague de la COVID-19 comme bonne ($r_{(483)} = 0,52$; $p < 0,001$), la perception de la confiance dans la gestion des autorités ($r_{(516)} = 0,34$; $p < 0,001$), la perception de l'état d'être au moment de la première vague de la COVID-19 ($r_{(483)} = 0,40$; $p < 0,001$).

Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(5, 474)} = 111,80$; $p < 0,001$. Il a un R^2 de 0,54. La perception des collègues de service comme prêts est la variable la plus importante ($B = 0,32$; $\beta = 0,32$; $t = 8,51$; $p < 0,001$), suivie de la perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes ($B = 0,19$; $\beta = 0,19$; $t = 5,14$; $p < 0,001$), de la perception de la gestion de la première vague de la COVID-19 comme bonne ($B = 0,23$; $\beta = 0,16$; $t = 4,27$; $p < 0,001$), de la perception des compétences personnelles comme suffisantes ($B = 0,16$; $\beta = 0,16$; $t = 4,22$; $p < 0,001$), et de la perception de la préparation personnelle ($B = 0,12$; $\beta = 0,14$; $t = 3,43$; $p = 0,001$) (cf. Figure 32).

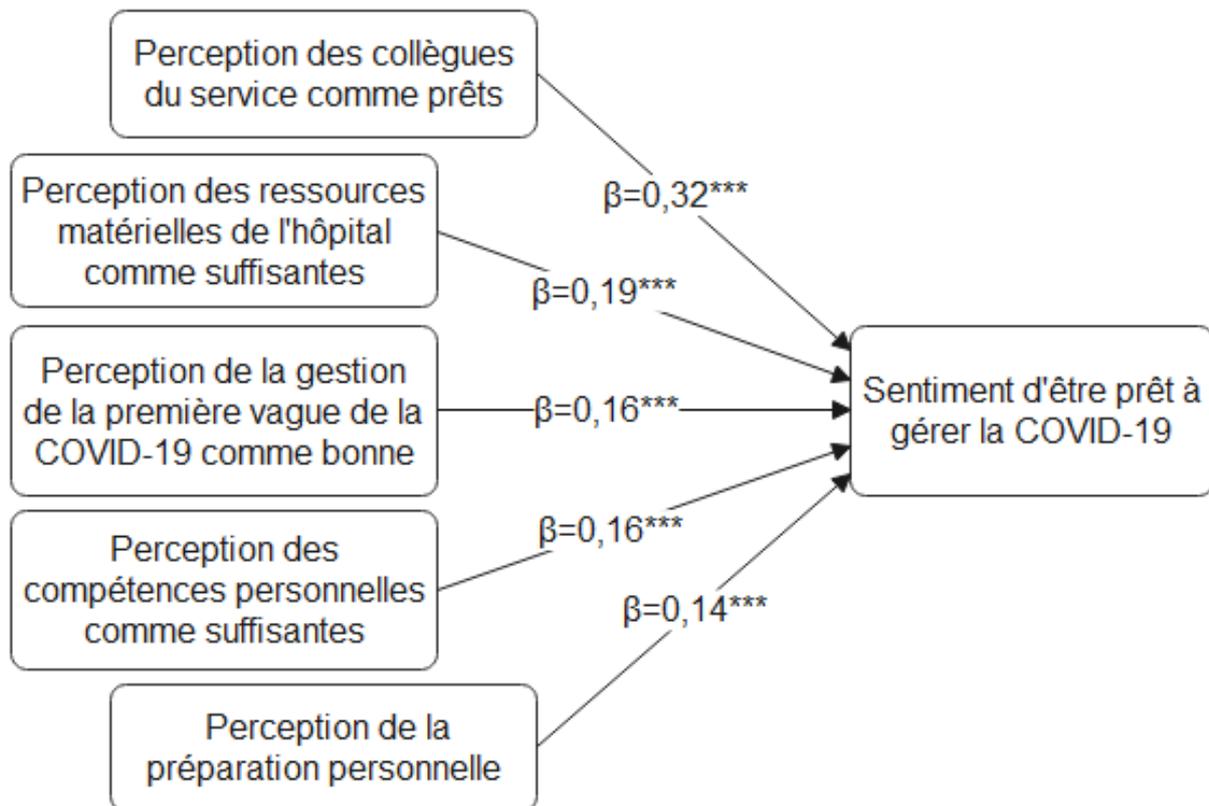


Figure 32 - Modèle de régression linéaire multiple avec le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 comme variable dépendante avec toutes les variables

8.3.4 Application du modèle TCP

Cet axe d'analyse vise à mieux comprendre l'intention comportementale de se préparer à la gestion d'une SSE. Ceci, en comparant les résultats du premier questionnaire au questionnaire étudié ici. Ainsi, cette partie vise à répondre aux objectifs suivants :

- (1) Explorer l'évolution du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE, après la première vague de la COVID-19 ;
- (2) Explorer l'évolution des scores des facteurs prédicteurs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE, après la première vague de la COVID-19
- (3) Explorer l'évolution des facteurs prédicteurs de la variance du score d'intention comportementale à se préparer aux SSE, après la première vague de la COVID-19.

8.3.4.1 Mesure des variables du modèle de la TCP

Le tableau suivant présente les moyennes et écarts-types des variables étudiées dans cet axe d'analyse (*cf.* Tableau 64). Les participants ont des scores moyens à élevés d'intention comportementale et de contrôle comportemental. Ils ont un score d'attitude instrumentale plus élevé que les autres attitudes qui sont moyens pour l'attitude expérientielle liée à la difficulté et moyens à élevés pour l'attitude expérientielle affective et liée à l'effort que demande le comportement. Les scores concernant les normes sont moyens.

Tableau 64 - Moyennes et écart-type des scores aux items concernant le modèle de la TCP

Variable	N	Moyenne ^a	Écart-type
Intention comportementale	533	6,39	2,16
Contrôle comportemental	531	6,34	2,05
Attitude expérientielle (affective)	429	6,09	2,39
Attitude instrumentale	334	8,41	2,38
Attitude expérientielle (difficulté)	358	5,63	2,39
Attitude expérientielle (demande des efforts)	352	6,26	2,62
Norme injonctive des pairs	531	4,27	2,47
Norme injonctive de la société	532	5,94	2,78
Norme descriptive collègues de service	529	5,77	2,46
Norme descriptive collègues hors service	533	5,43	2,33

^a Item allant de 0 (faible) à 10 (élevé).

Afin de comparer les scores entre l'étude 3 et 4, des tests t de Student et de Welch ont été réalisés et présentés dans le tableau suivant (*cf.* Tableau 65). Les scores moyens de l'étude 3 sont supérieurs à ceux de l'étude 4. Cependant, il n'y a que trois différences significatives des scores moyens entre l'étude 3 et 4. Les scores moyens de l'étude 3 sont supérieurs à ceux de l'étude 4. Les scores moyens associés à l'intention comportementale de se préparer à gérer une SSE, la perception de l'adoption du comportement de préparation comme difficile et la perception des normes injonctives et descriptives sont plus faibles dans l'étude 4 que dans l'étude 3.

Tableau 65 - Test t de Student et de Welch entre les moyennes des scores aux items concernant le modèle de la TCP de l'étude 3 et 4

Variable	Étude 3		Étude 4		t
	Moyenne ^a	Écart-type	Moyenne ^a	Écart-type	
Intention comportementale	7,31	1,89	6,39	2,16	t=6,76 ; p<0,001
Contrôle comportemental	6,5	2,05	6,34	2,05	t=1,22 ; ns
Attitude expérientielle affective	5,92	2,53	6,09	2,39	t=-0,98 ; ns
Attitude instrumentale	8,5	2,47	8,41	2,38	t=0,52 ; ns
Attitude de la difficulté que demande l'adoption du comportement	6,26	2,61	5,63	2,39	t=3,40 ; p=0,001
Attitude liée à l'effort que demande le comportement	6,47	2,76	6,26	2,62	t=1,03 ; ns
Norme injonctive des pairs	5,57	2,56	4,27	2,47	t=7,79 ; p<0,001
Norme injonctive de la société	7,18	2,47	5,94	2,78	t=7,13 ; p<0,001
Norme descriptive collègues de service	7,44	2,38	5,77	2,46	t=10,42 ; p<0,001
Norme descriptive collègues hors service	7,5	2,22	5,43	2,33	t=13,70 ; p<0,001

^a Item allant de 0 (faible) à 10 (élevé).

8.3.4.2 Variables du modèle de la TCP associées à l'intention de se préparer aux SSE

Le tableau suivant présente les corrélations de Pearson entre les facteurs du modèle de la TCP et l'intention comportementale de se préparer à la gestion d'une SSE (*cf.* Tableau 66). La corrélation entre l'intention comportementale et les attitudes expérientielles liées à la difficulté ne sont pas significatives. Tous les facteurs excepté ces derniers sont positivement et significativement corrélés à l'intention comportementale. Cependant les coefficients de corrélations sont faibles. En effet, selon la classification de Cohen, les coefficients de corrélation de 0,10 sont de faible ampleur, ceux de 0,30 sont moyens et ceux de 0,50 sont importants (Cohen, 1988). Ainsi, le coefficient r de la corrélation entre le contrôle comportemental, l'attitude expérientielle affective et l'intention comportementale indique que la force de l'effet est de moyenne ampleur. La force des effets entre l'attitude instrumentale et

l'intention comportementale est de faible ampleur. La force des effets entre les normes et l'intention comportementale sont d'ampleur faible à moyenne.

Tableau 66 – Corrélations de Pearson entre l'intention d'adopter un comportement de préparation, les dimensions de la TCP et la perception de la préparation

Dimensions	Intention comportementale à se préparer à gérer une SSE
Contrôle comportemental	0,39***
Attitudes	
Attitude expérientielle (affective)	0,30***
Attitude instrumentale	0,17**
Attitude expérientielle (difficulté)	-0,01
Attitude expérientielle (demande efforts)	0,08
Normes	
Norme injonctive provenant des collègues	0,27***
Norme injonctive provenant de la société	0,22***
Norme descriptive collègues service	0,29***
Norme descriptive collègues hors service	0,24***
Sentiment d'être prêt	0,27***
Perception de la préparation	0,29***

*** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

Les résultats sont similaires à ceux de l'étude 3. Les mêmes corrélations sont significatives et positives, avec approximativement les mêmes tailles d'effets dans les études 3 et 4.

Une régression linéaire multiple (pas à pas) a ensuite été effectuée avec les facteurs du modèle de la TCP significativement corrélés à l'intention comportementale. Les variables intégrées dans le modèle sont : le contrôle comportemental perçu ($r_{(530)}=0,39$; $p < 0,001$), l'attitude expérientielle affective ($r_{(428)}=0,30$; $p < 0,001$), l'attitude instrumentale ($r_{(333)}=0,17$; $p < 0,001$), la norme injonctive provenant de la société ($r_{(531)}=0,22$; $p < 0,001$), la norme

injonctive provenant des collègues ($r_{(530)}=0,27$; $p<0,001$), la norme descriptive des collègues de service ($r_{(528)}=0,29$; $p<0,001$) et la norme descriptive des collègues hors service ($r_{(532)}=0,24$; $p<0,001$).

Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(4, 311)}=29,37$; $p<0,001$. Il a un R^2 de 0,26. Le contrôle comportemental est la variable la plus importante ($B=0,32$; $\beta=0,31$; $t=5,67$; $p<0,001$), suivi de la norme descriptive des collègues de service ($B=0,14$; $\beta=0,16$; $t=3,17$; $p<0,005$), de l'attitude expérientielle affective ($B=0,15$; $\beta=0,17$; $t=3,41$; $p<0,01$) et de la norme injonctive provenant des collègues ($B=0,10$; $\beta=0,11$; $t=2,17$; $p<0,05$) (cf. Figure 33).

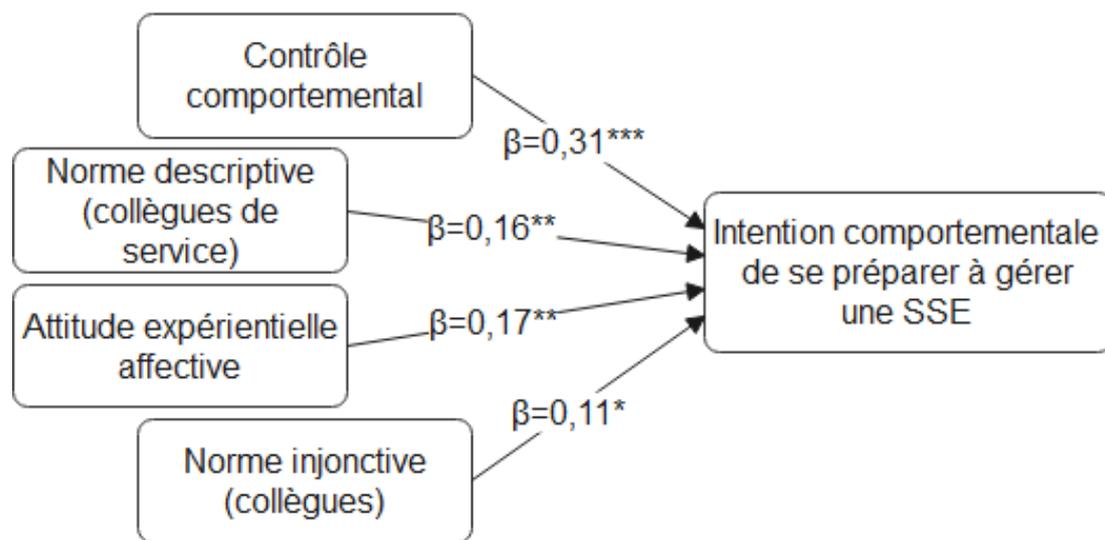


Figure 33 - Modèle de régression linéaire multiple avec l'intention comportementale de se préparer à gérer une SSE comme variable dépendante avec toutes les variables

Une seconde régression linéaire multiple (pas à pas) a ensuite été effectuée avec les facteurs de la TCP qui sont significativement corrélés à l'intention comportementale ainsi que les variables « sentiment d'être prêt » et « perception de la préparation individuelle ». Le modèle explique une variabilité significativement plus importante qu'un modèle sans prédicteurs $F_{(4, 313)}=28,86$; $p<0,001$. Il a un R^2 de 0,26. Le contrôle comportemental est la variable la plus importante ($B=0,32$; $\beta=0,31$; $t=5,65$; $p<0,001$), suivi de la norme descriptive des collègues de service ($B=0,14$; $\beta=0,16$; $t=3,15$; $p<0,005$), de l'attitude expérientielle affective ($B=0,15$; $\beta=0,17$; $t=3,39$; $p=0,001$) et de la norme injonctive provenant des collègues ($B=0,10$; $\beta=0,11$; $t=2,17$; $p<0,05$).

Les résultats sont semblables à ceux de l'étude 3. Les trois variables explicatives sont présentes dans les deux modèles. Cependant, dans l'étude 3, c'est la norme injonctive provenant de la société qui est le quatrième facteur alors que dans l'étude 4, il s'agit de la norme injonctive provenant des collègues. De plus, le modèle de l'étude 3 explique 13 % de la variance de l'intention comportementale alors que le modèle de l'étude 4 explique 26 % de la variance de l'intention comportementale. Comme lors de l'étude 3, l'ajout des variables « sentiment d'être prêt » et « préparation perçue individuelle » ne modifie pas les facteurs du modèle et leur ordre. Les modifications des bêtas sont insignifiantes.

8.4 DISCUSSION

8.4.1 Résumé des résultats et confrontation aux hypothèses de l'étude 3

8.4.1.1 Représentations, perception du risque et implication personnelle liés aux événements potentiellement SSE

Concernant les représentations associées aux situations potentiellement SSE, comme pour l'étude 3, les résultats concernant les indices des corpus suggèrent une stéréotypie des réponses. À nouveau, les associations les plus fréquentes et importantes produites par les personnels hospitaliers dans les trois conditions sont l'induit « mort » ou celles liées aux spécificités des risques (*i.e.* « maladie » pour la condition épidémie, « blessés » pour la condition attentat ou « inondation » pour la condition catastrophe naturelle). Comme dans l'étude 3, les taux d'associations communes aux trois conditions dans les corpus des personnels hospitaliers sont faibles et se distinguent en trois catégories d'associations (les associations relatives aux émotions, à leur pratique et aux caractéristiques des SSE en règle générale). De même, les associations se structurent différemment pour chaque type d'événement. Comme dans l'étude 3, une grande partie des associations sont communes entre la population hospitalière et générale et la structuration de ces associations est semblable. Celles citées exclusivement par les personnels hospitaliers sont relatives à leur pratique professionnelle (*i.e.* « nombreuses victimes », « charge de travail », « afflux de patients », « plan blanc », « damage control » ou encore « travail »). Aucune différence notable ne ressort des analyses concernant la condition épidémie.

Concernant la perception du risque, chez les personnels hospitaliers, tous les événements étudiés sont perçus comme graves, sont peu craints (en dehors de l'épidémie) et comme probables (en dehors de la situation attentat). Les personnels hospitaliers ont une perception de la gravité des événements attentat et épidémie ainsi que des scores de perception de la probabilité des trois situations étudiées plus élevés que la population générale. Entre l'étude 3 et 4, aucune différence significative n'est notée concernant le risque épidémie. Cependant, les scores de l'étude 4 concernant la gravité perçue des risques attentat et

catastrophe naturelle sont plus élevés, alors que la perception de la probabilité perçue du risque catastrophe naturelle qui est plus faible.

Concernant l'implication personnelle, les personnels hospitaliers ont des scores élevés aux items relatifs à la valorisation²⁰ et des scores faibles aux items relatifs à l'identification²¹ aux trois types d'événements et au risque SSE. Ils présentent des scores moyens aux items relatifs à la capacité perçue d'action personnelle²² concernant les SSE, les épidémies et les catastrophes naturelles. Ce score est faible pour le risque attentat. Les personnels hospitaliers présentent des scores moyens d'implication personnelle significativement plus élevés que ceux de la population générale concernant : l'identification aux épidémies et aux attentats, la capacité d'action perçue relative aux attentats et la valorisation de la situation catastrophes naturelles. Les scores aux items valorisation et capacité perçue d'action relatives à la situation épidémies et aux items de capacité perçue d'action relatifs à la situation catastrophe naturelle sont plus élevés chez les personnels hospitaliers que chez la population générale. Il en est de même pour toutes les variables de l'implication personnelle aux SSE.

Ainsi, tout comme dans l'étude 3, les résultats de cette étude soutiennent l'hypothèse que les trois types d'événements étudiés ne sont pas spontanément perçus comme des SSE. En effet, nous ne pouvons noter une plus grande part d'associations relatives à leur pratique professionnelle en lien avec les SSE. Tout comme dans l'étude 3, les résultats de cette étude ne montrent que de faibles différences dans le contenu représentationnel et aucune dans la structuration des associations entre les personnels hospitaliers et la population générale. Nous avons émis l'hypothèse lors de la discussion de l'étude 3 que les différences d'implication personnelle entre les personnels hospitaliers et la population générale seraient plus élevées après la survenue d'une SSE. Cette hypothèse ne peut être validée avec les résultats de cette étude. Cependant, les personnels hospitaliers se perçoivent généralement plus impliqués à ces situations que les hospitaliers. De même, les personnels hospitaliers perçoivent généralement les situations potentiellement SSE comme significativement plus risquées que la population générale. Ces tendances doivent être vérifiées dans une nouvelle étude plus tardive, lorsque la

²⁰ La valorisation correspond à l'importance perçue de la situation (Rouquette, 1997)

²¹ L'identification correspond au fait de se sentir concerné par la situation (Rouquette, 1997)

²² La capacité perçue d'action correspond à la croyance de pouvoir agir sur la situation (Rouquette, 1997)

SSE de la COVID-19 sera terminée. En effet, d'autres éléments peuvent expliquer ces résultats et donc fausser cette hypothèse. Ces éléments sont discutés dans la partie suivante.

8.4.1.2 Le sentiment d'être prêt aux SSE

Les résultats montrent des évolutions significatives entre les deux questionnaires concernant la perception de la préparation. Les participants du questionnaire diffusé après la première vague de la COVID-19 ont des scores moyens plus élevés de préparation déclarée et du sentiment d'être prêt que ceux du questionnaire précédent la première vague épidémique. À l'inverse, les moyennes concernant la perception des collègues comme prêts et préparés sont plus faibles dans le second questionnaire que dans le premier. Enfin, les personnels hospitaliers du questionnaire post-première vague de la COVID-19 perçoivent les ressources humaines de l'hôpital comme moins suffisantes et ses ressources matérielles comme plus suffisantes que les participants du premier questionnaire.

Concernant le sentiment d'être prêt, les cadres de santé (en comparaison aux psychologues), les hommes, les participants ayant déjà expérimenté une SSE et qui ont eu des comportements de préparation se sentent plus prêts que les autres. Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude 3 qui montrent des différences de score de ce sentiment selon le niveau de diplôme et l'expérience professionnelle. Comme dans l'étude 3, la corrélation entre la préparation déclarée et le sentiment d'être prêt diminue lorsque l'on contrôle l'effet de la perception de la préparation. La corrélation entre la perception de la préparation et le sentiment d'être prêt diminue lorsque l'on contrôle l'effet de l'auto-efficacité et le contrôle comportemental. Concernant les items de la perception du risque et de l'implication personnelle, seules la perception de la probabilité d'apparition d'une SSE et la capacité personnelle d'implication sont positivement corrélées au sentiment d'être prêt à gérer une SSE. Cependant, ces corrélations sont de faible ampleur. Les résultats de l'étude 3 ne montraient pas de corrélations significatives avec les items de la perception du risque, mais des corrélations positives et de plus grande ampleur que dans l'étude 4 concernant la perception de la capacité d'action personnelle et professionnelle. Le sentiment d'être prêt est positivement corrélé avec tous les items relatifs à la perception du comportement de préparation. L'étude 3 montrait également des corrélations significatives entre ces items et le sentiment d'être prêt, hormis avec l'attitude cognitive et avec les normes injonctives provenant de la société. Comme dans l'étude 3, le sentiment d'être prêt aux SSE est significativement et positivement corrélé avec

les items relatifs à la préparation des collègues et de l'hôpital. Contrairement à l'étude 3, ce dernier est corrélé négativement avec la diffusion de la responsabilité. Comme dans l'étude 3, les corrélations entre les perceptions des collègues et de l'hôpital comme préparés diminuent ou ne sont plus significatives lorsque l'on contrôle l'effet des items relatifs à la perception des collègues et de l'hôpital comme prêt. Les variables crainte perçue et capacité perçue d'action relatives à l'objet épidémie et la probabilité perçue d'apparition d'un attentat sont corrélés avec le sentiment d'être prêt à gérer une SSE. Enfin, concernant les modèles de régression linéaire multiple, lorsque l'on utilise les mêmes variables que lors de l'étude 3, le modèle est similaire, avec une variance expliquée identique, mais avec la suppression des variables contrôle comportemental et perception de la préparation de l'hôpital. Lorsque l'on ajoute la crainte perçue de l'objet épidémie dans le modèle, ce dernier augmente la variance expliquée en apparaissant comme un quatrième facteur prédictif du sentiment d'être prêt aux SSE.

Ainsi, tout comme l'étude 3, cette étude maintient la proposition que la théorie socio-cognitive doit être employée pour mieux comprendre le sentiment d'être prêt à la gestion des SSE. Premièrement, les résultats de cette étude soutiennent l'hypothèse que la préparation réelle n'est pas suffisante pour prédire ce sentiment. Le sentiment d'auto-efficacité est dans cette étude également une variable primordiale pour prédire le sentiment d'être prêt à gérer une SSE. Deuxièmement, les variables collectives sont là encore importantes dans la prédiction de ce sentiment. C'est pourquoi la théorie socio-cognitive, par le biais du sentiment d'auto-efficacité collective permettrait une meilleure compréhension de ces phénomènes. L'importance des variables collectives ainsi que les résultats concernant les cadres de santé montrent là encore que la position dans l'institution des professionnels influence le sentiment d'être prêt aux SSE et ses processus. Ces résultats ne permettent pas de valider l'hypothèse formulée lors de l'étude 3 concernant la préparation psychologique. En effet, l'ajout des sous-échelles de préparation psychologique, adaptées de McLennan (McLennan et al., 2020), ne modifie pas le modèle de régression linéaire expliquant la variance de ce sentiment. Cependant, nous ne pouvons invalider cette hypothèse, car ces dernières sont positivement, significativement et fortement corrélées au sentiment d'être prêt à la gestion des SSE. Ainsi, d'autres études sont nécessaires pour définir la nature du lien entre le sentiment d'être prêt et la préparation psychologique. Ces résultats vont dans le sens de ceux de l'étude 3 concernant la perception du risque et l'implication personnelle, mais ne permettent pas une meilleure compréhension des processus et des raisons qui entraînent l'absence d'effet de ces variables.

8.4.1.3 Le sentiment d'être prêt à la pandémie de la COVID-19

Les résultats montrent que les scores des personnels hospitaliers concernant la perception de leur préparation à la pandémie de la COVID-19 sont moyens. Les scores de l'étude 4 concernant la perception de la préparation, le sentiment d'être prêt et la perception de ses compétences comme suffisantes pour faire face à la COVID-19 sont plus élevés que ceux de l'étude 3. Les participants ont de moyennes aux scores concernant la perception des collègues de service et hors du service comme prêts plus élevés que ceux ayant répondu avant la première vague de la COVID-19. Il en est de même pour les scores concernant la perception de l'hôpital comme préparé et comme disposant des ressources matérielles suffisantes. Les scores de l'étude 4 concernant la perception de la préparation, la perception des collègues comme prêts et la perception de l'hôpital comme prêts sont plus élevés que ceux de l'étude 3. La profession, le niveau de diplôme, le sexe, l'expérience professionnelle (en années), le fait d'avoir expérimenté une SSE antérieurement, d'avoir travaillé à l'hôpital lors de la première vague de la COVID-19, d'avoir participé à une formation professionnelle spécifique aux SSE ou d'avoir lu le plan blanc n'influence pas les scores de sentiment d'être prêt à la gestion de la COVID-19. En revanche, les participants qui ont participé à un exercice de simulation d'une SSE, à un retour d'expérience d'une SSE antérieure ou qui ont questionné les référents SSE ont des scores moyens de sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 plus élevés que les autres. Ces résultats diffèrent de l'étude 3. En effet, l'expérience était plus prédictive de scores plus élevés (expérience professionnelle en nombre d'années, expérience antérieure d'une SSE, avoir participé à un exercice de simulation ou avoir lu le plan blanc) même si le fait d'avoir eu une formation professionnelle ne montrait pas de différences quant au sentiment d'être prêt à la COVID-19 chez les participants lors de l'étude 3. Comme lors de l'étude 3, toutes les corrélations entre le sentiment d'être prêt à la COVID-19 et les variables concernant la préparation, celles des collègues et de l'hôpital sont positives avec des effets d'ampleur élevée. De plus, les variables concernant la perception de l'expérience de la COVID-19 sont elles aussi corrélées avec le sentiment d'être prêt à la gestion de la COVID-19. Les variables les plus prédictives de ce sentiment sont la perception des collègues du service comme prêts, la perception des compétences personnelles comme suffisantes, la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes et la perception de la préparation personnelle. Ce résultat est proche de celui de l'étude 3. Le modèle explique un taux de variance plus faible que celui de l'étude 3, les facteurs prédictifs sont semblables à celui de l'étude 3 hormis la

perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes qui a été remplacée par la perception des ressources matérielles de l'hôpital. De plus, la perception de la préparation individuelle est plus prédictrice dans l'étude 3 que dans l'étude 4, contrairement à la perception des compétences personnelles comme suffisantes qui est plus prédictrice dans l'étude 4 que dans l'étude 3. Lorsque l'on ajoute les variables concernant la perception de l'expérience de la première vague de la COVID-19 dans le modèle, la variance expliquée est légèrement plus élevée et intègre la perception de la gestion de la première vague de la COVID-19 en tant que facteur explicatif du sentiment d'être prêt à la gestion de la COVID-19. De plus, la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes est de nouveau remplacée par la perception des ressources matérielles de l'hôpital comme suffisantes.

Deux principales hypothèses ont été émises lors de l'étude 3 pour expliquer les scores moyens de sentiment d'être prêt à la gestion de la COVID-19. Nous proposons d'expliquer la faiblesse des scores de préparation par le manque d'expérience et de préparation à cette situation. En effet, nos résultats sont en faveur de cette hypothèse. L'expérience accumulée lors de la première vague de la COVID-19 permettrait une augmentation de la préparation perçue et du sentiment d'être prêt via la perception de compétences plus élevées et la perception des collègues et de l'institution comme plus prêts et préparés. Cependant, plus la perception de la gestion de la première vague comme bonne augmente, plus le sentiment d'être prêt à gérer la COVID-19 augmente. Ainsi, nos hypothèses sur la préparation et l'expérience ne sont pas suffisantes pour expliquer la faiblesse de ces scores. En effet, au vu des résultats sur les régressions linéaires multiples, si l'expérience et la préparation réelle peuvent en partie expliquer ce sentiment, ces variables ne sont pas suffisantes pour expliquer la faiblesse des scores au sentiment d'être prêt à la gestion de la COVID-19. Le contexte et la perception de sa propre efficacité (passée et potentielle) semblent avoir une importance majeure. De plus, nous proposons d'expliquer la faiblesse de ces scores par les variables collectives et plus particulièrement par les difficultés institutionnelles lors de la crise de la COVID-19. Cette hypothèse est confirmée par l'importance de la perception des ressources humaines et matérielles de l'hôpital comme suffisantes pour gérer la COVID-19 dans les facteurs des modèles de régressions linéaires multiples. Une adaptation au contexte est effective puisque dans le cas des SSE en général, ces variables ont une moindre importance. Or dans le cas de la COVID-19, il s'agissait de difficultés majeures (Drogey et al., 2020 ; Oulehri & Rolling, 2020). D'autres hypothèses ont été émises concernant la relation des personnels hospitaliers

avec leurs collègues, cependant ces dernières ne peuvent être éprouvées avec ce questionnaire.

8.4.1.4 Application du modèle TCP

Les résultats montrent que les participants ont un score moyen à élevé d'intention comportementale et de contrôle comportemental. Ils ont un score d'attitude instrumentale plus élevé que les autres scores d'attitudes qui sont moyens pour l'attitude liée à la difficulté et moyens à élevés pour l'attitude liée à l'effort que demande le comportement. Les scores concernant les normes sont moyens. Les scores moyens associés à l'intention comportementale de se préparer à gérer une SSE, la perception de l'adoption du comportement de préparation comme difficile et la perception des normes valorisant la préparation sont significativement plus faibles dans l'étude 4 que dans l'étude 3. Comme dans l'étude 3, les scores relatifs au contrôle comportemental, aux normes, à l'attitude expérientielle affective et instrumentale sont tous significativement, moyennement voire faiblement et positivement corrélés à l'intention comportementale. Cependant, les scores relatifs à l'attitude expérientielle liée à la difficulté ne sont pas significativement corrélés. La perception de la préparation ainsi que le sentiment d'être prêt sont positivement, significativement et moyennement corrélés à l'intention comportementale. Les résultats concernant le modèle de régression linéaire multiple sont proches de ceux de l'étude 3. Dans les deux études, les facteurs les plus prédictifs sont le contrôle comportemental, la norme descriptive des collègues de service et l'attitude expérientielle affective. Cependant, le quatrième facteur est la norme injonctive provenant des collègues dans l'étude 4, alors qu'il s'agit de la norme injonctive provenant de la société dans l'étude 3. Cependant, le pourcentage expliqué de la variance de l'intention comportementale est doublé et passe à 26 % dans l'étude 4. Comme lors de l'étude 3, l'ajout des variables sentiment d'être prêt et préparation perçue individuelle ne modifie pas les facteurs du modèle et leur ordre. Les modifications des bêtas sont insignifiantes.

Ainsi, comme pour les résultats de l'étude 3, nos résultats sur le lien entre les facteurs prédictifs de la TCP et l'intention comportementale dans notre contexte sont cohérents avec la littérature. Les normes ont un effet, la norme injonctive provenant des collègues remplace la norme injonctive provenant de la société dans le modèle de régression linéaire, ce qui est plus cohérent avec la littérature (Manning, 2009 ; McEachan et al., 2016). Les autres résultats sont

similaires à l'étude 3 et sont cohérents avec la littérature concernant l'effet des attitudes (McEachan et al., 2016) et le contrôle comportemental (Armitage & Conner, 2001). Si la valeur du R² de la régression linéaire multiple (0,26) est encore inférieure aux valeurs moyennes relevées dans les revues de la littérature (0,63 et 0,64) (Armitage & Conner, 2001 ; Godin & Kok, 1996), elle est plus élevée que dans l'étude 3. Le contexte de passation a donc une importance cruciale pour expliquer ce résultat. Comme lors de l'étude 3, ces résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse que l'ajout des variables « sentiment d'être prêt » et « préparation perçue individuelle » dans le modèle de la TCP est pertinent puisqu'elles ne sont pas intégrées dans le modèle de la TCP. Cependant, au vu des résultats concernant les corrélations entre ces variables, cette étude ne permet pas non plus d'invalider cette hypothèse. Des recherches supplémentaires sont nécessaires.

8.4.2 Une diminution de l'engagement professionnel ?

Deux résultats nous intéressent plus particulièrement ici : la diminution, entre l'étude 3 et 4, de l'intention comportementale à se préparer aux SSE, ainsi que la diminution des scores aux items d'implication aux SSE.. Ces résultats sont contraires à certaines études qui indiquent que l'expérience antérieure d'une SSE est un facteur motivant pour l'adoption de comportements de préparation dans la population générale (Becker et al., 2017) et hospitalière (Azali & Ludin, 2020 ; Chokshi et al., 2008 ; Goodhue et al., 2012). Nous proposons d'emprunter le concept de l'engagement professionnel pour comprendre ces résultats. Ce concept est défini comme un « état d'esprit positif, épanouissant, lié au travail, qui se caractérise par la vigueur, le dévouement et l'absorption » (Schaufeli et al., 2002, p. 73). La vigueur est définie comme un « niveau élevé d'énergie et de résilience mentale pendant le travail, la volonté d'investir des efforts dans son travail, et la persistance face aux difficultés » (Schaufeli & Bakker, 2004, p. 295). Le dévouement est défini comme un « sentiment de signification, d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté et de défi » (Schaufeli & Bakker, 2004, p. 295). Enfin, l'absorption correspond au fait d'être « pleinement concentré et heureux dans son travail, ce qui fait que le temps passe vite et que l'on a du mal à se détacher du travail » (Schaufeli & Bakker, 2004, p. 295). Or cet engagement au travail est en partie composé de l'implication professionnelle. Selon une étude menée chez des infirmières ayant été impliquées dans la gestion de la COVID-19, l'engagement au travail est négativement lié à leur stress et à leur charge de travail. Cet engagement est plus élevé dans un contexte de pandémie que dans un

contexte dit normal (Zhang et al., 2021). Un courant européen définit l'engagement professionnel comme « l'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifeste l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis-à-vis d'elle et qui donne sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle » (Jorro & De Ketele, 2013, p. 11). En ce sens, l'intention comportementale peut être mise en lien avec ce concept.

La restructuration massive des soins mise en place dans le système de santé pour répondre aux besoins de la crise de la COVID-19 a été possible grâce à l'engagement des personnels hospitaliers (El-Hage et al., 2020). Une revue de la littérature montre que l'implication des personnels de santé aux catastrophes entraîne un impact psychologique chez ces derniers (Naushad et al., 2019). Des études sur des épidémies antérieures ont montré l'impact psychologique que les personnels hospitaliers ayant traité des patients infectés ont subi (Goulia et al., 2010 ; Koh et al., 2005 ; Magill et al., 2020). Ceci au long terme puisque plus d'un an après l'épidémie de SRAS de 2003, ces personnels hospitaliers présentaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel, de détresse psychologique et de stress post-traumatique (Maunder et al., 2008). La crise de la COVID-19 ne fait pas exception, les personnels de santé impliqués dans sa gestion ont un niveau d'anxiété et de symptômes dépressifs plus élevé que les autres (Tran et al., 2020 ; Wang et al., 2020). Plusieurs caractéristiques propres à cette crise ont pu favoriser l'apparition de troubles anxieux : le sentiment d'impuissance, d'inefficacité personnelle, ainsi que la charge professionnelle et émotionnelle élevée (El-Hage et al., 2020).

Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour expliquer la diminution de l'implication des personnels hospitaliers entre l'étude 3 et 4. Si l'engagement professionnel, composé en partie de l'implication professionnelle diminue en raison du stress professionnel et de la fatigue professionnelle, dans un contexte tel que le COVID-19 avec un niveau de stress professionnel élevé, l'implication peut être amoindrie pour cette raison. Une seconde hypothèse peut être proposée : l'image des professionnels a évolué entre les deux recueils de données. En effet, ils ont dans un premier temps été salués, applaudis tous les jours lors du premier confinement, ils ont été perçus comme des « héros » face à cette crise. Puis cet engouement a diminué, avec l'habitué à la situation, leur image de « héros » a diminué. Certains ont pu se sentir même méprisé par le manque de moyens alloués à l'hôpital à cette période comme l'illustre certains articles de presse (De Sakutin, 2020 ; Fillon, 2020 ; Pierre et al., 2020). D'ailleurs, nos résultats montrent que les professionnels hospitaliers perçoivent une norme injonctive provenant de la société bien plus faible à l'étude 4 qu'à l'étude 3. Ce qui peut

témoigner de la perception d'une moindre attention de la part de la population envers les personnels hospitaliers. Une dernière hypothèse peut être proposée : si l'engagement professionnel est plus élevé lorsque le risque épidémique est saillant, alors les scores d'implication professionnelle trouvés dans l'étude 4 correspondent peut-être aux scores habituels dans un contexte normal et les scores trouvés dans l'étude 3 correspondraient à une réponse au contexte sanitaire à venir.

Concernant la diminution de l'intention comportementale à se préparer à une SSE, les facteurs prédicteurs de cette variable énoncés dans cette étude n'ont pas significativement diminué entre l'étude 3 et 4. Ils ne peuvent donc pas expliquer ce résultat. Cependant, ces facteurs n'expliquent que 26 % de la variance du score d'intention comportementale. Ainsi, ces résultats sur l'intention comportementale font écho à ceux sur l'implication professionnelle. En effet, là encore, nous pouvons supposer qu'une diminution de l'engagement professionnel encouragerait une diminution des comportements professionnels, tels que l'intention comportementale à se préparer aux SSE. Que ce soit concernant l'intention comportementale ou l'implication personnelle, ces résultats peuvent s'expliquer par une perte de sens dû au sentiment d'impuissance et d'inefficacité personnelle causé par les caractéristiques de la crise de la COVID-19 (El-Hage et al., 2020).

8.4.3 L'effet de l'expérience acquise lors de la COVID-19 sur la perception de la préparation

La crise de la COVID-19 constitue une expérience directe de gestion de SSE pour les personnels hospitaliers. La littérature montre que les expériences antérieures augmentent la perception de la préparation des personnels de santé (Lim et al., 2013 ; Tzeng et al., 2016) ainsi que la préparation déclarée (Baack & Alfred, 2013 ; Noguchi et al., 2016 ; Rizqillah & Suna, 2018).

8.4.4 Limites de l'étude 4

Plusieurs limites sont à noter dans cette étude. L'échantillon est principalement composé de paramédicaux et de cadres de santé. Les autres professions hospitalières sont très faiblement représentées. L'échantillon ne peut donc pas être considéré comme représentatif des personnels

hospitaliers pour les mêmes raisons que pour l'étude 3²³ : l'utilisation de la méthode boule de neige peut avoir entraîné un biais d'échantillonnage en raison de l'implication potentiellement plus élevée des participants que la moyenne ; il peut y avoir un biais de réponse, comme la désirabilité sociale entraînant une surestimation du niveau de préparation ; il peut y avoir des erreurs de mesure, notamment parce qu'il s'agit d'un outil développé avec un petit nombre d'items pour étudier les variables.

À la différence de l'étude 3, une limite à cette étude est à prendre en compte dans la lecture de ces résultats. Il s'agit d'études transversales et non longitudinales. Le fait de pouvoir comparer des résultats avant et après la première vague de la COVID-19 constitue un atout et permet de proposer des hypothèses sur les processus en jeu grâce à la prise en compte de ce contexte sanitaire. Cependant, n'ayant pas contrôlé l'identité des participants lors de l'étude 3, nous n'avons pas pu utiliser de design longitudinal. Néanmoins, étant donné que les tailles d'échantillons sont conséquentes dans les deux études et que nous avons utilisé strictement la même méthode d'échantillonnage, nous proposons que nos résultats peuvent tout de même refléter des tendances.

²³ Pour plus de précisions, se référer à la partie 7.4.5, p.225 de la thèse.

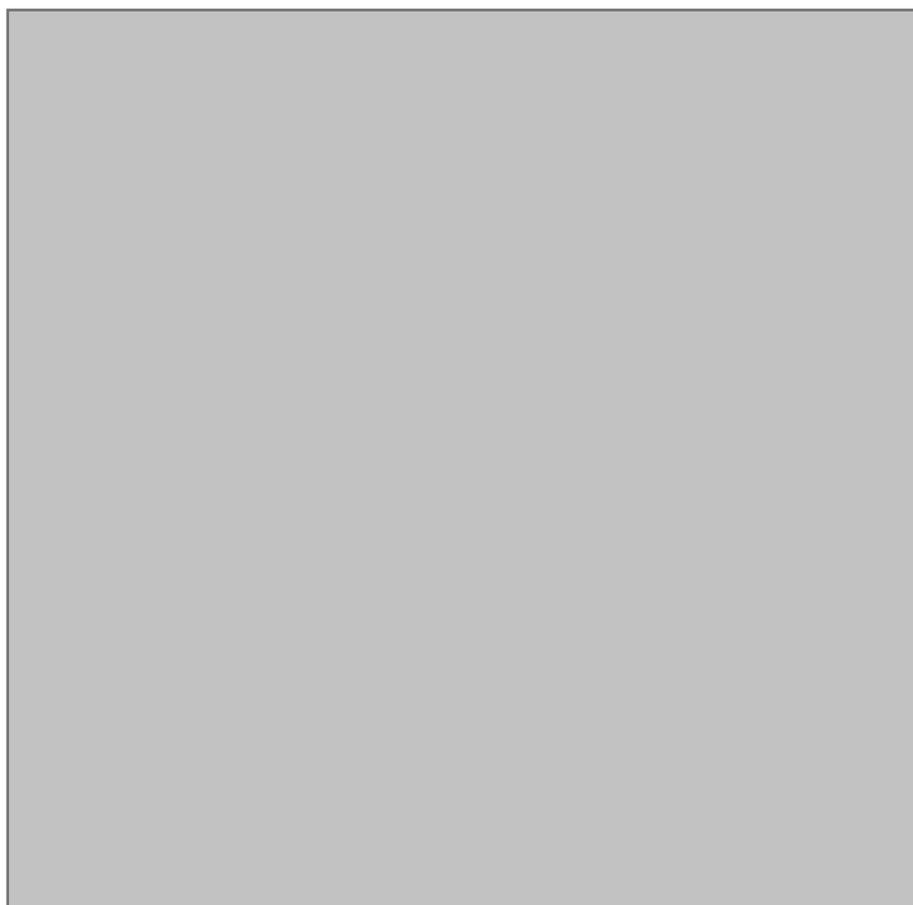
À RETENIR

Cette dernière étude se propose d'adopter une démarche quantitative en prenant en compte le contexte de passation. Son objectif est de réitérer la procédure de l'étude 3 afin d'explorer les différences entre : les représentations associées à trois événements potentiellement SSE, le sentiment d'être prêt aux SSE, à la COVID-19 et l'intention comportementale ainsi que leurs déterminants avant et après le premier pic de la COVID-19. 1001 participants dont 534 personnels hospitaliers ont répondu à un questionnaire en ligne. Selon leur nature, les données ont fait l'objet d'analyses prototypiques et de similitude, de corrélations de Pearson, d'ANOVA, de régression linéaire multiple et de tests t de Student et de Welch. Les résultats ne montrent pas de différences majeures dans les associations, facteurs de la perception du risque lié aux événements étudiés entre l'étude 3 et 4. Les principaux facteurs prédictifs du sentiment d'être prêt aux SSE sont similaires à l'étude 3. Cependant, on observe l'ajout de la variable crainte de l'événement épidémie. Les facteurs prédictifs du sentiment d'être prêt à la COVID-19 sont semblables à celui de l'étude 3 hormis la perception des ressources humaines de l'hôpital comme suffisantes qui a été remplacée par la perception des ressources matérielles de l'hôpital. L'intention d'adopter des comportements de préparation entre l'étude 3 et 4 a significativement diminué, de même que les facteurs de l'implication personnelle. Ces diminutions peuvent possiblement s'expliquer par une diminution de l'engagement professionnel. L'expérience accumulée lors de la première vague de la COVID-19 permettrait une augmentation de la préparation perçue et du sentiment d'être prêt à la COVID-19 mais également aux SSE.

PARTIE 3 : CONCLUSION

GENERALE

9. CHAPITRE 9 : DISCUSSION GENERALE



9.1 UNE DEMARCHE EXPLORATOIRE, APPLIQUEE ET DE TRIANGULATION THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Le projet de thèse émanait d'une étude de terrain menée par un personnel hospitalier (*cf.* Story, 2017) qui porte sur le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers aux SSE. Ce projet visait à mesurer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers et à expliquer ses variations. L'objectif sous-jacent à cette demande était de fournir des recommandations pour améliorer la préparation des personnels hospitaliers aux SSE grâce à une approche psycho-sociale. Cette thèse repose donc sur des travaux portant sur l'adoption des comportements de préparation et sur le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers. Elle se base sur plusieurs constats : la littérature, malgré les limites qu'elle comporte, soutient que les personnels hospitaliers ne sont pas suffisamment préparés à répondre à des SSE. Les études réalisées sur la préparation des personnels hospitaliers s'intéressent principalement à la description de leur préparation technique. Dans la littérature internationale, la psychologie sociale a été appliquée à la préparation de la population générale aux catastrophes. Des facteurs psychosociaux se sont montrés pertinents pour comprendre les processus d'adoption de comportements de préparation. En outre, nous n'avons pas trouvé dans la littérature de conceptualisation clairement établie sur la préparation. En effet, en dehors de son aspect technique, la façon dont les personnels hospitaliers la perçoivent et l'évaluent, ainsi que les processus psycho-sociaux sous-jacents, ne sont pas établis. À notre connaissance, aucune distinction conceptuelle n'est faite du sentiment d'être prêt ou de la perception de la préparation. Partant de ces constats et de la demande initiale, les deux principaux objectifs de cette thèse sont :

- (1) Améliorer la compréhension des processus d'adoption des comportements de préparation aux SSE chez les personnels hospitaliers ;
- (2) Améliorer la conceptualisation du sentiment d'être prêt aux SSE chez les personnels hospitaliers.

La littérature n'étant que peu fournie, une démarche exploratoire a été entreprise pour répondre à ces objectifs. Le questionnement initial (est-ce que les personnels hospitaliers se sentent prêts ? et comment mesurer ce sentiment) a été intégré dans une démarche psychosociale : avant de répondre à cette question, il était primordial de mieux définir ces termes d'après les représentations des premiers intéressés. Ainsi, nous avons souhaité construire une démarche permettant à la fois de saisir les enjeux provenant du terrain et d'apporter des éléments de compréhension des processus en jeu dans l'appréhension de la préparation aux SSE. Pour cela, les travaux empiriques se sont attachés à prendre en compte l'individu dans son environnement et ses insertions sociales à divers niveaux interdépendants (des individus intégrés dans des systèmes larges, tels que la société, l'institution, le service, les pairs et l'individu en lui-même). Sans prétendre à l'exhaustivité, ces travaux ont permis d'explorer divers niveaux d'exploration des phénomènes intra-individuels, inter-individuels, positionnels et idéologiques (Doise, 1982)²⁴.

Au-delà de cette démarche exploratoire et de recontextualisation psycho-sociale, cette thèse a adopté une démarche appliquée, avec un objectif de terrain pratique. Elle ne vise pas uniquement à développer des savoirs fondamentaux, mais à appliquer ces théories pour une meilleure compréhension du phénomène étudié. Elle répond à un questionnement provenant du terrain (*i.e.* est-ce que et comment les personnels hospitaliers se sentent prêts ?), dans une visée d'amélioration d'un problème social (*i.e.* une préparation insuffisante des personnels hospitaliers aux SSE). En ce sens, elle fait le pont entre une psychologie sociale théorique et une psychologie sociale appliquée, en pénétrant « utilement la réalité sociale » (Beauvois, 2001). En effet, dans le domaine de la santé publique particulièrement, la psychologie sociale permet de décrire et d'identifier les facteurs qui prédisent un comportement, dans le but de mieux concevoir des démarches de promotion de la santé, en précisant par exemple le type de message à employer et comment ces derniers doivent être diffusés (Bélanger & Godin, 2003).

L'aspect appliqué et écologique de la démarche de la thèse a conduit à intégrer le contexte sanitaire dans les apports empiriques. La survenue de la pandémie a entraîné une réorganisation du travail de la thèse et une application à ce type de situation. En effet, les études présentées ici permettent de mesurer des perceptions et d'explorer leurs déterminants dans un contexte de crise sanitaire. S'il est nécessaire de réitérer des études semblables en dehors d'une telle situation, ces résultats sont rares en raison de la fréquence de ces SSE. Ces résultats sont

²⁴ Une description plus précise de nos résultats au regard de ces différents niveaux est disponible dans la partie 9.2.2. (p.308).

plus difficilement généralisables pour évoquer une SSE dans sa globalité, mais ils permettent une compréhension plus fine des perceptions et de ses mécanismes en situation réelle, et de l'effet de la pratique de gestion d'une SSE sur ces perceptions.

Enfin, pour répondre à cette démarche exploratoire, il nous a semblé essentiel d'intégrer une approche de triangulation méthodologique et théorique (Denzin, 1978 ; Flick, 1992) à notre démarche empirique²⁵. La triangulation méthodologique nous a permis d'allier plusieurs types de résultats, provenant de démarches méthodologiques différentes qui se confirment (*e.g.* l'importance du collectif dans le sentiment d'être prêt et la motivation à adopter un comportement de préparation) ou s'expliquent (*e.g.* les scores moyens du sentiment d'être prêt pouvant s'expliquer par des pressions normatives opposées ne permettant pas aux participants de se déclarer ni totalement prêts, ni pas du tout prêts). Enfin, la triangulation théorique nous a permis d'allier plusieurs modèles d'analyses à nos résultats.

Au vu de l'approche poursuivie par cette thèse (appliquée, exploratoire, écologique et de triangulation méthodologique et théorique), 4 axes de recherches ont été définis pour répondre à ses objectifs :

- (1) Axe 1 : Explorer le contenu représentationnel des personnels hospitaliers associé aux SSE et à sa préparation ;
- (2) Axe 2 : Explorer la perception du risque des personnels hospitaliers de la survenue des SSE et de l'impréparation ;
- (3) Axe 3 : Mesurer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers aux SSE et identifier les facteurs qui y sont associés ;
- (4) Axe 4 : Mesurer l'intention comportementale des personnels hospitaliers à se préparer aux SSE et identifier ses prédicteurs.

Enfin, pour alimenter ces 4 axes de recherche, 4 études empiriques qualitatives et quantitatives ont été réalisées. Leurs principaux résultats sont résumés ici. La partie empirique de la thèse proposant déjà une présentation des résultats par étude, nous présentons ici les résultats en fonction des 4 axes de recherche de la thèse. Les limites de chaque étude sont présentées de façon détaillée dans leurs discussions respectives et ne sont donc pas abordées dans cette partie.

²⁵ Pour plus de précisions sur la démarche de triangulation entreprise, voir le chapitre 4.

9.1.1 Axe 1 : Explorer le contenu représentationnel des personnels hospitaliers associé aux SSE et à sa préparation

D'après les entretiens et le questionnaire d'évocation hiérarchisé, la SSE est un concept professionnel avec des contours suffisamment flous pour faire appel à des représentations chez les participants. Le contenu représentationnel associé aux SSE semble principalement se centrer autour de 6 thèmes que sont : des exemples d'événements potentiellement SSE ; ses caractéristiques ; sa prise en charge ; son lexique spécifique ; ses conséquences ; les différences de perception entre les professionnels. Concernant la place sociale qu'occupe l'objet SSE, il ne fait pas appel à une prise de position flagrante parmi les personnels hospitaliers. Il ne semble en effet pas y avoir un enjeu idéologique fort à se positionner quant à cet objet. Le contenu est plutôt fonctionnel. Ainsi, il pourrait s'agir d'un objet de représentation professionnelle en émergence. Sa représentation se baserait sur l'image des situations de type plan blanc et des exemples d'événements passés tels que les attentats de 2015, l'épidémie d'Ebola ou l'accident de car de Millas, et traduirait les conflits institutionnels traversant l'hôpital depuis quelques dizaines d'années.

Le manque de prise de position et d'associations idéologiques associées à la SSE a questionné le statut de l'échantillon. En effet, le groupe des « personnels hospitaliers » ne constitue pas une entité homogène, comme le montrent les résultats obtenus avec les cadres de santé, qui évoquent une plus grande part d'associations appartenant au thème lié à la pratique professionnelle. La place dans l'institution semble donc modifier le contenu associatif. Les participants indiquent que les soignants (*versus* les administratifs) des services d'urgence et de réanimation (*versus* les services faisant principalement des tâches programmées) ont une plus grande responsabilité liée aux SSE. Ensuite, pour alimenter la réflexion concernant la pertinence de l'échantillon, ces travaux ont questionné la pratique professionnelle. Cette dernière peut constituer une variable modifiant la perception des événements potentiellement SSE. En effet, les résultats ne montrent pas de différences majeures entre la population générale et les personnels hospitaliers dans les associations aux induits relatifs aux événements potentiellement SSE. Les résultats ne permettent pas d'apporter une conclusion définitive sur la pertinence du groupe personnel hospitalier. Ils semblent montrer que le terme SSE est spécifique aux personnels hospitaliers, mais que tous les personnels hospitaliers ne sont pas impliqués face aux SSE.

Ces résultats ont également remis en question la pertinence du terme SSE comme un terme englobant. Le contenu représentationnel se fonde à partir d'images que sont les situations type plan blanc et les exemples d'événements potentiellement SSE tels que les attentats, épidémies, catastrophes naturelles ou accidents de grande ampleur. Des exemples précis de situations passées servent de base imageante pour fonder les représentations des SSE. Ainsi, ces résultats questionnent le terme SSE en tant que terme suffisamment évocateur et englobant pour les personnels hospitaliers. Les représentations des types d'événements potentiellement SSE chez les personnels hospitaliers ont été étudiées afin d'observer leur potentiel lien avec la représentation des SSE. Les données montrent que les associations liées aux événements étudiés sont majoritairement spécifiques à chaque situation. Leur lien avec la SSE et une pratique professionnelle est faible. De plus, les résultats ne montrent pas de différences majeures entre les associations produites par les personnels hospitaliers et celles produites par la population générale. C'est donc le terme SSE, plutôt que les autres termes étudiés (*i.e.* attentats, inondations et épidémie) qui est associé à la pratique professionnelle des personnels hospitaliers. Ainsi, la variété d'exemples concrets mobilisés dans l'imaginaire associé aux SSE montre que le terme SSE est capable d'englober diverses situations pour une même prise en charge qui est principalement envisagée sous son aspect organisationnel.

En effet, lorsque les participants évoquent la préparation aux SSE, ils abordent principalement son aspect organisationnel. La préparation est perçue comme dépendante des institutions et notamment des moyens mis en place par et pour l'hôpital. Elle est perçue comme dépendante d'actions collectives et notamment d'entraînements pratiques pour mettre en pratique les procédures. Finalement, elle est perçue comme dépendante de l'individu et de sa volonté d'implication à la formation aux SSE. La préparation optimale et le sentiment d'être prêt sont difficilement atteignables en raison de deux éléments. Premièrement, l'institution présente et induit un manque de moyens et de formations. Deuxièmement, les caractéristiques de la situation impliquent de l'incertitude et une fréquence d'apparition trop faible pour permettre d'acquérir une pratique et non pas uniquement un savoir théorique la concernant. La préparation est distinguée du sentiment d'être prêt par les participants. Ce dernier semble inatteignable en raison d'une injonction paradoxale. D'un côté, les personnels hospitaliers perçoivent une pression à être prêts en raison de leur devoir professionnel, mais d'un autre côté, se déclarer prêts ne serait pas possible car cela traduirait une surestimation de ses propres capacités et un manque de recul sur les caractéristiques de la situation, trop incertaines pour considérer qu'il soit possible d'y être prêt. Enfin, l'intérêt même de la préparation est discuté, deux profils de professionnels semblent se dégager. D'abord, certains participants pensent

qu'elle est nécessaire pour être efficace et qu'elle fait partie de leur devoir professionnel. Ensuite, certains participants pensent que la préparation ne peut pas être efficace en raison de l'incertitude associée à ces situations. Elle constituerait donc une perte de temps et ne doit pas être prioritaire en raison des difficultés de gestion des tâches quotidiennes. La meilleure stratégie étant donc de s'adapter et de « faire au mieux » le moment venu. Ceci est rendu possible, car la plupart des participants pensent détenir les compétences techniques nécessaires pour cette prise en charge. C'est pourquoi ce sont plutôt les compétences organisationnelles qui sont discutées.

9.1.2 Axe 2 : Explorer la perception du risque des personnels hospitaliers de la survenue des SSE et de l'impréparation

Les entretiens ont montré que deux types de risques sont associés aux SSE : le risque d'apparition d'une SSE et le risque de la prise en charge inefficace. Dans l'évaluation du risque d'apparition d'une SSE, plusieurs facteurs entrent en jeu. Les participants parlent d'un côté de l'hôpital et de sa capacité à absorber l'afflux massif de victimes (*e.g.* le nombre de lits mobilisables) et d'un autre côté les possibilités d'apparition d'un événement potentiellement SSE. C'est ce dernier facteur sur lequel les participants s'attardent le plus. Le risque d'apparition d'une SSE est uniformément perçu comme grave en raison de ses conséquences, mais peu fréquent, et donc peu craint. Le risque de non-préparation ne trouve pas consensus chez les participants. En effet, la préparation n'étant pas perçue comme efficace pour tous les participants, l'absence de cette dernière ne peut pas constituer un risque.

Dans les deux cas, la finalité concerne la possibilité d'apparition des conséquences. Ces conséquences sont d'ordre psychologique, légal, médiatique, économique et politique. Le terme « risque » est faiblement présent dans les associations de l'induit SSE. La gravité est traduite par les termes « danger », « grave » et par les associations liées aux conséquences des SSE telles que « mort » ou « stress », la faible fréquence d'apparition par le terme « rare » et la faible probabilité par le terme « inhabituel ». Cependant, ces associations ne présentent que de faibles fréquences. Alors que les mots « peur » et « mort » sont très fréquents et importants dans les associations des induits des événements potentiellement SSE. Ainsi, les personnels hospitaliers

semblent percevoir la SSE comme un risque lorsqu'elle est associée à un événement. Sinon, elle est perçue comme une situation liée à des procédures professionnelles.

Concernant le risque d'apparition des événements potentiellement SSE, toutes les situations sont perçues comme graves, sont peu craintes (en dehors de l'épidémie qui est plus crainte que les autres) et sont perçues comme probables (en dehors de l'attentat qui est perçu comme moins probable que les autres). Ces caractéristiques sont semblables pour les SSE. La crainte perçue de l'épidémie plus élevée que pour les autres événements peut s'expliquer par la saillance de ce risque en raison du contexte sanitaire. Cependant, l'expérience de la première vague de la COVID-19 ne semble pas modifier de façon flagrante les représentations et perceptions des risques associés aux SSE, ni même celles liées à la situation d'épidémie. En outre, les résultats montrent que généralement, les personnels hospitaliers perçoivent les événements potentiellement sources de SSE plus risqués que la population générale.

9.1.3 Axe 3 : Mesurer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers aux SSE et identifier les facteurs qui y sont associés

Concernant la définition du sentiment d'être prêt, les entretiens semi-directifs permettent d'améliorer sa conceptualisation en le distinguant de la préparation et en proposant des hypothèses sur ses prédicteurs. La préparation déclarée et la préparation perçue sont factuelles. Ces deux notions se basent sur les comportements précédents. La perception de la préparation dépend de ces comportements et de ce dont les participants pensent avoir besoin pour prendre en charge la SSE. Le sentiment d'être prêt semble beaucoup plus difficile à évaluer. En effet, il semble incertain, en raison des questionnements sur les capacités de gestion émotionnelle au moment de la prise en charge. De plus, sa déclaration est délicate puisqu'elle fait référence à des pressions normatives. Les scores concernant ce sentiment sont moyens. Ceci peut probablement s'expliquer par ces pressions normatives qui poussent les participants à ne pouvoir se déclarer ni tout à fait prêt, ni pas du tout prêt, en raison d'injonctions contradictoires.

En effet, le sentiment d'être prêt, que ce soit aux SSE ou à la COVID-19 présente des scores moyens. Au-delà des résultats descriptifs, les résultats inférentiels permettent de mieux le définir. Ce sentiment est bien différent de la perception déclarée et perçue. Ces deux variables ne sont d'ailleurs ni les seules, ni les meilleures prédictrices du sentiment d'être prêts. Les

résultats montrent que les trois principaux prédicteurs sont : le sentiment d'auto-efficacité personnelle, la perception des collègues comme prêts et la perception de la préparation personnelle. D'autres variables sont prédictrices de ce sentiment, telles que le contrôle comportemental, la perception de la préparation de l'hôpital et la crainte de l'objet épidémie (pendant la pandémie de la COVID-19), mais dans une moindre mesure. Les résultats concernant le sentiment d'être prêt à la COVID-19 montrent des logiques similaires avec une importance élevée des facteurs collectifs et institutionnels dans la prédiction de ce sentiment. Les caractéristiques de la situation ne semblent pas ou très faiblement liées au sentiment d'être prêt. Il s'agit donc bien d'un processus n'impliquant pas seulement l'évaluation de la situation, qui semble dépendre bien plus de variables psycho-sociales.

« L'expérience directe (avoir déjà expérimenté une SSE antérieurement, telle que la gestion de la première vague de la COVID-19) et indirecte (avoir adopté des comportements de préparation tels que : assister à un retour d'expérience ou avoir participé à un exercice de simulation) de pratique liée à des SSE entraîne un sentiment d'être prêt plus élevé.

9.1.4 Axe 4 : Mesurer l'intention comportementale des personnels hospitaliers à se préparer aux SSE et identifier ses prédicteurs

Les résultats des entretiens montrent que l'intérêt de la préparation et de l'adoption de comportements de préparation sont discutés. Si deux profils sont distingués entre ceux qui estiment que la préparation est nécessaire et ceux qui estiment qu'elle est inefficace, la majorité des participants évoquent les difficultés d'adoption de comportements de préparation. Ces barrières déjà présentées dans la partie concernant l'axe de recherche 1 sont d'ordre institutionnel (l'offre disponible), collectif (l'efficacité n'est possible que si c'est un mouvement collectif) et individuel (l'adoption de ces comportements dépend d'une volonté d'implication propre). C'est pourquoi l'étude de l'intention comportementale semble pertinente, mais n'est pas suffisante si l'individu est le seul parmi ses collègues à souhaiter adopter ce comportement ou si l'offre de formation n'est pas suffisante.

Les questionnaires employés ont testé l'application du modèle de TCP dans notre contexte. Les résultats montrent que les variables supposées prédictrices de l'intention (attitude, norme et contrôle comportemental) n'expliquent qu'une faible part de la variance de l'intention

comportementale. Si le second questionnaire montre une part de la variance expliquée plus élevée, elle n'est pas suffisante pour nous convaincre de la pertinence de ce modèle dans ce contexte en l'état. Le sentiment d'être prêt a été intégré au modèle. Ce dernier est positivement, mais faiblement lié à l'intention de se préparer aux SSE. Au vu des barrières présentées grâce à l'étude 1, il semble que davantage de variables contextuelles (en comparaison aux variables psycho-sociales actuelles du modèle) devraient être intégrées dans ce modèle.

Enfin, le questionnaire avant la première vague de la pandémie de la COVID-19 en France montre que les participants ont un score très élevé d'intention comportementale à se préparer aux SSE. Ce score est plus faible dans le second questionnaire. Ce résultat étonnant peut s'expliquer par de nombreuses hypothèses. Nous proposons principalement qu'il puisse en partie découler d'une diminution de l'engagement professionnel. Si l'engagement professionnel, composé en partie de l'implication professionnelle (dont les variables diminuent entre les questionnaires pré et post-première vague de la COVID-19), diminue en raison du stress professionnel et de la fatigue professionnelle, dans un contexte tel que la pandémie de la COVID-19, l'implication et l'intention comportementale peuvent être amoindries.

9.2 PERSPECTIVES THEORIQUES

Les résultats de ces travaux de thèse argumentent pour la mobilisation d'une approche psycho-sociale pour ne plus limiter l'étude de la préparation des personnels hospitaliers à son aspect technique et procédural. Ces travaux indiquent que la notion du sentiment d'être prêt est un concept complexe, reposant sur des variables individuelles, collectives et institutionnelles. En outre, ils permettent de mieux identifier les freins et leviers à la préparation en identifiant les différents niveaux d'explication de ce phénomène. Finalement, ils proposent de lier cette étude via le modèle de la TCP à l'étude des représentations sociales.

9.2.1 Le sentiment d'être prêt : un concept à définir

Afin de répondre à la demande initiale de la thèse, il a d'abord été nécessaire de mieux définir les termes associés à la préparation. Ces travaux de thèse avaient déjà pris le parti de distinguer 4 notions avant les apports empiriques : la préparation réelle, la préparation déclarée, la perception de la préparation et le sentiment d'être prêt. Les définitions proposées sont cohérentes avec les résultats. Le sentiment d'être prêt est une notion qui fait appel à des variables individuelles, collectives et institutionnelles. Ainsi, nos résultats permettent de compléter la définition proposée initialement dans la partie théorique de la thèse. Le sentiment d'être prêt est un éprouvé concernant son propre état pour agir en réponse à une situation, se basant principalement sur le sentiment d'auto-efficacité, la perception de la préparation individuelle et collective et la perception des collègues de service comme prêts. Cependant, de nouvelles recherches sont nécessaires pour affiner cette définition.

Tout d'abord, à un niveau intra-individuel, au vu de l'importance du sentiment d'auto-efficacité, comme précisé dans la discussion de l'étude 3, une étude de la perception de la capacité des personnels hospitaliers à appliquer en situation les compétences résultant de la préparation est nécessaire (Bandura, 2003). Si la définition est très proche de la définition du sentiment d'auto-efficacité, ces deux notions peuvent se distinguer par la visée plus large du sentiment d'être prêt. En effet, si le sentiment d'auto-efficacité concerne la force de la croyance des individus dans leurs capacités à réaliser des actions précises (Bandura, 2003), le sentiment d'être prêt est moins spécifique et ne concerne pas uniquement les capacités et compétences à mettre en œuvre. Cette distinction doit tout de même être précisée, notamment grâce à une meilleure mesure de ce concept avec une échelle du sentiment d'être prêt plus précise, selon les

recommandations de Bandura (Bandura, 2006). Au lieu d'un item unique, une variété d'items devrait être employée, avec divers comportements plus précis (*i.e.* préciser les types de comportements nécessaires comme collaborer, apporter des soins, gérer ses émotions, etc.), avec une échelle de temps plus précis (*i.e.* préciser « à partir de maintenant » ou bien « si cela arrivait demain ») avec des réponses linéaires numériques allant de 0 à 100 plutôt que de 0 à 10. Enfin il serait intéressant de faire varier le type d'événements sources de SSE pour faire varier le contexte d'application de ces comportements qui peut probablement faire varier ce sentiment. Ceci afin de mieux comprendre l'articulation entre le sentiment d'être prêt et le sentiment d'auto-efficacité.

Ensuite, au vu de l'importance des variables collectives liées au sentiment d'être prêt, les recherches futures devraient étudier les relations entre les variables concernant la perception de l'institution et la perception des collègues. Il serait intéressant d'étudier la confiance en ses collègues et les processus par lesquels les individus jugent les capacités de leurs collègues et comment ce jugement modifie leur sentiment d'être prêt. Pour cela, le concept du sentiment d'auto-efficacité collective (Bandura, 1997) devrait être mobilisé. Ce concept est utile pour étudier les croyances liées aux risques de catastrophes naturelles et à l'adaptation face à ce risque (Babcicky & Seebauer, 2020). Or, nous supposons que les comportements d'adaptation face au risque d'apparition d'une SSE et d'un événement potentiellement source de SSE peuvent répondre à des logiques similaires que les comportements d'adaptation face aux risques de catastrophes naturelles. Le lien entre ce concept et le sentiment d'être prêt via le sentiment d'auto-efficacité personnelle doit être étudié. Pour cela, l'utilisation d'une échelle s'inspirant de l'étude de Babcicky et Seebauer (2020) devrait être utilisée, en différenciant l'étude de la cohésion sociale et les croyances d'efficacité spécifique à la tâche cible. En outre, la confiance que les personnels hospitaliers ont dans leur institution peut probablement être une variable d'intérêt dans les recherches futures. Pour cela, l'échelle validée de confiance dans les autorités de santé peut être utilisée (*c.f.* Eisenman et al., 2012). À un autre niveau, la confiance en leurs collègues et la qualité du leadership influencent l'engagement des infirmières pendant des crises (Arbon et al., 2013). Une échelle de confiance dans leurs collègues et de perception du leadership devrait donc être ajoutée à cette étude sur l'impact des facteurs collectifs. Pour finir, au vu de nos résultats sur l'importance des pressions à la préparation liée à leur devoir professionnel, l'étude quantitative de ces variables doit être intégrée dans des études futures. Plus précisément, il serait intéressant de s'intéresser à leur identification au groupe des

personnels hospitaliers et leur adhésion aux devoirs professionnels énoncés dans les données qualitatives.

Concernant la perception de la situation, nos résultats ne montrent pas d'effet. Ce résultat est surprenant au vu du modèle transactionnel du stress (Lazarus & Folkman, 1984) qui indique que la réponse au risque dépend de l'évaluation de la menace réalisée en parallèle de l'évaluation de ses ressources et de sa capacité à les mettre en œuvre pour faire face à cette menace. Ce modèle s'est montré pertinent dans l'étude de la préparation de la population générale à des catastrophes naturelles (Duval & Mulilis, 1999). Des études futures devraient donc être reproduites avec de meilleures mesures de la perception de la situation. Comme proposée dans la discussion de l'étude 3, la conceptualisation développée par Mias (Mias, 1988, cité par Lac et al., 2010) de l'implication professionnelle devrait être employée pour étudier d'autres composantes de cette dernière non étudiées dans notre recherche, telle que la signification et le point de référence. En outre, au vu de l'importance de la composante affective de la perception du risque vis-à-vis de la composante cognitive dans les comportements de préparation (Miceli et al., 2008), un examen plus approfondi avec de meilleurs outils psychométriques mérite d'être appliqué avant de considérer l'absence d'effet de la perception du risque sur le sentiment d'être prêt à gérer une SSE.

Enfin, il est nécessaire d'étudier, avec l'observation de comportements réels des personnels hospitaliers, l'effet de leur sentiment d'être prêt. En effet, nos résultats indiquent que plus les personnels hospitaliers se sentent prêts, plus ils ont une intention d'adopter des comportements de préparation élevée. Cependant, cela ne montre pas l'effet direct sur l'adoption réelle du comportement. Ainsi, une étude longitudinale avec recueil des comportements de préparation est nécessaire pour étudier le lien entre ces deux notions. De plus, une étude expérimentale serait pertinente afin d'étudier l'impact de ce sentiment sur la gestion d'une situation, via un exercice de crise. Plusieurs mesures seraient nécessaires pour étudier la gestion de la situation, au niveau organisationnel et émotionnel, ainsi que le bénéfice de ce type d'exercice sur le sentiment d'être prêt et la perception de la préparation. Là encore, pour mieux définir ces concepts et leurs interactions.

9.2.2 L'adoption du comportement de préparation

Une méta-analyse a également montré que, selon le type de comportement, les composantes du modèle de la TCP avaient des forces de prédiction différentes de l'intention et

du comportement. L'attitude expérientielle, l'attitude instrumentale et la norme descriptive sont de meilleurs prédicteurs pour les comportements à risque que pour les comportements de protection (McEachan et al., 2016). Ainsi, nous pouvons nous demander si les comportements de préparation peuvent être d'autres types de comportements avec des articulations entre ces facteurs différents. En effet, il ne s'agit pas à proprement parler d'un comportement de protection au sens où il s'agit d'un comportement hétérocentré et non autocentré pour une protection de sa propre santé. Cette hypothèse peut être une piste pour améliorer la valeur explicative de ce modèle dans notre contexte. En effet, nos résultats montrent qu'une optimisation de ce modèle dans notre contexte est nécessaire. La nature du comportement peut expliquer des disparités de variables explicatives. Cependant, nos résultats peuvent aussi s'expliquer méthodologiquement. Une étude a montré l'intérêt de l'application de ce modèle dans le cadre d'adoption de comportements de préparation chez la population générale à des risques naturels (Vinnell et al., 2021). Elle soutient que l'application de meilleurs outils pour l'évaluer pourrait expliquer certains résultats montrant les faiblesses de ce modèle. Ainsi, cette étude met en avant l'importance de la distinction à deux facteurs pour toutes les variables. Plus précisément, cette recherche distingue les attitudes instrumentales et expérientielles, les normes sociales descriptives et injonctives, et le contrôle comportemental perçu en termes de contrôlabilité et de sentiment d'auto-efficacité. Il est nécessaire d'inclure la mesure des croyances dans lesquelles prennent source ces variables (Vinnell et al., 2021). De plus, le comportement cible devrait être plus précis que dans notre étude ; en effet, son caractère général permet une étude de l'intention des personnels hospitaliers à se préparer, mais ancrer ce type de comportement dans le concret est plus pertinent pour mettre les participants dans des conditions plus réelles (Francis et al., 2004). Ainsi, plusieurs mesures d'intention d'adopter des comportements variés devraient être employées, par exemple en déclinant les comportements relevés pour l'évaluation de la préparation réelle (*e.g.* la participation à des exercices de simulation, la participation à une formation spécialisée, la participation à un retour d'information sur des SSE antérieures, la lecture du plan d'urgence et la demande d'informations auprès de référents de crise sanitaire). Bien évidemment, une mesure des comportements à quelques mois d'intervalle est nécessaire pour observer le lien entre l'intention et le passage à l'action. Ainsi, des recherches futures pourraient s'attacher à adapter et valider l'outil de mesure proposé par ces auteurs dans notre contexte.

Au-delà de ces considérations méthodologiques, nos résultats montrent qu'en l'état, les variables du modèle de la TCP ne sont pas suffisantes pour prédire l'adoption des

comportements de préparation. Nous supposons que la perception des freins techniques doit entrer en jeu dans la volonté d'adopter ces comportements. Il est nécessaire d'étudier la perception de ces freins et leur lien avec l'intention d'adopter un comportement de préparation. Cependant, nous proposons que ces variables ne sont pas les seules nécessitant d'être ajoutées à ce modèle dans notre contexte. Paton propose un modèle de préparation multi-événements (*cf.* Figure 4) en regroupant de nombreux facteurs proposés dans la littérature en psychologie sociale²⁶. Il se base sur le modèle de la TCP qui postule que des variables précurseurs permettent la formation de l'intention qui elle-même motive le comportement (Paton, 2003). Ainsi, en plus des variables du modèle de la TCP, diverses variables concernant la perception de la situation, les résultats espérés, le type de coping employé, l'efficacité de la réponse perçue, le sens de la communauté et la responsabilité perçue influencent l'intention et l'adoption du comportement. Nos résultats provenant des entretiens qualitatifs corroborent certains de ces effets énoncés. Il semble que les personnels hospitaliers qui considéraient que la SSE n'était que très peu probable, que la préparation n'était pas efficace pour gérer des situations aussi imprévisibles et qu'ils n'étaient pas les personnels hospitaliers avec le plus de responsabilités à prendre en charge ces situations, avaient plus l'intention d'adopter des comportements de préparation que les autres. Devant la richesse de ce modèle et l'encouragement de nos résultats qualitatifs, il nous semble important de le tester quantitativement. Pour cela, une nouvelle étude se basant sur des modèles d'équations structurales avec des mesures plus complètes de la TCP et des variables du modèle de Paton permettrait de comparer ces deux modèles et peut être d'enrichir l'un ou l'autre des modèles.

Enfin, ces résultats permettent d'étudier les personnels hospitaliers comme des individus, intégrés dans des systèmes larges, tels que la société, l'institution, le service, les pairs et l'individu en lui-même. Sans prétendre à l'exhaustivité, ces travaux ont permis d'explorer divers niveaux d'exploration des phénomènes intra-individuels, inter-individuels, positionnels et idéologiques (Doise, 1982). Bien que ces résultats soient principalement centrés sur le niveau intra-individuel et inter-individuel, les autres niveaux peuvent être envisagés grâce à nos résultats. Au niveau intra-individuel, l'étude des variables individuelles s'articule avec le sentiment d'être prêt et l'intention d'adopter des comportements de préparation. Au niveau inter-individuel, les perceptions de l'individu sur son groupe sont liées à son sentiment d'être prêt et à l'intention d'adopter des comportements de préparation. Au niveau positionnel, la place des individus dans l'institution influence leur sentiment d'être prêt et leur intention

²⁶ Pour plus de précisions, voir le chapitre 3 (p.78).

d'adopter des comportements de préparation et à la manière dont leur statut au sein de la société en tant que personnels hospitaliers pouvait expliquer nos résultats. Enfin, au niveau idéologique, nous nous sommes intéressés aux représentations des individus. Cependant, ce dernier niveau n'a été que très peu mobilisé, car les représentations n'ont pas été mises en lien avec des systèmes d'idéologies et de modèles explicatifs du monde. Au-delà de ces diverses insertions, la situation professionnelle a été prise en compte, notamment en s'adaptant au contexte sanitaire lors des études et en analysant ces résultats au regard des réalités qui traversent l'hôpital. Ces résultats et cette approche supposent donc que l'adoption du comportement de préparation ne peut pas se résumer aux variables plutôt intra-individuelles explorées par le modèle de la TCP. Les autres niveaux d'analyses doivent être mobilisés pour une meilleure compréhension de ce phénomène.

9.2.3 TCP et représentations sociales : un lien à explorer

Nous proposons d'articuler nos résultats provenant de l'analyse des représentations associées aux SSE via la théorie des représentations sociales pour mieux comprendre nos résultats sur l'application du modèle de la TCP. En effet, cette théorie postule que les attitudes, normes et le contrôle comportemental perçu se fondent sur des croyances (Ajzen, 2002). Cependant, la façon dont sont définies ces croyances ne semble pas suffisamment élargie pour prendre en compte leur construction et l'importance de l'insertion sociale des individus. Si la mesure de ces variables telle que proposée avec l'application de la TCP est essentielle, il nous semble que la coupler avec une meilleure compréhension des représentations associées aux objets en lien avec le comportement cible permettrait d'améliorer leur compréhension. En effet, l'emploi de la théorie des représentations sociales permet d'articuler les cognitions sociales relevées et les processus de production de ces cognitions avec les mesures des variables du modèle de la TCP, prenant leurs sources dans des croyances. Ainsi, cela permet d'intégrer à ce modèle centré sur des croyances individuelles un caractère plus social, via la genèse de représentations sociales se fondant sur le système social. Nos résultats ne montrant pas de développement d'idéologies fortes en lien avec ces objets, la prise en compte grâce à la théorie des représentations sociales des insertions des individus est à un niveau plutôt inter-individuel et positionnel, mais pas ou peu idéologique (*c.f.* Doise, 1982). Concernant les croyances comportementales, définies comme les attitudes favorables ou défavorables vis-à-vis du

comportement (Ajzen, 2002), les résultats ne montrent pas de résultats tranchés. Si l'intérêt des comportements de préparation est discuté et ne fait pas consensus, son appréciation en terme affectif n'est pas discutée. La préparation est tout de même perçue comme efficace par une majorité des participants, même si elle ne semble pas fortement valorisée par la plupart d'entre eux. Concernant les croyances normatives, définies comme la pression sociale perçue à adopter le comportement ou non (Ajzen, 2002), les résultats montrent que les personnels hospitaliers perçoivent des pressions à se préparer en raison de leur devoir professionnel. Cependant, ils perçoivent également d'autres pressions en raison de ce même devoir à prioriser leurs tâches quotidiennes qui peuvent inhiber l'effet du premier type de pression à se préparer. Il semble donc que c'est en fonction de leur statut dans l'institution et dans la société que se développent ces croyances normatives. Concernant les croyances de contrôle, définies comme la perception du contrôle comportemental (Ajzen, 2002), les résultats montrent que les personnels hospitaliers perçoivent en partie un contrôle sur leur comportement, puisque la préparation dépend selon eux en partie de l'implication personnelle. Cependant, pour ces derniers, la préparation dépend plus encore de procédures externes, telles que l'offre de formation ou le temps alloué à la gestion quotidienne. Là encore, il semble que leurs croyances de contrôle se développent en fonction de leur insertion dans l'institution et plus particulièrement le degré de responsabilité et d'autonomie qu'ils perçoivent dans cette dernière.

Au vu de nos résultats et de la manière dont ils peuvent se compléter, il semble pertinent d'aller encore plus loin. À l'avenir, il serait nécessaire d'enrichir nos résultats concernant les représentations des personnels hospitaliers en lien avec les SSE. En effet, les représentations mises en évidence n'ont pas permis d'intégrer le discours institutionnel et sociétal. Pourtant son étude permettrait d'accéder à un autre niveau de compréhension des représentations des personnels hospitaliers. Son analyse pourrait passer par une étude documentaire des informations officielles adressées aux personnels hospitaliers, ainsi que par une analyse de presse. Dans la continuité, il serait également pertinent de comprendre comment les personnels hospitaliers se représentent leur institution et leur groupe professionnel. En effet, la façon dont les personnels hospitaliers considèrent la préparation de l'hôpital et de leurs collègues est apparue comme importante, et elle peut être associée aux représentations liées à ces objets. Compléter les résultats de cette thèse par ces analyses pourrait permettre de mieux apprécier le système de représentations dans lequel il convient de comprendre la place des représentations des SSE. Une liste des concepts structurant les associations à ces représentations permettrait de repérer les liens entre ces éléments et les variables de la TCP étudiées expérimentalement.

Ensuite, grâce à une meilleure étude du modèle de la TCP via de meilleurs outils, les études futures pourraient s'attacher à étudier comment ces représentations induisent les croyances relatives aux variables de la TCP. Elles pourraient prendre en compte leur dynamique au regard de l'insertion sociale et du contexte dans lequel sont présents les personnels hospitaliers. De plus, des mesures d'adhésion des personnels hospitaliers aux concepts structurant les représentations associées aux SSE pourraient permettre d'étudier cette articulation d'un point de vue quantitatif.

9.3 PERSPECTIVES PRATIQUES

Les résultats de cette thèse permettent de proposer des recommandations concernant les freins organisationnels, la motivation des personnels hospitaliers et l'adaptation des formations. Cependant, même si cette thèse se veut écologique, l'organisation du travail au sein de l'hôpital ainsi que la manière dont la préparation aux SSE est gérée ne nous sont pas totalement connues. La proposition de recommandations doit donc être construite avec ces derniers. Une séance de présentation de ces résultats aux participants a permis de les articuler en partie avec leur pratique. Ces recommandations sont donc dépendantes de ces échanges, mais doivent être améliorées avec ces derniers pour les rendre plus opérationnelles.

9.3.1 Des barrières techniques

Une étude a identifié les obstacles perçus à la préparation aux catastrophes signalés par les personnels hospitaliers des États-Unis. Le premier était le manque de temps, suivi par la disponibilité des ressources, l'accès aux experts, l'obtention d'exercices de mise en situation et enfin le manque d'intérêt (Walczyszyn et al., 2016). Nos résultats corroborent ces résultats concernant l'importance des barrières institutionnelles (ou de leur perception), techniques et collectives par rapport aux barrières individuelles et psychologiques. En effet, ils montrent que les freins à la préparation sont de plusieurs ordres, techniques ou psychologiques d'une part, institutionnels, collectifs ou individuels d'autre part. Les barrières techniques et institutionnelles concernent l'accès à la formation, que ce soit pour des raisons d'offre de formation ou d'accès en raison de l'emploi du temps des personnels hospitaliers. Dans un contexte d'augmentation du rythme du travail (Benallah & Domin, 2017)²⁷ et de recherche de rentabilité de l'offre de soins (Juven, 2018), il semble en effet difficile d'allouer plus de budget et donc plus d'offres de formation à la préparation aux SSE des personnels hospitaliers. En effet, une des difficultés relevées par les participants concerne l'inadéquation entre les temps de formation aux SSE et la gestion de leur tâche quotidienne. Outre les problématiques de moyens et de ressources humaines, ces formations doivent justifier de leur intérêt afin de légitimer les choix de priorisation des moyens alloués. De plus, certains formats de formation

²⁷ Pour la période de 1998 à 2013.

doivent être repensés afin de s'adapter au quotidien difficilement gérable des personnels hospitaliers pour ne pas être perçus comme une charge de travail supplémentaire et inutile.

Les résultats concernant la probable diminution de l'engagement des personnels hospitaliers en lien avec les SSE sont potentiellement liés à ces freins techniques. Au-delà de son explication, cette description est préoccupante pour la gestion à venir des futures SSE. En effet, l'engagement et l'implication des personnels de l'administration publique sont nécessaires pour fournir un service efficient face à la politique de réduction des coûts (Kernaghan, 2011 ; MacLeaod & Clarke, 2011). De même, lorsque le personnel hospitalier perçoit que son institution anticipe les catastrophes, qu'elle peut constituer un soutien et fournir une protection adéquate, il est encouragé à se rendre au travail (Gowing et al., 2017). Une étude a montré que la perception d'un manque de choix lors des réaffectations des personnels hospitaliers aux unités COVID-19 réduit l'intention de rester travailler dans l'institution et le bien-être au travail. Si l'hôpital se montre flexible concernant les horaires de travail ou des congés extraordinaires, les personnels hospitaliers peuvent moins percevoir les contraintes de la pratique dans ces unités et percevoir l'hôpital comme plus réactif, ce qui entraîne une plus grande intention de rester travailler (Gilles et al., 2021). L'institution hospitalière doit donc veiller à ce que cet engagement professionnel reste élevé, notamment en assurant les personnels hospitaliers de son efficacité en cas de catastrophes et en permettant des conditions de travail laissant la possibilité aux personnels hospitaliers d'envisager de se décentrer de leurs tâches quotidiennes pour se former à une situation perçue comme peu probable. Ainsi, ces résultats impliquent des interrogations sur les choix institutionnels et politiques de nos sociétés concernant la place accordée aux personnels hospitaliers, à leur formation et à la qualité du soin.

9.3.2 Le rapport entre les personnels hospitaliers et les SSE

Le rapport que les personnels hospitaliers entretiennent avec les SSE est dynamique. Il est en effet dépendant du contexte, c'est-à-dire de l'insertion sociale de l'individu au sein de son institution et de la société, en relation avec les autres groupes sociaux et du contexte sanitaire auquel les individus sont confrontés. C'est pourquoi les formations doivent s'adapter aux participants et à leur place dans l'établissement et dans la société, lui-même dépendant du contexte sanitaire. Ainsi, afin d'améliorer la préparation des personnels hospitaliers, deux

phases sont nécessaires, d'abord motiver les individus à adopter les comportements, par plusieurs biais présentés ci-dessous, puis adapter les formations pour qu'elles soient perçues comme utiles et augmentent le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers.

9.3.2.1 Motiver les personnels hospitaliers à l'adoption de comportements de préparation

Au-delà des leviers à un niveau institutionnel et sociétal qui sont nécessaires d'actionner, des processus individuels et collectifs prennent également leur part dans l'adoption des comportements de préparation. Avant la première vague de la COVID-19, la norme injonctive provenant des pairs semblait exercer moins de pression que lorsqu'elle provenait de la société. Ceci n'est plus vrai après le premier pic de la COVID-19. Il serait intéressant de comprendre les raisons de cette évolution. D'abord, des études seraient pertinentes concernant le poids accordé à chaque type de norme et l'effet de la pratique sur la perception de ces dernières. Nous supposons que selon la saillance de ces normes (comme la mise en avant du rôle des soignants en tant que professionnel de « première ligne » dans la société avant le premier pic de la COVID-19), elles auront des effets différents. Dans ces conditions, les institutions hospitalières peuvent mettre en avant le rôle dans la société des personnels hospitaliers et donc la force de la norme injonctive provenant de la société. Au vu des résultats concernant la norme descriptive et l'importance d'une préparation collective, les institutions peuvent également insister sur le nombre de personnels hospitaliers ayant participé à ces formations, bien qu'il serait plus utile encore de mettre en avant à un niveau plus local le nombre de leurs collègues de services ayant participé à ces formations. Il est d'ailleurs nécessaire de la part des gestionnaires des services de veiller à ce que des pressions inverses ne s'exercent pas sur les personnels hospitaliers, comme cela peut être le cas lorsque les formations sont perçues comme une charge supplémentaire pouvant entraîner la négligence de tâches quotidiennes. Pour cela, si une réflexion concrète sur le rythme de travail est nécessaire, dans un second temps un travail sur cette perception est également à réaliser, en mobilisant les normes collectives en place dans l'institution.

L'attitude expérientielle affective est l'une des variables les plus prédictrices de l'intention comportementale de se préparer. Cependant, le score moyen à cette attitude est relativement faible. Ainsi, se concentrer sur l'attractivité des formations proposées afin de

rendre le comportement de préparation plus « plaisant » et « distrayant » pourrait être un recours pour augmenter l'intention comportementale de se préparer. Afin d'augmenter simultanément les scores liés aux attitudes et aux normes, une augmentation des campagnes d'informations qui amènerait les personnels hospitaliers à discuter du sujet des SSE pourrait être intéressante. En effet, l'augmentation d'échanges actifs concernant des risques et les mesures de protection pour atténuer leurs conséquences incite le développement d'attitudes et de normes subjectives favorisant l'adoption de comportements de protection (Hardin & Higgins, 1996). Nos résultats indiquent également que les personnels hospitaliers n'ont pas montré de prise de position tranchée concernant le jugement affectif de ces formations et qu'elle ne fait que faiblement appel à une prise de position idéologique et à des valeurs. L'augmentation de ces échanges serait alors probablement bénéfique pour que les personnels hospitaliers s'approprient plus encore ces objets, afin notamment de développer leur autonomisation en lien avec ces objets et donc leur motivation intrinsèque à se préparer (Deci & Ryan, 2000).

Les résultats montrent que le contrôle comportemental perçu vis-à-vis de l'adoption du comportement de préparation aux SSE est relativement faible alors qu'il est le plus prédicteur dans le modèle de la TCP. En effet, la contrôlabilité peut être perçue comme faible en raison des barrières techniques évoquées précédemment. Il semble donc important de donner plus de contrôle aux personnels hospitaliers sur leurs comportements de préparation. Pour cela, donner plus de choix aux personnels hospitaliers permet là encore une autonomisation, avec un sentiment de contrôle plus élevé et donc une motivation intrinsèque plus élevée (Deci & Ryan, 2000). Augmenter le pouvoir d'agir au niveau de l'individu et du groupe des personnels hospitaliers en les intégrant plus encore dans les décisions relatives aux SSE pourrait augmenter la perception du contrôle comportemental. En effet, il n'est pas suffisant de proposer une offre de formation, il est nécessaire que les personnels hospitaliers aient plus de contrôle sur l'adoption de leur comportement, hors pression extrinsèque telle que la surveillance ou l'évaluation. Il serait par exemple possible de leur proposer de coconstruire les procédures de formations via le type de formations, leur forme, leur contenu et leur période.

9.3.2.2 Adapter les formations

Au-delà de la motivation des personnels hospitaliers à participer à ces formations, ces dernières peuvent être modifiées pour mieux atteindre l'un de leurs objectifs : augmenter le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers. Compte tenu de l'importance de l'aspect

collectif, il semble nécessaire de penser les formations en mettant un accent sur les aspects sociaux, c'est-à-dire en renforçant le sentiment d'être prêt au sein d'un groupe de travail ou d'un service, ainsi que sur les aspects institutionnels. D'une part, renforcer la confiance dans les collègues et l'institution est nécessaire pour que les participants se perçoivent en capacité de répondre à ces situations, ainsi que la coordination qui est perçue comme un frein à la préparation. Par exemple, les formations futures pourraient se concentrer sur l'efficacité de l'hôpital et des collègues à gérer la SSE en renforçant le sentiment d'efficacité collective (c.f. Bandura, 1997) et le sentiment d'appartenance des personnels hospitaliers au groupe. D'autre part, les résultats montrent une diffusion de la responsabilité concernant la préparation et la gestion des SSE vers les professionnels considérés comme plus « experts ». La présence d'autrui (physique ou symbolique) diminue la perception du pouvoir d'agir et la perception du lien entre les actions de l'individu et ses conséquences (Beyer et al., 2017). Il est donc également nécessaire d'axer les formations sur la nécessité et l'importance de la préparation et l'implication de tous les personnels hospitaliers, en tant que décideurs de l'adoption des comportements de préparation et des conséquences qui en découlent à un niveau individuel et collectif.

L'un des autres objectifs de ces formations devrait être de légitimer la préparation. Pour cela, l'incertitude et la rareté de ces situations sont à aborder. En effet, il s'agit des plus grosses difficultés relevées par les participants. Pour encourager les pratiques de préparation et l'adhésion des personnels hospitaliers lors des formations, il est nécessaire de s'intéresser à la perception du risque et notamment à la perception de la probabilité et de la fréquence comme faible et de l'imprévisibilité comme élevée. Les formations doivent montrer en quoi elles sont utiles malgré la fréquence basse de ces situations. S'appuyer sur des exemples précis de situations antérieures comme des attentats, épidémies, catastrophes naturelles ou accidents de grande ampleur pourrait être pertinent pour susciter, chez les personnels hospitaliers, des images mentales de ces situations et rendre le concept de SSE plus concret. Les formations doivent également montrer en quoi elles sont susceptibles d'aider à mieux répondre face aux incertitudes inhérentes aux SSE. Les participants estiment qu'ils pourront faire face à la crise en s'adaptant. Ainsi, montrer que les formations sont nécessaires pour obtenir une base qu'il est possible d'adapter pourrait également être pertinent. D'ailleurs la construction de formations permettant de renforcer des compétences mobilisables à la fois dans des conditions normales et dans une SSE pourrait augmenter la perception d'utilité de ces situations. Il serait alors

intéressant d'insister sur les points communs entre ces types de situations (*e.g.* la gestion de l'incertitude, la réorganisation du service en cas de manque d'effectif, etc.).

Les résultats suggèrent que les comportements de préparation sont liés au sentiment d'être prêt. Parmi ceux étudiés, la participation aux exercices de simulation et les retours d'expérience de SSE antérieures apparaissent comme les plus importants. Ainsi, au-delà des formations qui apportent des informations et peuvent transmettre les messages et favoriser certains processus cités précédemment, ces outils doivent être employés en premier lieu pour améliorer le sentiment d'être prêt des personnels hospitaliers. Cependant, comme cela est précisé dans les résultats, les compétences organisationnelles semblent plus appréhendées par les personnels hospitaliers que les compétences techniques. Par le biais de ces exercices et retours d'expérience, les participants doivent augmenter leurs compétences organisationnelles et juger de l'efficacité de l'institution et du collectif pour augmenter leur propre sentiment d'être prêt.

10. REFERENCES

- Abric, J.-C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Delval.
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (2001). L'approche structural des représentations sociales : Développements récents. *Psychologie et société*, 4(2), 81-104.
- Abric, J.-C. (2003). L'analyse structurale des représentations. Dans S. Moscovici & F. Buschini, *Les méthodes des sciences humaines* (p. 375-392). Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (2005). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. Dans J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 59-80). Erès.
- Adiyoso, W., & Kanegae, H. (2013). Effectiveness of disaster-based school program on students' earthquake-preparedness. *Journal of Disaster Research*, 8(5), 1009-1017. <https://doi.org/10.20965/jdr.2013.p1009>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I., & Driver, B. L. (1992). Application of the theory of planned behavior to leisure choice. *Journal of Leisure Research*, 24(3), 207-224. <https://doi.org/10.1080/00222216.1992.11969889>

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6(4), 466-487. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(70\)90057-0](https://doi.org/10.1016/0022-1031(70)90057-0)
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation : Reasoned and automatic processes. *European Review of Social Psychology*, 11(1), 1-33. <https://doi.org/10.1080/14792779943000116>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. Dans D. Albarracin, B. T. Johnson, & M. P. Zanna, *Handbook of attitudes and attitude change : Basic principles* (p. 173 –221). Erlbaum.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior : Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Al Harthi, M., Al Thobaity, A., Al Ahmari, W., & Almalki, M. (2020). Challenges for nurses in disaster management : A scoping review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2627-2634. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279513>
- Al Khalaileh, M. A. A., Bond, A. E., Beckstrand, R. L., & Al-Talafha, A. (2010). The Disaster Preparedness Evaluation Tool © : Psychometric testing of the Classical Arabic version. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 664-672. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05208.x>
- Al-Ashwal, F. Y., Kubas, M., Zawiah, M., Bitar, A. N., Mukred Saeed, R., Sulaiman, S. A. S., Khan, A. H., & Ghadzi, S. M. S. (2020). Healthcare workers' knowledge, preparedness, counselling practices, and perceived barriers to confront COVID-19 : A cross-sectional study from a war-torn country, Yemen. *PLOS ONE*, 15(12), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243962>

- Alexander, D. E. (2002). *Principles of Emergency Planning and Management*. Oxford University Press.
- Ammirati, C., Créange, V., Amsallem, C., & Schmit, J.-L. (2008). Évaluation du ressenti des personnels hospitaliers face au plan blanc et au risque de pandémie grippale – enquête auprès de 1937 personnes. *Journal Européen des Urgences*, 21, A182. <https://doi.org/10.1016/j.jeur.2008.03.539>
- Apostolidis, T. (2005). Représentations sociales et triangulation : Enjeux théorico-méthodologiques. Dans J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 13-35). Erès.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003>
- Arbon, P., Ranse, J., Cusack, L., Considine, J., Shaban, R. Z., Woodman, R. J., Bahnisch, L., Kako, M., Hammad, K., & Mitchell, B. (2013). Australasian emergency nurses' willingness to attend work in a disaster : A survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(2), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.05.003>
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 13(3), 93-126. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour : A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Azali, N. A., & Ludin, S. M. (2020). Disaster preparedness awareness among critical care nurses at a tertiary hospital in Pahang, Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Research*, 4(3), 26-34. <https://doi.org/10.31674/mjmr.2020.v04i03.005>

- Baack, S., & Alfred, D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters : Nurses' perceived competence in disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281-287. <https://doi.org/10.1111/jnu.12029>
- Baack, S. T. (2011). *Analysis of texas nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters* [Thèse de doctorat, University of Texas]. https://scholarworks.uttyler.edu/nursing_grad/22/
- Babcicky, P., & Seebauer, S. (2020). Collective efficacy and natural hazards : Differing roles of social cohesion and task-specific efficacy in shaping risk and coping beliefs. *Journal of Risk Research*, 23(6), 695-712. <https://doi.org/10.1080/13669877.2019.1628096>
- Baggio, S., & Rouquette, M.-L. (2006). La représentation sociale de l'inondation : Influence croisée de la proximité au risque et de l'importance de l'enjeu. *Bulletin de psychologie*, 59(1), 103-117. <https://doi.org/10.3917/bupsy.481.0103>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The Exercise of Control*. Freeman.
- Bandura, A. (2003). *Auto efficacité le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trad.; 1^{re} éd.). De Boeck Supérieur.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. Dans F. Pajares & T. Urdan, *Self-efficacy beliefs of adolescents* (p. 307-337). Information Age Publishing.
- Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2018). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 491-503. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.06>
- Bardin, L. (2003). *L'analyse du contenu* (7^e éd.). Presses Universitaires de France.

- Baszanger, I. (1990). Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. *Revue française de sociologie*, 31(2), 257-282. <https://doi.org/10.2307/3322430>
- Bataille, M., Blin, J. F., Jacquet-Mias, C., & Piasser, A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 57-89.
- Beauvois, J.-L. (2001). Psychologie sociale, psychosociologie et psychologie sociale appliquée. Dans J.-L. Beauvois & J.-M. Monteil, *La psychologie sociale, tome V. Des compétences pour l'application* (p. 9-21). Presses Universitaires de Grenoble.
- Becker, J. S., Paton, D., Johnston, D. M., & Ronan, K. R. (2013). Salient beliefs about earthquake hazards and household preparedness: Salient beliefs about earthquake hazards. *Risk Analysis*, 33(9), 1710-1727. <https://doi.org/10.1111/risa.12014>
- Becker, J. S., Paton, D., Johnston, D. M., Ronan, K. R., & McClure, J. (2017). The role of prior experience in informing and motivating earthquake preparedness. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 22, 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.03.006>
- Bein, T., Karagiannidis, C., & Quintel, M. (2020). Climate change, global warming, and intensive care. *Intensive Care Medicine*, 46(3), 485-487. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05888-4>
- Bélangier, D., & Godin, G. (2003). La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement. Dans M. Gérin, P. Gosselin, S. Cordier, C. Viau, P. Quénel, & E. Dewailly, *Environnement et santé publique. Fondements et pratiques* (p. 277-288). Edisem.
- Belorgey, N. (2018). Nouvelle gestion publique et professions hospitalières. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 670-681. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180647>

- Benallah, S., & Domin, J.-P. (2017). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital : Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? *Travail et emploi*, 152, 5-31. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.7755>
- Berhanu, N., Abrha, H., Ejigu, Y., & Woldemichael, K. (2016). Knowledge, experiences and training needs of health professionals about disaster preparedness and response in southwest Ethiopia : A cross sectional study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 26(5), 415-426. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v26i5.3>
- Beyer, F., Sidarus, N., Bonicalzi, S., & Haggard, P. (2017). Beyond self-serving bias : Diffusion of responsibility reduces sense of agency and outcome monitoring. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 138-145. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw160>
- Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A., & Bandari, D. K. (2020). Knowledge and perceptions of COVID-19 among health care workers : Cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e19160. <https://doi.org/10.2196/19160>
- Blin, J. F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. L'Harmattan.
- Bourque, L. B., Regan, R., Kelley, M. M., Wood, M. M., Kano, M., & Mileti, D. S. (2013). An examination of the effect of perceived risk on preparedness behavior. *Environment and Behavior*, 45(5), 615-649. <https://doi.org/10.1177/0013916512437596>
- Boylan, J. (2016). *The development and validation of the bushfire psychological preparedness scale (bpps)*. [Thèse de doctorat, University of Western Australia].
- Boylan, J., & Lawrence, C. (2020). What does it mean to psychologically prepare for a disaster? A systematic review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 45, 101480. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101480>
- 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.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>
- Cadet, B., & Kouabénan, D. R. (2005). Évaluer et modéliser les risques : Apports et limites de différents paradigmes dans le diagnostic de sécurité. *Le travail humain*, 68(1), 7-35.
<https://doi.org/10.3917/th.681.0007>
- Calma, J. E., Castro, M. F., Chavez, M. R., & Diputado, J. (2015). Psychological preparedness and coping mechanisms of residents in the flood-prone area Jade Valley, Davao City. *ARETE*, 3(1), 43-57.
- Carli, P., & Telion, C. (2014). *Catastrophe et plan blanc : Comment se réorganiser en urgence*. 1-15.
- Casalino, E., Bouzid, D., Ben Hammouda, A., Wargon, M., Curac, S., Hellmann, R., Choquet, C., & Ghazali, D. A. (2020). COVID-19 preparedness among emergency departments : A cross-sectional study in France. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.331>
- Center for Emergency Preparedness and Response. (2008). *Gender mainstreaming in emergency management : Opportunities for building community resilience in Canada*. Public Health Agency of Canada, Centre for Emergency Preparedness and Response.
http://www.gdnonline.org/resources/Enarson_GenderMainstreamingCanada.pdf
- Chauvin, B. (2014). *La perception du risque*. De Boeck Supérieur.
- Chesterman, A., Lopez, A., Rateau, P., & Weiss, K. (2019). When factors of risk perception are an obstacle to risk representation : Earthquakes in Southern France. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2018.12.001>
- Chokshi, N. K., Behar, S., Nager, A. L., Dorey, F., & Upperman, J. S. (2008). Disaster management among pediatric surgeons : Preparedness, training and involvement.

- American Journal of Disaster Medicine*, 3(1), 5-14.
<https://doi.org/10.5055/ajdm.2008.0001>
- Cialdini, R. B., Reno, R. R., & Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct : Recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(6), 1015-1026.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.
- Combalbert, L. (2012). L'agilité des organisations dans la gestion des crises. *Securite et strategie*, 10(3), 42-48.
- Conner, M., McEachan, R., Lawton, R., & Gardner, P. (2017). Applying the reasoned action approach to understanding health protection and health risk behaviors. *Social Science & Medicine*, 195, 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.022>
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. McGraw-Hill Education.
- Conseil National pour la Science. (2008). *A science plan for integrated research on disaster risk : Addressing the challenge of natural and human-induced environmental hazards*. ICSU.
- Corsini, R. J. (1999). *The Dictionary of Psychology*. Brunner Mazel.
- Crites, S. L., Fabrigar, L. R., & Petty, R. E. (1994). Measuring the affective and cognitive properties of attitudes : Conceptual and methodological issues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(6), 619-634.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Dans G. Lo Monaco, S. Délouvé, & P. Rateau, *Les représentations sociales* (p. 85-102). De Boeck.
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2015). Free associations and social representations : Some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality & Quantity*, 49(2), 489-507. <https://doi.org/10.1007/s11135-014-0005-z>

- De Sakutin, S. (2020). Applaudis puis oubliés : Les soignants de retour dans la rue. *Challenges*.
https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/applaudis-puis-oublies-les-soignants-de-retour-dans-la-rue_714917
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « What » and « Why » of goal pursuits : Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Denzin, N. K. (1978). *The research act : A theoretical introduction to sociological methods* (2^e éd.). McGraw-Hill.
- DeYoung, S., & Peters, M. (2016). My community, my preparedness : The role of sense of place, community, and confidence in government in disaster readiness. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 34(2), 250-282.
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (2002). *Circulaire DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes*.
- Direction générale de la santé - département des urgences sanitaires - bureau organisation et préparation. (2014). *Formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles* (p. 30) [Note technique de cadrage]. Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Direction générale de la santé, & Direction générale de l'offre de soins. (2019). *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Presses Universitaires de France.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales : Définition d'un concept. Dans W. Doise & A. Palmonari, *L'étude des représentations sociales* (p. 81-94). Delachaux et Niestlé.

- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. Dans R. Ghiglione, C. Bonnet, & J. F. Richard, *Traité de psychologie cognitive* (p. 111-174). Dunod.
- Domin, J.-P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 17. <https://doi.org/10.4000/regulation.11293>
- Douglas, M. (2003). *Risk and blame : Essays in cultural theory* (2^e éd.). Taylor & Francis.
- Drogrey, M., Pernet, J., & Hausfater, P. (2020). Retour d'expérience sur la réorganisation d'un service d'urgence de centre hospitalo-universitaire en réponse à l'épidémie de Covid-19. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 10(4-5), 233-242. <https://doi.org/10.3166/afmu-2020-0274>
- Dubar, C. (2014). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Colin.
- Dumas, M., & Ruiller, C. (2011). *Quelles compétences pour le cadre de santé de demain? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain : un métier à «panser»*. 22eme Congrès de l'AGRH, Marrakech. <https://docplayer.fr/10441163-Quelles-competences-pour-le-cadre-de-sante-de-demain-entre-prescriptions-multi-objectifs-et-realite-du-terrain-un-metier-a-panser.html>
- Duval, T. S., & Mulilis, J.-P. (1999). A Person-Relative-to-Event (PrE) approach to negative threat appeals and earthquake preparedness : A field study. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(3), 495-516. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb01398.x>
- Eisenman, D. P., Williams, M. V., Glik, D., Long, A., Plough, A. L., & Ong, M. (2012). The public health disaster trust scale : Validation of a brief measure. *Journal of Public Health Management and Practice*, 18(4), E11-E18. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e31823991e8>

- Ejeta, L. T., Ardalan, A., & Paton, D. (2015). Application of Behavioral Theories to Disaster and Emergency Health Preparedness: A Systematic Review. *PLoS Currents*, 7. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.31a8995ced321301466db400f1357829>
- Elhadi, M., Msherghi, A., Alkeelani, M., Zorgani, A., Zaid, A., Alsuyihili, A., Buzreg, A., Ahmed, H., Elhadi, A., Khaled, A., Boughididah, T., Khel, S., Abdelkabir, M., Gaffaz, R., Bahroun, S., Alhashimi, A., Biala, M., Abulmida, S., Elharb, A., ... Amshai, A. (2020). Assessment of healthcare workers' levels of preparedness and awareness regarding COVID-19 infection in low-resource settings. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(2), 828-833. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0330>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O., & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): Quels risques pour leur santé mentale? *L'Encéphale*, 46(3), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Ernst-Vintila, A., Delouvé, S., & Rouquette, M.-L. (2010). La crise financière de 2008: Menace collective ou défi individuel? Une analyse de la pensée sociale mobilisée en situation de crise. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 87(3)*, 515-542.
- Every, D., McLennan, J., Reynolds, A., & Trigg, J. (2019). Australian householders' psychological preparedness for potential natural hazard threats: An exploration of contributing factors. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 38, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101203>

- Feroni, I. (1994). *Les infirmières hospitalières : La construction d'un groupe professionnel*. [Thèse de doctorat, Université de Nice].
- Fillon, N. (2020). Yonne : « Hier applaudis et adulés, aujourd'hui oubliés et méprisés », les soignants ont défilé à Tonnerre. *France bleu*. <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/yonne-hier-applaudis-et-adules-aujourd-hui-oublies-et-meprises-les-soignants-ont-defile-a-tonnerre-1602780705>
- Fischer, G.-N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Dunod.
- Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitude toward that object. *Human Relations*, 16(3), 233-239. <https://doi.org/10.1177/001872676301600302>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior : An introduction to theory and research* (Addison-Wesley).
- Flament, C. (1981). L'analyse de similitude : Une technique pour les recherches sur les représentations sociales. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 1(4), 375-395.
- Flament, C. (1994a). Aspects périphériques des représentations sociales. Dans C. Guimelli, *Structures et transformations des représentations sociales* (p. 85-118). Presses Universitaires de France.
- Flament, C. (1994b). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. Dans J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (p. 37-58). Presses Universitaires de France.
- Flament, C., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires, comment étudier les représentations sociales*. Colin.
- Flick, U. (1992). Triangulation revisited : Strategy of validation or alternative? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 22(2), 175-197. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1992.tb00215.x>

- Flick, U. (2017). Mantras and myths : The disenchantment of mixed-methods research and revisiting triangulation as a perspective. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 46-57. <https://doi.org/10.1177/1077800416655827>
- Fortin, S., & Knotova, M. (2013). Présentation : Îles, continents et hétérotopies : les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 9-24. <https://doi.org/10.7202/1024076ar>
- Franchistéguy-Couloume, I. (2015). Au cœur de la complexité des organisations de santé : Le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectique*, 1(13), 37-50.
- Francis, J. J., University of Newcastle upon Tyne, & Centre for Health Services Research. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour : A manual for health services researchers*. Centre for Health Services Research, University of Newcastle.
- Garbutt, S. J., Peltier, J. W., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Evaluation of an instrument to measure nurses' familiarity with emergency preparedness. *Military Medicine*, 173(11), 1073-1077. <https://doi.org/10.7205/MILMED.173.11.1073>
- Gaymard, S. (2014). The theory of conditionality : An illustration of the place of norms in the field of social thinking: the theory of conditionality. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 44(2), 229-247. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12039>
- Gershon, R. R., Portacolone, E., Nwankwo, E. M., Zhi, Q., Qureshi, K. A., & Raveis, V. H. (2017). Psychosocial influences on disaster preparedness in san francisco recipients of home care. *Journal of Urban Health*, 94(5), 606-618. <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0104-3>
- Gilles, I., Mabire, C., Perriraz, M., & Peytremann-Bridevaux, I. (2021). Workplace well-being and intent to stay by health care workers reassigned during the first COVID-19 wave :

- Results of a swiss survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178976>
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior : A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.87>
- Goffman, E. (1973). *La présentation de soi. La mise en scène de la vie quotidienne* (A. Accardo, Trad.). Editions de minuit.
- Goniewicz, K., Goniewicz, M., Burkle, F. M., & Khorram-Manesh, A. (2020). The Impact of Experience, Length of Service, and Workplace Preparedness in Physicians' Readiness in the Response to Disasters. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3328. <https://doi.org/10.3390/jcm9103328>
- Goodhue, C. J., Burke, R. V., Ferrer, R. R., Chokshi, N. K., Dorey, F., & Upperman, J. S. (2012). Willingness to respond in a disaster : A pediatric nurse practitioner national survey. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(4), 7-20. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.11.003>
- Gotman, A., & Blanchet, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Nathan.
- Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D., & Hyphantis, T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Diseases*, 10(1), 322. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-322>
- Gouvernement français. (2020). *COVID-19 en France*. <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees>
- Gowing, J. R., Walker, K. N., Elmer, S. L., & Cummings, E. A. (2017). Disaster preparedness among health professionals and support staff: What is effective? An integrative

- literature review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(3), 321-328.
<https://doi.org/10.1017/S1049023X1700019X>
- Grothmann, T., & Reusswig, F. (2006). People at risk of flooding : Why some residents take precautionary action while others do not. *Natural Hazards*, 38(1-2), 101-120.
<https://doi.org/10.1007/s11069-005-8604-6>
- Guerrisi, C., Thomas, B., Diez, A. O., Cauteren, D. V., Alonso, J. E. L., Moreels, S., Falchi, A., Alonso, T. V., Bonmarin, I., Raude, J., Vilcu, A.-M., Hanslik, T., Debin, M., Rossignol, L., Colizza, V., Souty, C., & Blanchon, T. (2021). *Initial risk perception and feeling of preparedness of primary care physicians regarding the COVID-19 pandemic in Belgium, France and Spain in February 2020* [Preprint]. In Review.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-371058/v1>
- Guimelli, C. (1998). *Chasse et nature en Languedoc. Étude de la dynamique d'une représentation sociale chez les chasseurs languedociens*. L'Harmattan.
- Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale*. Presses Universitaires de France.
- Guimelli, C., & Deschamps, J.-C. (2000). Effets de contexte sur la production d'associations verbales. Le cas des représentations sociales des Gitans. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 47(3), 44-54.
- Guimelli, C., & Jacobi, D. (1990). Pratiques nouvelles et transformation des représentations sociales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 3(3), 307-334.
- Guterman, P. S. (2005). *Psychological Preparedness for Disaster*. 18.
- Haas, V., & Masson, E. (2006). La relation à l'autre comme condition à l'entretien. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 71(3)*, 77-88.
- Hardin, C. D., & Higgins, E. T. (1996). Shared reality : How social verification makes the subjective objective. Dans R. M. Sorrentino & E. T. Higgins, *Handbook of motivation and cognition* (Vol. 3, p. 28-84). The Guilford Press.

- Harries, T. (2008). Feeling secure or being secure? Why it can seem better not to protect yourself against a natural hazard. *Health, Risk & Society*, 10(5), 479-490. <https://doi.org/10.1080/13698570802381162>
- Herzlich, C. (1973). Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. *Revue française de sociologie*, 14(1), 41-59.
- 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, *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici* (p. 189-200.). Maison des Sciences de l'Homme.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (2010). Au croisement de plusieurs mondes : La constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985). *Revue française de sociologie*, 51(1), 121-148.
- Hesaraki, M., Akbarizadeh, M., Ahmadidarrehsima, S., Moghadam, M. P., & Izadpanah, F. (2020). Knowledge, attitude, practice and clinical recommendations of health care workers towards COVID-19 : A systematic review. *Reviews on Environmental Health*, 0(0). <https://doi.org/10.1515/reveh-2020-0099>
- Hille, F. (2016). *Bandes de jeunes ! Pensée sociale et pensée professionnelle, entre communication et héritage : La construction des représentations professionnelles d'un objet sensible dans le champ de l'éducation spécialisée*. [Thèse de doctorat, Université de Toulouse].
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan,

- China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Hughes, E. C. (1951). Studying the nurse's work. *The American Journal of Nursing*, 51(5), 294-295.
- IRSN. (2021). *Baromètre 2021 La perception des risques et de la sécurité par les français*.
- Jackson, S. E., & Schuler, R. S. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36(1), 16-78. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(85\)90020-2](https://doi.org/10.1016/0749-5978(85)90020-2)
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et représentations sociales : Une étude « multi-objets » auprès de professionnels de santé et non-professionnels de santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(82), 73-115. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0073>
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale : Phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici, *Psychologie Sociale* (p. 357-378). Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodes qualitatives. Dans S. Moscovici & F. Buschini, *Les méthodes des sciences humaines* (p. 139-162). Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie* (N. Kalampalikis, Éd.). Les Classiques des sciences sociales. http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/Representations_sociales_et_mondes_de_vie/Representations_sociales_et_mondes_de_vie.html
- Joffe, H. (2003). Risk : From perception to social representation. *British Journal of social Psychology*, 42, 55-73.
- Joffe, H. (2005). De la perception à la représentation du risque : Le rôle des médias. *hermès, la revue*, 41(1), 121-129.

- Joffe, H., & Orfali, B. (2005). De la perception à la représentation du risque : Le rôle des médias. *Hermes, La Revue*, n° 41(1), 121-129.
- Johnson, B. B., & Nakayachi, K. (2017). Examining associations between citizens' beliefs and attitudes about uncertainty and their earthquake risk judgments, preparedness intentions, and mitigation policy support in Japan and the United States. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 22, 37-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2017.02.019>
- Jore, S. H. (2020). Is resilience a good concept in terrorism research ? A conceptual adequacy analysis of terrorism resilience. *Studies in Conflict & Terrorism*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/1057610X.2020.1738681>
- Jorro, A., & De Ketele, J.-M. (2013). *L'engagement professionnel en éducation et formation*. De Boeck Supérieur.
- Jouffroy, R., Puidupin, A., Carli, P., & Vivien, B. (2016). Organisation de la filière de soins du terrain à l'hôpital (Plan Blanc). *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 200(4-5), 729-746. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30698-3](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30698-3)
- Juven, P.-A. (2018). « Des trucs qui rapportent » Enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public. *Anthropologie & Santé*, 16. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2860>
- Kahn, R., Wolfe, D., Quinn, R., Snoek, D., & Rosenthal, R. (1964). *Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity*. Wiley.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1974). Judgment under uncertainty : Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective sociogénétique des représentations sociales. Dans G. Lo Monaco, S. Delouée, & P. Rateau, *Les représentations sociales : Théories, méthodes et applications* (p. 69-77). De Boeck Supérieur.

- Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J. X., & Ratick, S. (1988). The social amplification of risk : A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x>
- Kernaghan, K. (2011). Getting engaged : Public-service merit and motivation revisited: Public-service merit and motivation. *Canadian Public Administration*, 54(1), 1-21. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2011.00158.x>
- Kim, Y.-C., & Kang, J. (2010). Communication, neighbourhood belonging and household hurricane preparedness. *Disasters*, 34(2), 470-488. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2009.01138.x>
- Klein, G. (2007). Flexecution as a paradigm for replanning, Part 1. *IEEE Intelligent Systems*, 22(5), 79-83. <https://doi.org/10.1109/MIS.2007.4338498>
- Kloos, B. R., Hill, J., Thomas, E., Wandersman, A., Dalton, J. H., & Cengage Learning. (2001). *Community psychology : Linking individuals and communities*. Wadsworth Cengage Learning.
- Kmiec, R., & Roland-Lévy, C. (2014). Risque et construction sociale : Une approche interculturelle. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1(101), 69-99. <https://doi.org/10.3917/cips.101.0069>
- Ko, N.-Y., Feng, M.-C., Chiu, D.-Y., Wu, M.-H., Feng, J.-Y., & Pan, S.-M. (2004). Applying theory of planned behavior to predict nurses' intention and volunteering to care for sars patients in pouthern taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(8), 389-398. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70175-5](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70175-5)
- Koh, D., Lim, M. K., Chia, S. E., Ko, S. M., Qian, F., Ng, V., Tan, B. H., Wong, K. S., Chew, W. M., Tang, H. K., Ng, W., Muttakin, Z., Emmanuel, S., Fong, N. P., Koh, G., Kwa, C. T., Tan, K. B.-C., & Fones, C. (2005). Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in

- singapore : What can we learn? *Medical Care*, 43(7), 676-682.
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc>
- Kouabénan, D. R. (2007). Incertitude, croyances et management de la sécurité. *Le travail humain*, 70(3), 271. <https://doi.org/10.3917/th.703.0271>
- Kouabénan, D. R. (2012). Décision, perception du risque et sécurité. Dans J. L. Bernaud, *Traité de Psychologie du Travail et des Organisations* (p. 281-322). Dunod.
- Kouabénan, D. R., & Cadet, B. (2005). Risk evaluation and accident analysis. Dans A. Columbus (Éd.), *Advances in Psychology Research* (p. 61-80). Nova Science Publishers.
- Kouabénan, D. R., Cadet, B., Hermand, D., & Muñoz Sastre, M. T. (2007). Percevoir et évaluer les risques : Les apports de la psychologie en matière de traitement des informations. Dans D. R. Kouabénan, M. T. Muñoz Sastre, B. Cadet, & D. Hermand, *Psychologie du risque* (p. 29-42). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.kouab.2007.01.0029>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Kurschat, C. (2020). Crise sanitaire 2020 : Entre Sens et Résilience organisationnelle, le cœur d'une équipe de soins. *Projectics / Proyectica / Projectique, Hors Série*, 11-32.
<https://doi.org/10.3917/proj.hs01.0011>
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petite, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A., Leocadio, M. C., Cayaban, A. R., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses : A systematic review of literature. *International Nursing Review*, 65(1), 41-53. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>

- Lac, M., Mias, C., Labbé, S., & Bataille, M. (2010, octobre 1). *Les représentations professionnelles et l'implication professionnelle comme modèles d'intelligibilité des processus de professionnalisation* (Text N° 24). Les dossiers des sciences de l'éducation. <http://journals.openedition.org/dse/960>
- Lae, C., & Grange, C. (2008). Évaluation des connaissances des médecins généralistes de la région annemassienne sur les accidents vasculaires et leurs prises en charge. *Urgences* 2008, 21, 249-248. <https://doi.org/10.1016/j.jeur.2008.03.242>
- Lake, E. A., Demissie, B. W., Gebeyehu, N. A., Wassie, A. Y., Gelaw, K. A., & Azeze, G. A. (2021). Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 among health professionals in Ethiopia : A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(2), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247204>
- Lam, R. P. K., Balsari, S., Hung, K. K. C., Hsiao, K., Leung, L. P., & Leaning, J. (2018). How do doctors and nurses in emergency departments in Hong Kong view their disaster preparedness? A cross-sectional territory-wide online survey. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 12(3), 329-336. <https://doi.org/10.1017/dmp.2017.71>
- Lane, J.-E. (2000). *New Public Management*. Routledge.
- Larousse. (2020). Hôpital. Dans *Larousse* (Larousse).
- Lauer, J., Kastner, J., & Nutsch, A. (2008). Primary care physicians and pandemic influenza : An appraisal of the 1918 experience and an assessment of contemporary planning. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(4), 379-386. <https://doi.org/10.1097/01.PHH.0000324567.10652.db>
- Lave, T. R., & Lave, L. B. (1991). Public perception of the risks of floods : Implications for communication. *Risk Analysis*, 11(2), 255-267. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1991.tb00602.x>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, E., & Lee, H. (2019). Disaster awareness and coping : Impact on stress, anxiety, and depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 311-318.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12351>
- Levac, J., Toal-Sullivan, D., & O'Sullivan, T. L. (2012). Household emergency preparedness : A literature review. *Journal of Community Health*, 37(3), 725-733.
<https://doi.org/10.1007/s10900-011-9488-x>
- Lhuillier, D. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*, 14(2), 73-98.
<https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>
- Liddell, J. L., Saltzman, L. Y., Ferreira, R. J., & Lesen, A. E. (2020). Cumulative disaster exposure, gender and the protective action decision model. *Progress in Disaster Science*, 5, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2019.100042>
- Lim, G. H., Lim, B. L., & Vasu, A. (2013). Survey of factors affecting health care workers' perception towards institutional and individual disaster preparedness. *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(4), 353-358. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1300349X>
- Linde, C. V. D. (2018). La gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de crise. Dans M. Louazel, A. Mourier, E. Ollivier, & R. Ollivier, *Le management en santé* (p. 493-524). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/le-management-en-sante--9782810906697-page-493.htm>
- Lindell, M. K., Arlikatti, S., & Prater, C. S. (2009). Why people do what they do to protect against earthquake risk : Perceptions of hazard adjustment attributes. *Risk Analysis*, 29(8), 1072-1088. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2009.01243.x>

- Lindell, M. K., & Perry, R. W. (2012). The Protective Action Decision Model : Theoretical Modifications and Additional Evidence. *Risk Analysis*, 32(4), 616-632. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2011.01647.x>
- Lindell, M. K., & Whitney, D. J. (2000). Correlates of Household Seismic Hazard Adjustment Adoption. *Risk Analysis*, 20(1), 13-26. <https://doi.org/10.1111/0272-4332.00002>
- Lo Monaco, G. L., & Guimelli, C. (2008). Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : Le cas du vin. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(78), 35-50. <https://doi.org/10.3917/cips.078.0035>
- Lupton, D. (2013). *Risk* (2^e éd.). Routledge.
- MacLeaod, D., & Clarke, N. (2011). *Engaging for Success : Enhancing performance through employee engagement* (p. 157).
- Magill, E., Siegel, Z., & Pike, K. M. (2020). The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics : A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 71(12), 1260-1269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000274>
- Maidl, E., Bresch, D. N., & Buchecker, M. (2019). *Culture matters : Factors influencing natural hazard riskpreparedness – a survey of Swiss households* [Preprint]. Risk Assessment, Mitigation and Adaptation Strategies, Socioeconomic and Management Aspects. <https://doi.org/10.5194/nhess-2018-393>
- Malfroy, S., Wallet, F., Gabilly, L., & Piriou, V. (2016). Le plan Blanc : Étude du niveau de formation et des connaissances du personnel. Propositions d'améliorations correctrices dans un centre hospitalier universitaire. *Anesthésie & Réanimation*, 2(3), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.anrea.2015.11.004>
- Malkina-Pykh, I. G., & Pykh, Y. A. (2013). *An integrated model of psychological preparedness for threat and impacts of climate change disasters*. 121-132. <https://doi.org/10.2495/DMAN130121>

- Manning, M. (2009). The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behaviour : A meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 48(4), 649-705. <https://doi.org/10.1348/014466608X393136>
- Manyena, S. B. (2006). The concept of resilience revisited. *Disasters*, 30(4), 434-450. <https://doi.org/10.1111/j.0361-3666.2006.00331.x>
- Martin, I. M., Bender, H., & Raish, C. (2007). What Motivates Individuals to Protect Themselves from Risks : The Case of Wildland Fires. *Risk Analysis*, 27(4), 887-900. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2007.00930.x>
- Martin, W. E., Martin, I. M., & Kent, B. (2009). The role of risk perceptions in the risk mitigation process : The case of wildfire in high risk communities. *Journal of Environmental Management*, 91(2), 489-498. <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2009.09.007>
- Maunder, R. G., Leszcz, M., Savage, D., Adam, M. A., Peladeau, N., Romano, D., Rose, M., & Schulman, R. B. (2008). Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza : An Evidence-based Approach to Mitigating the Stress Experienced by Healthcare Workers. *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 486-488. <https://doi.org/10.1007/BF03403782>
- McCaffrey, S. M., Stidham, M., Toman, E., & Shindler, B. (2011). Outreach Programs, Peer Pressure, and Common Sense : What Motivates Homeowners to Mitigate Wildfire Risk? *Environmental Management*, 48(3), 475-488. <https://doi.org/10.1007/s00267-011-9704-6>
- McEachan, R., Taylor, N., Harrison, R., Lawton, R., Gardner, P., & Conner, M. (2016). Meta-Analysis of the Reasoned Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(4), 592-612. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9798-4>

- McIvor, D., & Paton, D. (2007). Preparing for natural hazards : Normative and attitudinal influences. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 16(1), 79-88. <https://doi.org/10.1108/09653560710729839>
- McLennan, J., Marques, M. D., & Every, D. (2020). Conceptualising and measuring psychological preparedness for disaster : The Psychological Preparedness for Disaster Threat Scale. *Natural Hazards*, 101(1), 297-307. <https://doi.org/10.1007/s11069-020-03866-4>
- Miceli, R., Sotgiu, I., & Settanni, M. (2008). Disaster preparedness and perception of flood risk : A study in an alpine valley in Italy. *Journal of Environmental Psychology*, 28(2), 164-173. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2007.10.006>
- Miles, J., & Banyard, P. (2007). *Understanding and using statistics in psychology : A practical introduction or, how I came to know and love the standard error*. Sage.
- Milland, L. (2002). Pour une approche de la dynamique du rapport entre représentations sociales du travail et du chômage. *Revue internationale de psychologie sociale*, 2(15), 27-56.
- Ministère des solidarités et de la santé (Éd.). (2019). *Fiche métier cadre soignant de pôle*. <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=26>
- Ministère des Solidarités et de la santé. (2021, juillet 5). *NRBC*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-lexique/article/nrbc>
- Mishra, S., & Mazumdar, S. (2015). Psychology of Disaster Preparedness. *Ecopsychology*, 7(4), 211-223. <https://doi.org/10.1089/eco.2015.0006>

- Mishra, S., Mazumdar, S., & Suar, D. (2010). Place attachment and flood preparedness. *Journal of Environmental Psychology*, 30(2), 187-197. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.11.005>
- Miyata, Ac., Arai, H., & Suga, S. (2015). Nurse managers stress and coping. *Open Journal of Nursing*, 5(11), 957-964. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.511101>
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales : De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P., & Lo Monaco, G. (2017). *Méthodes d'association verbale pour les sciences humaines et sociales : Fondements conceptuels et aspects pratiques*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Normandie impression.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Presses Universitaires de France.
- Mulilis, J.-P., & Duval, T. S. (1995). Negative threat appeals and earthquake preparedness : A person-relative-to-event (PrE) model of coping with threat. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(15), 1319-1339. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02620.x>
- Mulilis, J.-P., & Duval, T. S. (1997). The PrE model of coping and tornado preparedness : Moderating effects of responsibility. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(19), 1750-1766. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01623.x>
- Myers, L. B., & Goodwin, R. (2012). Using a theoretical framework to determine adults' intention to vaccinate against pandemic swine flu in priority groups in the UK. *Public Health*, 126(S1), S53-S56. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.024>

- Najafi, M., Ardalan, A., Akbarisari, A., Noorbala, A. A., & Elmi, H. (2017). The theory of planned behavior and disaster preparedness. *PLoS Currents*, 9. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.4da18e0f1479bf6c0a94b29e0dbf4a72>
- Najafi, M., Ardalan, A., Akbarisari, A., Noorbala, A. A., & Jabbari, H. (2015). Demographic determinants of disaster preparedness behaviors amongst Tehran inhabitants, Iran. *PLoS Currents Disaster*, 1, 1-15. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.976b0ab9c9d9941cbbae3775a6c5fbe6>
- Naser, W. N., & Saleem, H. B. (2018). Emergency and disaster management training; knowledge and attitude of Yemeni health professionals- a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0174-5>
- Naushad, V. A., Bierens, J. J., Nishan, K. P., Firjeeth, C. P., Mohammad, O. H., Maliyakkal, A. M., ChaliHadan, S., & Schreiber, M. D. (2019). A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(6), 632-643. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004874>
- Neuwirth, K., Dunwoody, S., & Griffin, R. J. (2000). Protection motivation and risk communication. *Risk Analysis*, 20(5), 721-734. <https://doi.org/10.1111/0272-4332.205065>
- Noguchi, N., Inoue, S., Shimanoe, C., Shibayama, K., Matsunaga, H., Tanaka, S., Ishibashi, A., & Shinchi, K. (2016). What kinds of skills are necessary for physicians involved in international disaster response? *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(4), 397-406. <https://doi.org/10.1017/S1049023X16000418>
- Ogien, A. (2000). 2. *Médecine, santé et gestion*. Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/professions-et-institutions-de-sante--9782859526184-page-133.htm>

- Olum, R., Chekwech, G., Wekha, G., Nassozi, D. R., & Bongomin, F. (2020). Coronavirus Disease-2019 : Knowledge, Attitude, and Practices of Health Care Workers at Makerere University Teaching Hospitals, Uganda. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00181>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *International health regulations : 2005* (2nd. ed). WHO.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties* (Organisation mondiale de la santé).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS*. <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *E-SPAR Public*. <https://extranet.who.int/e-spar/#submission-details>
- Örtqvist, D., & Wincent, J. (2006). Prominent consequences of role stress : A meta-analytic review. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 399-422. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.4.399>
- Oulehri, W., & Rolling, J. (2020). Covid-19, retour d'expérience de la prise en charge réanimatoire des patients et du soutien médico-psychologique aux soignants à Strasbourg. *Revue de neuropsychologie*, 12(2), 115-121. <https://doi.org/10.1684/nrp.2020.0545>
- Paganini, M., Borrelli, F., Cattani, J., Ragazzoni, L., Djalali, A., Carengo, L., Della Corte, F., Burkle, F. M., & Ingrassia, P. L. (2016). Assessment of disaster preparedness among emergency departments in Italian hospitals : A cautious warning for disaster risk reduction and management capacity. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(101), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0292-6>

- Paton, D. (2003). Disaster preparedness : A social-cognitive perspective. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 12(3), 210-216.
<https://doi.org/10.1108/09653560310480686>
- Paton, D. (2018). Disaster risk reduction : Psychological perspectives on preparedness. *Australian Journal of Psychology*, 71(4), 327-341. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12237>
- Paton, D. (2019). Disaster risk reduction : Psychological perspectives on preparedness. *Australian Journal of Psychology*, 71(4), 327-341. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12237>
- Paton, D. (2020). Social–Psychological Perspectives on Preparedness Theory and Practice : Facilitating Resilience. Dans M. Yokomatsu & S. Hochrainer-Stigler (Éds.), *Disaster Risk Reduction and Resilience* (p. 139-167). Springer Singapore.
https://doi.org/10.1007/978-981-15-4320-3_8
- Paton, D., Bajek, R., Okada, N., & McIvor, D. (2010). Predicting community earthquake preparedness : A cross-cultural comparison of Japan and New Zealand. *Natural Hazards*, 54(3), 765-781. <https://doi.org/10.1007/s11069-010-9500-2>
- Paton, D., & Johnston, D. (2001). Disasters and communities : Vulnerability, resilience and preparedness. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 10(4), 270-277. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005930>
- Paton, D., Parkes, B., Daly, M., & Smith, L. (2008). Fighting the Flu : Developing Sustained Community Resilience and Preparedness. *Health Promotion Practice*, 9(S4), 45S-53S.
<https://doi.org/10.1177/1524839908319088>
- Paton, D., Smith, L., & Johnston, D. (2005). When good intentions turn bad : Promoting natural hazard preparedness. *Emergency Management*, 20(1), 25-30.
<https://doi.org/10.3316/ielapa.08597193659850>
- Peretti-Watel, P. (2003). *Sociologie du risque*. Colin.

- Perry, R. W., & Lindell, M. K. (2006). *Wiley Pathways Emergency Planning*. John Wiley & Sons.
- Peters, E. M., Burraston, B., & Mertz, C. K. (2004). An Emotion-Based Model of Risk Perception and Stigma Susceptibility: Cognitive Appraisals of Emotion, Affective Reactivity, Worldviews, and Risk Perceptions in the Generation of Technological Stigma. *Risk Analysis*, 24(5), 1349-1367. <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00531.x>
- Pianelli, C., Abric, J.-C., & Saad, F. (2010). Rôle des représentations sociales préexistantes dans le processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(86), 241-274. <https://doi.org/10.3917/cips.086.0241>
- Piaser, A. (2013). *Représentations professionnelles*. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisi--9782804188429-page-273.htm>
- Pierre, B., Camille, S., & Elisabeth, P. (2020, juin 16). Manifestations de soignants : « On ne veut pas de médaille, on veut un salaire à la hauteur de ce qu'on apporte à la société ». *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/06/16/on-est-euises-on-manque-de-tout-et-nos-salaires-n-evoluent-pas-les-soignants-de-retour-dans-la-rue_6043042_3224.html
- Prescott, K., Baxter, E., Lynch, C., Jassal, S., Bashir, A., & Gray, J. (2020). COVID-19 : How prepared are front-line healthcare workers in England? *Journal of Hospital Infection*, 105(2), 142-145. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.031>
- Quenault, B. (2013). Du double affrontement ontologique/axiologique autour de la résilience aux risques de catastrophe : Les spécificités de l'approche française. *Vertigo*, 13(3). <https://doi.org/10.4000/vertigo.14510>

- Qureshi, K. (2005). Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(3), 378-388. <https://doi.org/10.1093/jurban/jti086>
- Ratinaud, P., & Piasser, A. (2013). Pensée sociale, pensée professionnelle. Dans A. Jorro, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 205-208). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0205>
- Renn, O. (2008). *Risk governance : Coping with uncertainty in a complex world*. Earthscan.
- Renn, O., & Rohrman, B. (2000). Cross-Cultural Risk Perception : State and Challenges. Dans O. Renn & B. Rohrman (Éds.), *Cross-Cultural Risk Perception* (p. 211-233). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4891-8_6
- Réseau sentinelles. (2021). *Présentation—Le réseau Sentinelles*. <https://www.sentiweb.fr/?page=presentation>
- Reser, J., & Morrissey, S. (2009). Reser, J., & Morrissey, S. (2009). The crucial role of psychological preparedness for disasters. In *Psych : The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd*, 31(2), 14. *The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd*, 31(2), 14-15.
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2015). A re-explication of social norms, ten years later. *Communication Theory*, 25(4), 393-409. <https://doi.org/10.1111/comt.12080>
- Rivière, A. (2019). Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public : L'effet modérateur des stratégies d'ajustement. *Revue Française de Gestion*, 45(282), 11-35. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00351>
- Rivière, A., Commeiras, N., & Loubes, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : Une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(2), 142-162. <https://doi.org/10.3917/jgem.132.0142>

- Rizqillah, A. F., & Suna, J. (2018). Indonesian emergency nurses' preparedness to respond to disaster: A descriptive survey. *Australasian Emergency Care*, 21(2), 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.04.001>
- Roudini, J., Khankeh, H. R., & Witruk, E. (2017). Disaster mental health preparedness in the community: A systematic review study. *Health Psychology Open*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2055102917711307>
- Rouquette, M.-L. (1997). *La chasse à l'immigré: Violence, mémoire et représentations*. Mardaga.
- Royal, L., & Brassard, A. (2010). Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés. *Gestion*, 35(3), 27-33. <https://doi.org/10.3917/riges.353.0027>
- Russell, L., Goltz, J., & Bourque, L. (1995). Preparedness and hazard mitigation actions before and after two earthquakes. *Environment and behavior*, 27(6), 744-770. <https://doi.org/10.1177/0013916595276002>
- Saadatjoo, S., Miri, M., Hassanipour, S., Ameri, H., & Arab-Zozani, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices of the general population about Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis with policy recommendations. *Public Health*, 194, 185-195. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.005>
- Said, N. B., & Chiang, V. C. L. (2020). The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 48, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100806>
- Sainsaulieu, I. (2006). Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie du travail*, 48(Vol. 48-n° 1), 72-87. <https://doi.org/10.4000/sdt.23521>

- Samaddar, S., Chatterjee, R., Misra, B., & Tatano, H. (2014). Outcome-expectancy and self-efficacy : Reasons or results of flood preparedness intention? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 8, 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2014.02.002>
- Samaddar, S., Misra, B. A., & Tatano, H. (2012). *Flood Risk Awareness and Preparedness : The Role of Trust in Information Sources*. 7.
- Scannell, L., & Gifford, R. (2010). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. *Journal of Environmental Psychology*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.09.006>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement : A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Lez-Roma, V. G., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout : A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Schweyer, F.-X. (2001). Les directeurs d'hôpital : Des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? *Revue française des affaires sociales*, 4, 115-121. <https://doi.org/10.3917/rfas.014.0115>
- Scott, S. B., Poulin, M. J., & Silver, R. C. (2013). A lifespan perspective on terrorism : Age differences in trajectories of response to 9/11. *Developmental Psychology*, 49(5), 986-998. <https://doi.org/10.1037/a0028916>
- Selvidge, J. (1975). A Three-Step Procedure for Assigning Probabilities to Rare Events. Dans D. Wendt & C. Vlek (Éds.), *Utility, Probability, and Human Decision Making* (p. 199-216). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-010-1834-0_11

- Shaw, K. A., Chilcott, A., Hansen, E., & Winzenberg, T. (2006). The GP's response to pandemic influenza: A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 267-272. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml014>
- Shreve, C., Begg, C., Fordham, M., & Müller, A. (2016). Operationalizing risk perception and preparedness behavior research for a multi-hazard context. *Environmental Hazards*, 15(3), 227-245. <https://doi.org/10.1080/17477891.2016.1176887>
- Simonet, D. (2011). The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems : An International Comparative Perspective. *International Journal of Public Administration*, 34(12), 815-826. <https://doi.org/10.1080/01900692.2011.603401>
- Skryabina, E., Reedy, G., Amlôt, R., Jaye, P., & Riley, P. (2017). What is the value of health emergency preparedness exercises? A scoping review study. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 21, 274-283. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2016.12.010>
- Slepski, L. A. (2005). Emergency preparedness : Concept development for nursing practice. *Nursing Clinics*, 40(3), 419-430. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2005.04.011>
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280-285. <https://doi.org/10.1126/science.3563507>
- Slovic, P. (1992). Perceptions of risk : Reflections on the psychometric paradigm. Dans D. Golding & S. Krimsky (Éds.), *Social Theories of Risk* (p. 117-152). Praeger.
- Solberg, C., Rossetto, T., & Joffe, H. (2010). The social psychology of seismic hazard adjustment : Re-evaluating the international literature. *Natural Hazards and Earth System Science*, 10(8), 1663-1677. <https://doi.org/10.5194/nhess-10-1663-2010>
- Story, T. (2017). *Les cadres de santé exposés à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle : L'enjeu de la compétence* [Mémoire de master, Institut de formation des cadres de santé CHU de Montpellier].

- Su, T., Han, X., Chen, F., Du, Y., Zhang, H., Yin, J., Tan, X., Chang, W., Ding, Y., Han, Y., & Cao, G. (2013). Knowledge levels and training needs of disaster medicine among health professionals, medical students, and local residents in Shanghai, China. *PLoS ONE*, 8(6), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067041>
- Sutton, S. (1998). Predicting and Explaining Intentions and Behavior : How Well Are We Doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1317-1338. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01679.x>
- Thompson, B. (2006). *Foundations of behavioral statistics : An insight-based approach*. Guilford Press.
- Tran, T. V., Nguyen, H. C., Pham, L. V., Nguyen, M. H., Nguyen, H. C., Ha, T. H., Phan, D. T., Dao, H. K., Nguyen, P. B., Trinh, M. V., Do, T. V., Nguyen, H. Q., Nguyen, T. T. P., Nguyen, N. P. T., Tran, C. Q., Tran, K. V., Duong, T. T., Pham, H. X., Nguyen, L. V., ... Duong, T. V. (2020). Impacts and interactions of COVID-19 response involvement, health-related behaviours, health literacy on anxiety, depression and health-related quality of life among healthcare workers : A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(12), e041394. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041394>
- Trémolières, F. (2017). *Phénoménologie de la perception, Maurice Merleau-Ponty – Fiche de lecture*. *Encyclopoedia Universalis, Repéré à*: Universalis. edu. <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/phenomenologie-de-la-perception/>
- Turenne, C. P., Gautier, L., Degroote, S., Guillard, E., Chabrol, F., & Ridde, V. (2019). Conceptual analysis of health systems resilience : A scoping review. *Social Science & Medicine*, 232, 168-180. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>
- Twigg, J. (2015). *Disaster risk reduction*. Humanitarian Policy Group.

- Tzeng, W.-C., Feng, H.-P., Cheng, W.-T., Lin, C.-H., Chiang, L.-C., Pai, L., & Lee, C.-L. (2016). Readiness of hospital nurses for disaster responses in Taiwan : A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 47, 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.025>
- Valence, A. (2010). Les représentations et la psychologie sociale quels ancrages historiques ? Dans A. Valence, *Les représentations sociales* (p. 9-26). De Boeck Supérieur.
- Valence, A., & Roussiau, N. (2009). "L'immigration et les droits de l'Homme dans les médias : Une analyse représentationnelle en réseau". *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 81*(1), 41-63.
- Van Comperol, H. (2019). *Triptyque du sens du métier : Un essai de conceptualisation. Explorations et analyses d'incohérences de sens dans les métiers du care*. [Thèse de doctorat, Université Libre de Bruxelles].
- Van Valkengoed, A. M., & Steg, L. (2019). Meta-analyses of factors motivating climate change adaptation behaviour. *Nature Climate Change*, 9(2), 158-163. <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0371-y>
- Véga, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : L'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences Sociales et Santé*, 15(3), 103-132. <https://doi.org/10.3406/sosan.1997.1405>
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent : Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209.
- Vidal, B. (2012). *Les représentations collectives de l'événement-catastrophe : Étude sociologique sur les peurs contemporaines* [Thèse de doctorat, Université de Paul Valéry].
- Vinnell, L. J. (2020). *Why do people prepare for natural hazards ? An application of the theory of planned behaviour to household preparation*. [Thèse de doctorat, Victoria University of Wellington].

- Vinnell, L. J., Milfont, T. L., & McClure, J. (2021). Why do people prepare for natural hazards? Developing and testing a Theory of Planned Behaviour approach. *Current Research in Ecological and Social Psychology*, 2, 100011. <https://doi.org/10.1016/j.cresp.2021.100011>
- Vogt, W. P., & Johnson, B. (2011). *Dictionary of statistics & methodology : A nontechnical guide for the social sciences*. Sage.
- Wachinger, G., Renn, O., Begg, C., & Kuhlicke, C. (2013). The Risk Perception Paradox- Implications for Governance and Communication of Natural Hazards : The Risk Perception Paradox. *Risk Analysis*, 33(6), 1049-1065. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2012.01942.x>
- Walczyszyn, M., Patel, S., Oron, M., & Mina, B. (2016). Perceptions of hospital medical personnel on disaster preparedness. *F1000Research*, 5, 1938. <https://doi.org/10.12688/f1000research.8738.1>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), E1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249-268. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.249>
- Wilkinson, D. (2007). The Multidimensional Nature of Social Cohesion : Psychological Sense of Community, Attraction, and Neighboring. *American Journal of Community Psychology*, 40(3), 214-229. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9140-1>

- Wong, T. Y., Med, M., Koh, G. C., Med, M., Sundram, M., Med, M., Koh, K., Med, M., & Koh, D. (2008). A Cross-sectional Study of Primary-care Physicians in Singapore on Their Concerns and Preparedness for an Avian Influenza Outbreak. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 37(6), 458-464.
- Wrobel, M. (2017). *Évaluation des connaissances du personnel médical et des cadres de santé des services d'urgence en Gironde sur le plan blanc*. [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux].
- Zhang, M., zhang, P., Liu, Y., Wang, H., Hu, K., & Du, M. (2021). Influence of perceived stress and workload on work engagement in front-line nurses during COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), 1584-1595. <https://doi.org/10.1111/jocn.15707>

11. ANNEXES

11.1 GUIDE D'ENTRETIEN

Questionnaire d'évocation hiérarchisée

Passation du questionnaire d'évocation hiérarchisée

Avant de commencer l'entretien, je vous propose de faire une tâche d'association que voici.

Merci, si vous le voulez bien, nous allons maintenant passer à l'entretien à proprement parler.

Thème 1 : Représentation des SSE

1. Qu'est-ce qu'une situation sanitaire exceptionnelle d'après vous ?
2. Pouvez-vous nous parler des 5 mots que vous venez de noter en développant chacun d'entre eux ?
3. En quoi la situation sanitaire exceptionnelle se différencie-t-elle de...
 - a. La gestion de crise ?
 - b. La gestion d'urgence ?
4. Dans l'expression « situation sanitaire exceptionnelle », pour vous, à quoi renvoie le terme « exceptionnelle » ?
5. A quel(s) type(s) d'événement(s) associez-vous spontanément les situations sanitaires exceptionnelles ?
6. A quel(s) type(s) de risque(s) associez-vous spontanément une situation sanitaire exceptionnelle ?
7. Selon vous, comment le personnel médical perçoit-il les situations sanitaires exceptionnelles ?
 - a. Et les autres professionnels de santé ?
 - b. *Médecins/Paramédicaux/Administratifs*

Thème 2 : Perception du risque

1. Selon vous, quelle est la probabilité d'apparition d'une situation sanitaire exceptionnelle ?

Reformulation : Selon vous, quelle probabilité une situation sanitaire exceptionnelle à d'apparaître ?
2. Selon vous, à quelle fréquence apparaîtraient ces situations sanitaires exceptionnelles ?
3. Selon vous, quel(s) sont les conséquences qu'engendrent les situations sanitaires exceptionnelles ??
 - Quel est leur niveau de gravité ?
 - Y-a-t-il systématiquement ces conséquences à la suite d'une SSE ?
 - Est-il possible qu'une SSE soit sans conséquences graves ?
4. Quel(s) sentiment(s) éprouvez-vous lorsque vous pensez à la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle ?
 - Est-ce que vous êtes inquiets à propos de la survenue d'une SSE ?

- Est-ce qu'on pourrait dire que vous craignez ces événements ?
 - A quelle fréquence ressentez-vous ces sentiments ?
5. Est-ce que vous pensez que cela pourrait arriver dans votre hôpital ?
 - Plus ou moins qu'ailleurs ?
 6. Qu'est-ce que vous pensez pouvoir faire face à ces situations sanitaires exceptionnelles ?
 - Avant son apparition
 - Après son apparition
 - Qu'est-ce qui vous manquerait pour mieux y faire face ?

Thème 3 : Préparation aux SSE

1. Qu'est-ce que ça vous évoque la préparation aux SSE ?
 - Comment vous définiriez la préparation aux SSE ?
2. A quel point pensez-vous qu'il soit important d'être prêt à gérer une SSE ?
 - Est-ce que vous pensez que c'est une priorité ?
3. Pouvez-vous nous parler de la préparation du personnel hospitalier en général ?
 - Le personnel médical
 - Le personnel paramédical
 - Les administratifs
4. Et concernant le personnel hospitalier de votre institution ?
 - Est-ce que vous pensez qu'ils se sentent prêt ? Et pourquoi ?
5. Pouvez-vous nous parler de la préparation de l'hôpital en général ?
 - Et concernant votre institution ?
6. Comment percevez-vous les organisations actuelles devant proposer des plans de gestion de ces situations sanitaires exceptionnelles ?
 - Est-ce que vous leur faite confiance ?
7. Comment percevez-vous les plans qui doivent permettre de gérer ces situations sanitaires exceptionnelles ?
 - Est-ce que vous avez confiance dans ces plans ?
8. Pouvez-vous nous parler de votre préparation à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ?
9. Est-ce que vous vous sentez préparé à gérer une SSE ?
 - Qu'est ce qui influence ce sentiment ?
 - Qu'est ce qui fait que vous vous sentez prêt ?
 - Qu'est ce qui fait que vous ne vous sentez pas prêt ?
10. Est-ce que vous pensez que vous pouvez agir sur votre préparation ?
 - Est-ce que vous pensez que votre préparation dépend de vous ou des organisations ?
 - Qu'est-ce que vous pensez pouvoir faire pour vous préparer ?

11.2 GRILLES D'ANALYSES AVEC VERBATIMS

Tableau 67 - Grille d'analyse du contenu thématique avec verbatims partie 1 – représentations associées aux situations sanitaires exceptionnelles

Thème	Sous-thème	Verbatims
Types d'événements	Attentat	« On pense plutôt au « (attentats de 2015, ndlr) à « Je parle beaucoup risque attentat quoi [...] partir de là le ministère nous des attentats, parce on pense plus à ce qu'on a dit maintenant ça serait que c'est plus le truc craint oui effectivement bien de vous former à la du moment hein » » (médecin, médecine de guerre » (infirmier, urgence) réanimation) (médecin, SAMU)
	Accident	« Gros accident c'est « Incendie parce que on « Un AVP, un tout... hein « train, peut être confronté heu... à accident de la voie car... » voilà hein, ce ça... pour un... voilà, des publique pardon qui inclut beaucoup de incendies c'est, ça serait la avec bus, multi personnes » (adjoint deuxième heu... ça serait la victime, comme heu administratif, santé au première possibilité » ce qu'il s'est passé travail) (infirmier, coordination par exemple à Millas prélèvement d'organe) au niveau de Perpignan » (cadre de santé, SMUR)
	Risque NRBC	« NRBC avec les « Les agents contaminants « Quel type de masques à gaz » qu'ils soient radiologiques risque, ben heu on (infirmier, coordination ou chimiques, c'est ce qui est conditionné la prélèvement d'organe) nous fait le plus peur, parce avec l'histoire de qu'on ne sait jamais heu, la risque NRBC » diffusion et la (médecin, urgence) contamination des différentes personnes » (coordinateur SSE, direction)
	Risque naturel	« Un raz-de-marée, un « Alors après, tout ce qui est « Les événements tsunami, des choses risque naturel, ça c'est... climatiques (rire), comme ça [...] on ne difficilement heu... gérable c'est inévitable et peut pas mettre la nature » (adjoint administratif, imprévisible à long en boîte, donc forcément santé au travail) terme. Donc oui ça il y a des choses qui... et reste probable » puis il y a des erreurs (infirmier, soin de humaines » (psychologue, rééducation) maternité)
Caractéristiques de victimes	Afflux massif « Pour nous, une « C'est le nombre qui fait « Afflux de patients situation sanitaire que » (aide-soignant, parce que pour moi exceptionnelle, ce serait radiologie) c'est la clé, la crise plutôt un afflux massif sanitaire c'est qu'il y	

	de victimes » (médecin, réanimation)	a beaucoup de patients qui ont besoin de soin au même moment » (sage-femme, pôle mère enfant)
Urgence	« Urgence parce que je, « Ben la situation sanitaire « La situation selon moi, il va falloir je pense que c'est une d'urgence, c'est réagir rapidement pour situation d'urgence vraiment agir pour éviter justement qu'il n'y également » (adjoint essayer de, comment a trop de conséquences » administratif, service dire, pas de soigner (médecin, bloc économique) mais de boucher les opératoire) trois, réellement » (cadre de santé, imagerie médicale)	
Rareté	« C'est quelque chose « Probablement je n'en « C'est quelque qui n'arrive pas souvent verrai jamais » (médecin, chose qui est rare » » (cadre de santé, réanimation) (cadre de santé, chirurgie) cardiologie)	
Imprévisible	« On ne peut pas « Mais c'est aussi ce qui « On ne sait pas, on l'anticiper » (cadre de peut définir les SSE quoi ne peut pas savoir santé, chirurgie) On va être surpris » (cadre comme c'est de santé, direction) imprévisible » (aide-soignant, radiologie)	
Débordement des organisations	« Ça m'évoque heu... « Les conséquences ? « C'est des besoins une situation où les Euh... la désorganisation qui ne sont pas en procédures habituelles totale » (médecin, hygiène adéquation avec les sont débordées » (cadre hospitalière) moyens » (cadre de de santé, bloc santé, urgences) opératoire)	
Gravité	« Lorsqu'on dit le mot « C'est toujours dramatique « Moi je n'arrive pas comme ça sans réfléchir » (cadre de santé, pole à dissocier on l'associe plutôt à chirurgie) exceptionnel de quelque chose de grave grave » (infirmier, » (médecin, bloc soin de rééducation) opératoire)	
Grande ampleur	« Ça risque de prendre « Il est très rare mais en « Ensuite quelque des proportions assez même temps en puissance si chose qui de par son impressionnantes » je puis dire heu voilà, c'est ampleur qui va avoir (infirmier, salle de c'est violent et c'est une répercussion qui réveil) important » (cadre de santé, est bien plus bloc opératoire) importante que d'habitude » (médecin, urgence)	
Suspension du quotidien	« Dans le cas d'une crise « Qui transcende un petit « C'est la suspension exceptionnelle, on serait peu le quotidien » du quotidien pour obligé d'arrêter tout le (psychologue, maternité) laisser place, en fait programmé pour faire complètement à la toutes les urgences » situation exceptionnelle »	

	(cadre de santé, bloc opératoire)	(cadre de santé, chirurgie)
Une notion floue	« Ça reste encore une notion assez... Lointaine, floue, finalement à laquelle on n'a pas été fo... Directement confrontés tout en quoi » (médecin, bloc opératoire)	« Le problème avec les situations sanitaires pas ce que c'est » (infirmier, soin de rééducation) c'est que c'est des choses rares, c'est difficile d'avoir (médecin, bloc hygiène hospitalière) » (médecin, bloc opératoire)
La prise en charge des SSE	Gestion émotionnelle	« Émotionnellement c'est très fort » (infirmier, hôpital jour)
		« Le stress qui peut nous faire prendre des mauvaises décisions de ce qu'il devrait être fait » (infirmier, hôpital de jour)
		« Il faudrait que votre peur soit structurée, que vous maîtrisez votre peur ça veut dire que vous maîtrisiez le danger » (médecin, SAMU)
Une responsabilité hospitalière : un devoir d'efficacité	« On est heu... (rire) d'une mission, ce jour-là, de sauv, de sauveur » (cadre de santé, chirurgie)	« On travaille dans un hôpital donc heu... voilà, heu, il faut être performant, là tout de suite quoi, on n'attend pas de vous que, vous fassiez on ne peut pas se dédouaner appel à 15 personnes » (cadre de santé, bloc opératoire) eux, effectuer la tâche que vous n'avez pas réussi à mener à bien » (infirmier, endocrinologie)
Difficulté de coordination	« Tous les personnels médicaux paramédicaux, se rendus qu'ont une efficacité, heu modérée heu pas organisée » (médecin, centre de transplantation hépatique)	« La collaboration bah c'est et ce qui est le plus compliqué à organiser M : POUR POUR QUELLE RAISON ? bah parce que ça implique plein de monde » (médecin, réanimation)
L'action avant la réflexion : la culture professionnelle	« Quand vous êtes dans l'action, vous n'avez pas aller d'émotions » (cadre de santé, chirurgie)	« On fonce quoi. Il faut y aller peut-être dans le bain on est qu'après qu'on a des bien obligé d'y faire ressentis mais face » (secrétaire, personnellement sur le moment présent c'est... [...] Mais il faut se mettre à fond dans l'action »

(responsable logistique,
administration)

Un challenge : « Alors, ceux qui sont « Quelque part, c'est très « En même temps si
de l'adrénaline sur les urgences, oui excitant pour nous parce vous faites de la
parce qu'en fait, ils que ça nous sort de notre médecine d'urgence
n'attendent que ça » routine et ça nous challenge de temps en temps
(cadre de santé, pour aller plus loin » vous avez envie d'un
chirurgie) (médecin, chirurgie) petit peu de
catastrophe »
(médecin, SAMU)

Différences Distinction
entre les entre les
professionnels services
« Autant, quand j'étais « Le niveau d'implication va « Si on met une
sur les urgences, oui dépendre je pense surtout, infirmière de
c'était prioritaire parce du service dans lequel on chirurgie ou un aide-
que mon quotidien. Là, travaille » (coordinateur soignant de chirurgie
en oncologie, ce n'est SSE, direction) ou de médecine...
pas forcément ma Pas qu'ils n'ont pas
priorité sauf si je la capacité c'est
retourne sur les qu'ils n'ont pas
urgences » (cadre de l'habitude, tout
santé, chirurgie) simplement » (cadre
de santé, urgences)

Distinction
entre les
soignants et les
administratifs
« Au niveau de « Un administratif qui est « En tant que
l'administration, dans son bureau et qui secrétaire, on n'est
c'est... je ne sais pas. De heu... bon, s'il n'a pas pas vraiment
leur côté ils ont participé à une simulation concerné »
beaucoup travaillé aussi heu... plan blanc ou... je ne (secrétaire, archives)
hein » (cadre de santé, sais quoi, bon comme aurait
bloc opératoire) dit Coluche, ils ont des idées
sur tout mais ils ont surtout
des idées » (médecin,
hématovigilance)

Tous touchés
« Il y a vraiment une « On a tous un point « En travaillant dans
volonté de tout le monde commun, c'est de se, c'est un hôpital, c'est on se
de... en tout cas ça... ça d'avoir un jour pensé qu'on sent concerné »
a interpellé tout le allait peut-être y être (secrétaire, archives)
monde et tout le monde confronté » (infirmier,
y a travaillé » (cadre de coordination prélèvement
santé, bloc opératoire) d'organe)

Distinction
entre les
médicaux et les
paramédicaux
« La plupart des « Pour le médecin, c'est un « Je pense que
médecins qui ne se sont dossier, c'est un numéro de d'abord, enfin les...
jamais intéressés à ce dossier, mais nous, c'est les médecins sont
qu'était un plan blanc vraiment la personne » plus exposés [...] je
[...] on s'aperçoit aussi (infirmier, hôpital de jour) pense que les
qu'ils banalisent ou soignants sont moins
qu'ils minimisent tous exposés parce qu'ils
ces exercices en disant sont plus
"voilà encore un plan secondaires »
d'exercice". Je crois
qu'ils ne prennent pas la

mesure de voilà, de ce qu'il pourrait arriver ou ce qu'il, voilà, qu'on serait amené à gérer » (directeur des soins, direction)

(psychologue, cardiologie)

Tous différents « C'est individuel donc « On a un intérêt un peu plus « Je pense que c'est on ne peut pas vous dire important, une information chacun en fonction un truc général » plus importante que de son expérience, (médecin, SAMU) certaines personnes mais on de son mode va prendre un exemple aux d'exercice de son urgences, on peut prendre lieu d'exercice, de une aide-soignante, je ne son vécu, de... de suis pas sure qu'il soit plus son caractère, de sa informé ou plus intéressé personnalité au qu'un personnel de départ aussi » secrétariat de la direction (infirmier, soin de par exemple » (cadre de rééducation) santé, SMUR)

Conséquences Psychologiques « Les risques ils ne sont « Selon le degré de la « Ça devrait être en pas forcément sur le situation sanitaire tête de liste, des personnel, hormis le exceptionnelle, il peut y risques risque psychologique » avoir un impact psychologiques » (cadre de santé, psychologique énorme » (infirmier, soin de chirurgie) (cadre de santé, pole rééducation) chirurgie)

Létales « Ben le risque c'est « Mort, je ne voulais pas le « Un taux de que... y'a beaucoup de mettre mais ça fait trop fois mortalité plus élevé personnes heu. Qui qu'il me revient donc c'est parce qu'on n'est pas heu... qui meurent » que ça doit être bon ! » organisé assez » (médecin, (Infirmier, soin de (directeur des soins, hématovigilance) rééducation) direction)

Médiatiques « On médiatise « Souvent BFM ils sont au « C'est cette prise de tellement tous les courant avant avant tout le conscience et cette tremblements de terres, monde » (médecin, médiatisation qui les machins que on y réanimation) fait qu'on a pense un peu plus à ce l'impression que ça genre de risque » augmente » (cadre (médecin, bloc de santé, SMUR) opératoire)

Economiques « Ça peut déstabiliser un « Du coup un coût pour la « Bah il y a des pays, ça peut société » (cadre de santé, conséquences déstabiliser une SMUR) économiques [...] économie » (médecin, y'a quand même hématovigilance) beaucoup de conséquences qui peuvent en découler » (cadre de santé, chirurgie)

Politiques	« Politiques, voilà, on peut, si on estime qu'un gouvernement n'a pas assez bien fait face à eux... à une crise, bon je vais prendre le canicule de heu... je sais plus, je crois que c'était en 2003 heu... ça a quand même fait sauter Jean François Mattéi qui était le ministre de la santé de l'époque » (médecin, hématovigilance)	« Après en dernière ligne il a les conséquences des décisions politiques très compliquées » (médecin, SAMU)
------------	--	---

Tableau 68 - Grille d'analyse du contenu thématique avec verbatims partie 2 – représentations associées à la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles

Thème	Sous-thème	Verbatims
Une préparation dépendante des institutions	Plan blanc	« Ben pour nous, c'est le plan blanc, c'est un plan blanc je me dirais : ah un document qui fait afflux massif de personnel, de patients, c'est un peu pareil que plan blanc (infirmier, pour moi enfin c'est même chose » (Ingénieur qualité, qualité et gestion des risques)
	Confiance dans l'institution	« Ça ne m'étais jamais venu à l'esprit de douter de des organisations des instances (psychologue, cardiologie) » (secrétaire, ce n'est pas possible archives) » (infirmier, soin de rééducation)
	Logistique	« Une grosse organisation aussi heu heu matériels, locaux, médicaments périmés [...] est gestion humaine » si sur les 40 brancards vous en avez 20 qui sont, à mettre, à réparer il ne faut pas découvrir ça le jour J » (médecin, réanimation) (médecin, traumatologie)
	Conditions sociales actuelles qui fragilisent	« On a du mal à gérer notre quotidien massif de victimes, heu... comment voulez-vous déjà qu'on gère est très très l'exceptionnel ? » risque, c'est que ça explose complètement » (Médecin, SAMU) (médecin, hématovigilance)
		« Le plan blanc, on a un document qui fait 300 pages, et il change tout le temps » (médecin, urgence) soin de rééducation)

		<p>parle beaucoup de burn-out dans l'onde su soin [...] Et les situations sanitaires exceptionnelles voilà, font exacerber potentiellement, tout ce qui est déjà compliqué au quotidien » (médecin, SAMU)</p>
	Choix politique	<p>« On a une grosse part « Ce n'est pas une question « Il faut vraiment aussi de... politique là-de coût, c'est une question que ce soit une dessus, voilà, donc ya d'organisation de soin et de politique des fois, des décisions choix politique » (médecin, d'établissement et de qui sont prises pas urgence) directeur » (médecin, SAMU)</p> <p>obligatoirement dans l'intérêt de l'opérationnalité » (cadre de santé, SMUR)</p>
Une préparation collective	Entraînement	<p>« On fait bien que ce « Je trouve que c'est très, « À part qu'on fait souvent, donc très intéressant heu... de l'entraînement heu la pour que les gens soient participer à ces exercices mise en situation je opérationnels, ben le d'entraînement parce qu'au ne vois pas comment jour heu j il faudrait fur et à mesure on s'aperçoit on peut faire qu'on ait beaucoup de qu'on prend les bons autrement (médecin, répétitions » (cadre de réflexes » (directeur des réanimation, p.12) ce serait une mise à l'épreuve de nos de nos organisations heu, je ne sais pas qu'on a prévus, quelles conséquences, se rendre compte peut être qu'on est complètement à côté de la plaque, oh je ne pense pas quand même » (médecin, réanimation)</p>
	Confiance dans les autres	<p>« Oui l'équipe oui oui il « Dans ces cas-là, tout le fait avoir la confiance monde est volontaire » de, confiance dans les (aide-soignant, radiologie) autres » (infirmier, endocrinologie)</p>
	Formations	<p>« La préparation, c'est la « La formation c'est un « Chaque fois dans formation quoi » préalable nécessaire parce l'année, nous avons (infirmier, salle de qu'il faut qu'à un moment des formations et ça réveil) donné il y ait un élément de nous aide base » (médecin, SAMU) énormément ces formations » (infirmier, hôpital de jour)</p>
	Importance du retour d'expérience	<p>« Les expériences des « Ces exercices ils nous « Après, on fait des autres nous ont permis permettent de faire des RETEX", c'est le de faire des choses » retours d'expérience et du plus simple, comme (cadre de santé, bloc coup d'améliorer nos ça on analyse, rien opératoire) pratiques » (directeur des n'est mauvais, mais soins, direction) au moins, ça permet</p>

d'avancer » (cadre de santé, chirurgie)

Hiérarchisation et diffusion de la responsabilité	« Eux sont prêt (NB : « Il y en a je sais que si une « On est quand organisateurs du pb) ils situation compliquée se même de bon petits ont fait des formations et présente, je peux soldats » (infirmier, eux ils vont nous donner complètement débrancher coordination heu la ligne de conduite le cerveau et devenir juste prélèvement je pense » (cadre de ses bras et ses jambes il va d'organe) // « les santé, pole chirurgie) me dire ce que je dois faire décideurs à leur » (infirmier, soin de place de décideurs, rééducation) les petites mains à leur place de petites mains » (infirmier, coordination prélèvement d'organe)
L'union fait la force	« On ne peut pas faire ça « Ça nous dépasse « Je ne peux pas chacun de son côté individuellement. Alors travailler là-dessus heu... parce que le cas peut être qu'on peut toute seule non plus où s'est fait chacun de collectivement faire des je suis obligée que ce son côté, on sait très choses... » (psychologue, soit fait avec bien qu'il va y avoir des maternité) d'autres » (médecin, conséquences et on ne va pas être productif ni efficace » (cadre de santé, SMUR) hygiène hospitalière)
Communication	« J'ai mis l'information, « Il faut que les « C'est dans la ben pareil, la bonne professionnels sachent communication, je information au bon communiquer entre eux parlais tout à l'heure moment et à la bonne pour que ça s'organise le aussi de personne » (cadre de mieux possible en fait » communication, santé, chirurgie) (sage-femme, pôle mère c'est extrêmement enfant) important puisque, ça va être un des facteurs, heu... de de... de réussite » (coordinateur SSE, direction)
Une préparation individuelle	Implication personnelle « On pourrait mettre les « Je pense que faut d'abord « Chacun a sa plus beaux moyens du une motivation propre, à se manière de se monde [...]es gens ne former à quelque chose préparer, c'est sont pas impliqués, ça qu'on ne connaît pas » comme pour un va être compliqué » (psychologue, cardiologie) examen chacun va avoir sa façon personnelle de se préparer » (sage-femme, pôle mère enfant)
Expérience	« Je pense que moi, ma « Tant que ce n'est pas vécu, « Après il y a formation, je l'ai eu je pense qu'on n'est pas prêt l'expérience ça comme ça, alors je l'ai » (infirmier, hôpital de jour) dépend si c'est un eu déjà de ma propre expérience à moi [...] en jeune soignant ou un soignant ayant déjà vécu un événement comme ça expérimenté, il y a sur un terrain » (cadre de santé, bloc opératoire) une différence qui peut avoir lieu »

Adaptation	« Pour justement « Mais il sera toujours prêt « Non, car on ne sait s'adapter ensuite, le mot le personnel hospitalier ! jamais quelle adapter il est Heu, heu en fait le personnel situation on aura. Y fondamental » hospitalier utilise l'article 22 faire face et avoir de (médecin, SAMU) ! Démerde-toi comme tu la logique, du peux voilà, non mais en fait, raisonnement et de je pense que le personnel l'organisation, ça hospitalier a une capacité oui, je pense que je d'adaptation » (infirmier, suis en capacité de le urgence) faire » (cadre de santé, chirurgie)
Intérêt de la préparation	Pour se rassurer « Se documenter et ça a « De se préparer, ça me, moi « Je pense qu'au fur quand même, ça enlève ça me rassure énormément » et à mesure de la de, du stress et de (infirmier, hôpital de jour) préparation, ça lève l'angoisse quoi parce heu, ça lève les que si heu j'ai aucune angoisses qu'on idée de ce que je dois pourrais, qu'on peut faire et en plus j'ai la avoir » (directeur des surprise de ce qui soins, direction) m'arrive » (cadre de santé, médecine polyvalente)
Risque faible	« C'est beaucoup de « On est en train de parler de « Vous savez quand temps passé pour quelque chose on est dans le quelque chose qui d'exceptionnel donc heu. quotidien [...] je n'arrivera peut-être On ne peut pas mettre son, pense qu'il y a une jamais alors des foi son mettre son temps de minimisation du se dit Ouh ! » (Ingénieur formation sur quelque chose risque » (directeur qualité, qualité et qui n'arrivera on n'espère des soins, direction, gestion des risques) jamais » (infirmier, p.9) coordination prélèvement d'organe, p.29)
Devoir	« Bon ça reste quand « Les gens n'accepteraient « Ça fait partie de même des obligations. pas que on ne soit pas prêt notre rôle, en tant Oui, au-delà de notre pour ça quoi, je pense que qu'hospitalier heu institution, c'est la santé, y'a un côté heu société qui travaillant dans les le ministère, l'état quoi. fait que si tu as une situation urgences à la L'hôpital du service exceptionnelle, il faut que réanimation bah de public de soin à la les politiques soient devant se préparer à ces personne donc... » les caméras, aient des situations » (cadre de santé, choses à dire, que l'hôpital (médecin, chirurgie) soit capable de dire, on est réanimation) prêt même si on ne l'est pas » (médecin, urgence)
Importance relative face au quotidien	« Après ça demande du « Le soin au quotidien prend « Je dirais que c'est temps, ça demande des déjà un tel temps que... ce une nécessité, heu moyens, ça demande de n'est pas possible » alors prioriser ça par l'énergie, parce qu'à côté (médecin, centre de rapport à heu... une de ça, y'a aussi les transplantation hépatique) formation heu... patients aussi » pour moi, une des (médecin, réanimation) priorités, c'est déjà une formation dans des situations non

exceptionnelles »
(médecin,
hématovigilance)

- Faire au mieux « En tout cas on va faire « Alors après ce n'est peut-être pas une réussite sur tout ce qu'on attend de moi dans la limite de mes compétences et de mes capacités sur le moment. Je, je ne vois pas autre chose » (infirmier, soin de rééducation)
- « Je pense qu'il est important de se préparer pour gérer ces situations importantes, voir même parce qu'en fait elle est même nécessaire » (infirmier, soin de rééducation)
- « Je crois que la préparation, elle est préparée quand on est bien préparé, quand l'événement arrive et... il n'y a pas ou très peu de conséquences parce qu'on a bien préparé » (infirmier, soin de rééducation)
- « Mais par contre pour le reste, pour la partie la hauteur de prendre ce gène, c'est ce n'est pas l'appréhension » (infirmier, endocrinologie)
- « Médicalement on se sent à l'aise » (infirmier, endocrinologie)
- « Aller soigner des patients, mais pas le problème, le plus, c'est l'effet de masse » (médecin, réanimation)
- « C'est tellement heu... » (infirmier, coordination)
- « Si déjà on a une préparation minimale, ça peut être difficile, surhommes sinon » (adjoint administratif, santé)
- « On ne peut pas se sentir prêt » (Ingénieur qualité, urgences)
- « Le jour où je me sentirais à cent pour cent prêt, je change de métier voilà, parce que le jour où je me sentirai à 100% prêt, heu ça voudra dire que... je n'arrive vraiment pas à imaginer les risques qui nous touchent » (cadre de santé, SMUR)

Différence entre la pratique et la théorie	« Tant que ça reste théorique et que je ne suis pas passé en pratique je ne me sens jamais trop à l'aise fait » (médecin, bloc opératoire) « Parce que les exercices ce sont des exercices mais pas simulations de la réalité c'en est une blanc [...] quand il y a des simulations on n'est pas dans la réalité » (responsable logistique, administration)
Une préparation au maximum mais jamais optimale	« On se prépare au maximum mais on n'est jamais préparé » (Ingénieur qualité, de... quelque part) « On aura beau se préparer et se préparer, en amont tout ce qui était de l'ordre du prévisible et que heu beaucoup de bla et de si on passe dans de mental pour quelque chose l'imprévisible, ben je de... dub... de pas réel et en dirais inchallah » fait je pense qu'on sera (médecin, efficace le jour où on sera hématovigilance) confronté à la situation et qu'on sera devant en fait » (infirmier, coordination prélèvement d'organe)
Difficulté à se préparer	« Oh mon sentiment » (médecin, centre de transplantation hépatique) « Très peu ont la connaissance, le plan blanc, n'est pas préparé, ils savent à peu près ce que oui on n'est pas qui le déclenche bon préparé à ben ça ce n'est pas très l'émotionnel » important, mais que faire, ça (cadre de santé, ce n'est pas très, qu'est-ce urgences) que je fais-moi en plan blanc ? » (Cadre de santé, chirurgie)
Manque de moyens	« Il faudrait qu'on ait » (cadre de santé, bloc opératoire) « Si on avait un peu plus de répétitions d'argent, un peu plus de liberté, un peu plus de paradoxale, on nous demande de nous préparer, de réaliser le faire » (cadre de santé, pourrait hein des exercices, de appréhender mieux nos nos former du personnel, situations exceptionnelles) « On a une on nous en donne pas obligatoirement les moyens, on nous donne les moyens matériels en partie, ou pas des fois, mais des moyens humains, c'est un peu plus compliqué et vu la situation économique, on n'en aura pas à foison non plus » (cadre de santé, SMUR)
Fréquence peu élevée	« Le problème aussi » (infirmier, soin difficile d'avoir tout en rééducation) « Peu peut-être que ça paraît » C'est assez fou en dans les situations très abstrait quand on le fait fait, on nous prépare si on a peu d'expérience on fait de la exceptionnelles c'est parce que on se dit voilà : je prévention a priori que comme c'est des fais ça pour rien quoi » sur une situation choses rares, c'est (infirmier, soin de qu'on ne rencontre

tête » (médecin, hygiène
hospitalière)

jamais » (médecin,
urgence)

11.3 QUESTIONNAIRE D'ÉVOCATION HIERARCHISEE (PROCEDURE 1)



Dans le cadre d'un travail de recherche en sciences humaines et sociales sur les situations sanitaires exceptionnelles, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire.

Vos réponses seront anonymes et les données recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seul votre avis nous intéresse, merci de répondre le plus spontanément possible à toutes les questions. Merci de répondre aux questions dans l'ordre.

Si vous souhaitez en savoir plus n'hésitez pas à nous contacter :
marie.bossard@unimes.fr

1. Pouvez-vous écrire cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque l'on vous parle de « situation sanitaire exceptionnelle » ?

.....

.....

.....

.....

.....

2. A présent, pouvez-vous classer tous les mots ou expressions que vous venez par ordre d'importance, selon votre point de vue ?
 1. Merci d'associer à chaque mot ou expression que vous venez d'écrire un numéro, 1 étant le plus important, 5 étant le moins important.

Merci pour votre participation !

11.4 QUESTIONNAIRE D'EVOCATION HIERARCHISEE (PROCEDURE 2)

Questionnaire sur la perception des situations sanitaires exceptionnelles

Dans le cadre d'un travail de recherche en sciences humaines et sociales sur les situations sanitaires exceptionnelles, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. Cette recherche est dirigée par Gilles Dusserre (Professeur des universités, Institut Mines-Télécom Alès), Karine Weiss (Professeure des universités, Université de Nîmes), Marie Bossard (Doctorante, Institut Mines-Télécom)

Vos réponses seront anonymes et les données recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Les investigateurs s'engagent à protéger les données recueillies, en procédant à une anonymisation stricte et en conservant la confidentialité de ces données. Ils s'engagent à fournir les résultats de cette étude aux participants à leur demande ainsi que leur transmettre les valorisations faites grâce aux données (articles scientifiques et/ou communication dans des congrès) à leur demande.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seul votre avis nous intéresse, merci de répondre le plus spontanément possible à toutes les questions. Merci de répondre aux questions dans l'ordre.

Merci de ne répondre qu'une fois à ce questionnaire.

Si vous souhaitez en savoir plus ou avoir les résultats, n'hésitez pas à nous contacter : marie.bossard@unimes.fr

Je déclare accepter, librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée : « la perception des situations sanitaires exceptionnelles »

- Oui
- Non

Pouvez-vous écrire cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque l'on vous parle de « situation sanitaire exceptionnelle » ?

Mot 1 : _____

Mot 2 : _____

Mot 3 : _____

Mot 4 : _____

Mot 5 : _____

A présent, pouvez-vous classer tous les mots ou expressions que vous venez d'écrire par ordre d'importance, selon votre point de vue ? Merci d'associer à chaque mot ou expression que vous venez d'écrire un numéro, 1 étant le plus important, 5 étant le moins important.

Vous ne pouvez associer qu'un seul chiffre pour chaque mot et un seul mot pour chaque chiffre

	1 (le moins important)	2	3	4	5 (le plus important)
Mot 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mot 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mot 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mot 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mot 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sexe

- Masculin
- Féminin

Age

Profession

Dans quel service exercez-vous actuellement ?

Depuis quand exercez-vous votre profession ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 15 ans
- Plus de 15 ans

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- CHU
- CH
- GHT
- Autre...

Dans quelle ville est votre hôpital ?

Quel est votre diplôme le plus élevé ?

- CAP ou BEP
- Baccalauréat
- Bac +2
- Bac +3
- Bac +5 et plus

Avez-vous déjà vécu professionnellement (au cours de laquelle vous avez dû y faire face pendant votre travail à l'hôpital) une situation sanitaire exceptionnelle ?

- Oui
- Non

Si oui, de quel type ?

Avez-vous déjà vécu personnellement (au cours de laquelle vous n'avez pas travaillé à l'hôpital) une situation sanitaire exceptionnelle ?

- Oui
- Non

Si oui, de quel type ?

Avez-vous déjà eu des formations sur les situations sanitaires exceptionnelles ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser : le type

(Ex : Formation 1 : AFGSU ; Formation 2 : Congrès de médecine de catastrophe)

Si oui, pouvez-vous préciser : la durée

(Ex : Formation 1 : trois jours ; Formation 2 : quatre heures)

Si oui, pouvez-vous préciser : le nombre de participations

(Ex : Formation 1 : deux fois ; Formation 2 : une fois)

Avez-vous déjà participé à un/des exercice(s) de crise ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

Quel serait votre rôle en cas de plan blanc ?

Avez-vous déjà eu une responsabilité en lien avec l'organisation du plan blanc ?

Si oui, de quel type ?

Avez-vous déjà participé à un entretien sur les situations sanitaires exceptionnelles avec nous ? (Marie Bossard et/ou Estela Fleureau)

Est-ce qu'il y a autre chose qui vous semble important de nous préciser en lien avec vous et les situations sanitaires exceptionnelles ?

Merci pour votre participation !

11.5 ANALYSE PROTOTYPIQUE ET CATEGORIELLE EN FONCTION DE LA METHODE DE RECUEIL DES DONNEES DE L'ETUDE 2

Tableau 69 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers provenant des entretiens (n=43)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,72$)	Faible ($> 2,72$)
Élevée ($\geq 4,3$)	Plan blanc (15 ^a -2,4 ^b)	Attentat (11-3,3)
	Urgence (15-2,5)	Epidémie (6-3)
	Organisation (10-2,2)	
	Accident (6-2,5)	
	Afflux massif de victimes (6-2,7)	
	Catastrophe (5-1)	
Faible ($< 4,3$)	Inhabituel (4-1,2)	Communication (4-3,5)
	Disponibilité (3-2,7)	Danger (4-3,2)
	Crise (3-2,3)	Risque chimique (3-4)
	Risque biologique (3-2,7)	Incendie (2-4)
	Désorganisation (2-2)	Rappel (2-4)
	Hôpital (2-1,5)	NRBC (2-4)
	Adaptation (2-2)	Rapidité (2-4)
	Préparation (2-1)	Prise en charge psy (2-3)
	Risque (2-2)	Rare (2-4,5)
	Réactivité (2-2,5)	Mort (2-5)
	Grave (2-2)	Population (2-3,5)
	Stress (2-2)	Soin (2-3,5)
		Information (2-4)
		Déclenchement (2-4)

^a Fréquence

^b Rang

Tableau 70 - Analyse prototypique des associations avec l'inducteur « situation sanitaire exceptionnelle » chez les personnels hospitaliers (n=114)

Fréquence	Rang	
	Élevé ($\leq 2,89$)	Faible ($> 2,89$)
Élevée ($\geq 11,4$)	Urgence (37 ^a -2,4 ^b)	Attentat (40-3,2)
	Epidémie (35-2,7)	Accident (19-3,7)
	Plan blanc (25-2,3)	
	Catastrophe (20-2,6)	
	Afflux massif de victimes (19-2,6)	
	Organisation (18-2,7)	
	Crise (16-2,7)	
Faible ($< 11,4$)	Catastrophe naturelle (10-2,8)	Stress (9-3,8)
	Nombreuses victimes (7-2)	Mort (8-3,6)
	Guerre (6-1,7)	Canicule (6-4)
	Blessés (5-2,8)	NRBC (6-4,3)
	Réactivité (5-1,6)	Mobilisation (6-3,7)
	Grave (5-2,8)	Protection (5-3,2)
	ORSEC (4-2)	Rare (5-4,2)
	Secours (4-1,8)	Isolement (5-3,2)
	Danger (4-2,5)	Victimes (4-3,5)
		Incendie (4-3,5)
		Explosion (4-3,8)
		Angoisse (4-4,8)

^a Fréquence

^b Rang

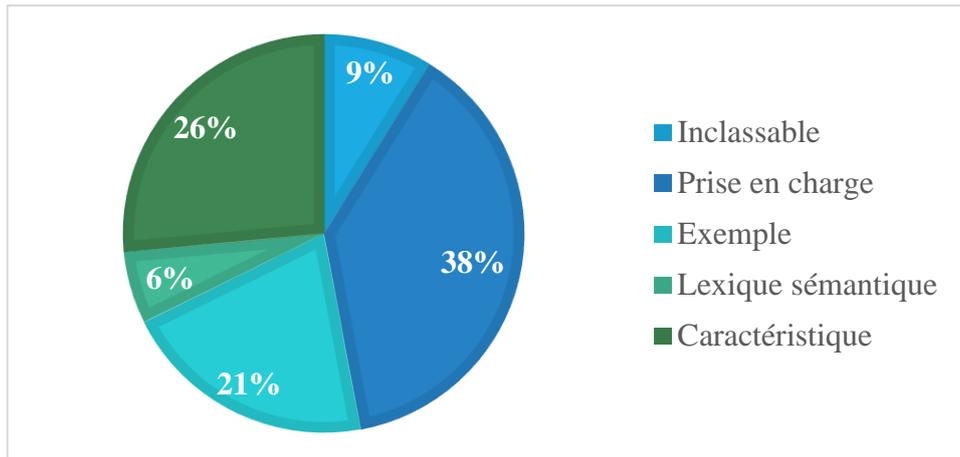


Figure 34 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des participants des entretiens (N=43)

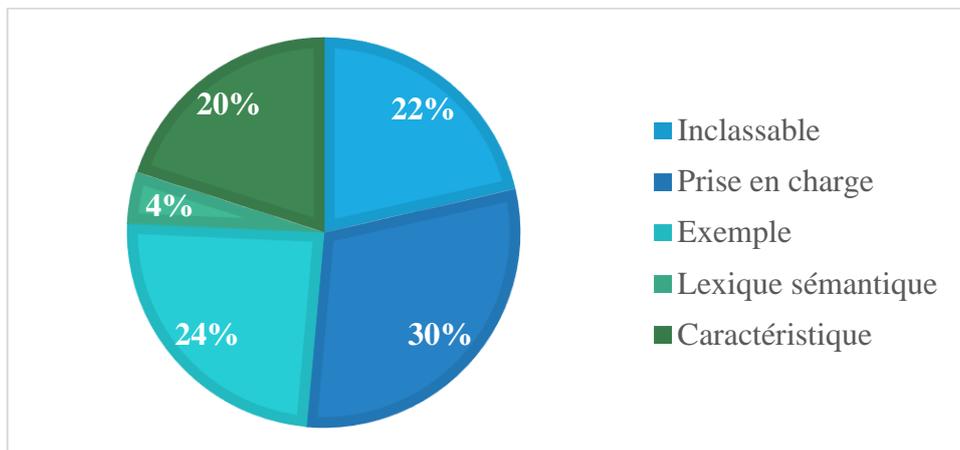


Figure 35 - Pourcentages des thèmes dans le corpus des participants des questionnaires en ligne (N=114)

11.6 CATEGORISATION THEMATIQUE DES ASSOCIATIONS AU TERME « SSE »

Tableau 71 – Répartition des associations au terme « SSE » en fonction des catégories

Caractéristique des SSE		Prise en charge	
Association	Fréquence d'occurrence	Association	Fréquence d'occurrence
Urgence	52	Organisation	28
Catastrophe	25	Stress	10
Crise	19	Mobilisation	7
Nombreuses victimes	11	Réactivité	7
Mort	11	Communication	6
Danger	8	Disponibilité	6
Rare	7	Protection	6
Grave	7	Adaptation	6
Inhabituel	6	Isolement	5
Blessés	5	Secours	4
Risque	5	Sécurité	4
Victimes	4	Désorganisation	4
Chaos	2	Débordement	3
		Tri	3
		Rappel	3
		Réquisition	3
		Aide	3
		Prise en charge psy	3
		Gestion	3
		Alerte	3
		Déclenchement	3
		Gestion de crise	3
		Collaboration	3
		Fatigue	3
		Prise en charge	2
		Nombreux intervenants	2
		Accueil	2
		Hôpital	2

		Réponse rapide	2
		SAMU	2
Exemple de risques		Lexique sémantique particulier	
Association	Fréquence d'occurrence	Association	Fréquence d'occurrence
Attentat	51	Plan blanc	40
Epidémie	40	Afflux massif de victimes	24
Accident	25	ORSEC	5
Catastrophe naturelle	11	ORSAN	2
NRBC	8	NOVI	2
Incendie	7		
Guerre	6		
Canicule	6		
Risque chimique	5		
Explosion	4		
Grippe	3		
Nucléaire	3		
Pandémie	3		
Risque biologique	3		
Infection	3		
Pénurie médicamenteuse	2		
Avalanche	2		
Ebola	2		
Inondation	2		
Génocide	2		
Intempérie	2		
Catastrophe industrielle	2		
Virus	2		
TIAC	2		
Inclassable			
Association	Fréquence d'occurrence		
Rapidité	4		
Angoisse	4		
Information	4		
Exercice	4		
Préparation	4		
Peur	3		
Contamination	3		
Population	3		

Solidarité	3
Plan	3
Prevention	3
Formation	3
Anticipation	2
Besoin	2
Sante publique	2
Crise cardiaque	2
Transfusion sanguine	2
Sante	2
Moyens	2
Foule	2
Engagement	2
Efficacité	2
Mediaş	2
Calme	2
Traumatisme	2
ARS	2

11.7 REPARTITION DES PERSONNELS HOSPITALIERS DE L'ETUDE 3 EN FONCTION DE LEUR SERVICE

Tableau 72 - Répartition des personnels hospitaliers en fonction de leur service (N=408)

	Fréquence	Pourcentage
Chirurgie	47	11 %
Psychiatrie	46	11 %
Médecine générale	42	10 %
Réanimation	39	10 %
Urgences	32	8 %
Cardiologie	23	6 %
Polyvalence	17	4 %
Médecine interne	13	3 %
Gastro-entérologie	13	3 %
Oncologie	13	3 %
Hématologie	13	3 %
SAMU	12	3 %
Gériatrie	12	3 %
Autre	11	3 %
Services administratifs	9	2 %
Pédiatrie	8	2 %
Maternité-gynécologie	7	2 %
Neurologie	7	2 %
Pharmacie	6	1 %
Direction	5	1 %
Traumatologie	4	1 %
Pneumologie	3	<1 %
Palliatif	3	<1 %
Dermatologie	3	<1 %
Radiologie	3	<1 %
Endocrinologie	1	<1%

11.8 QUESTIONNAIRE EN LIGNE DE L'ETUDE 3

Le questionnaire auquel les participants ont répondu pour l'étude 3 est présenté ci-dessous. La passation se déroulant en ligne, la mise en page a été modifiée pour ce document. Les encadrés verts, en début de partie précisent les populations ciblées, qui sont les seules ayant vu la partie correspondante. A chaque fois qu'un item débute par « Si oui » ou « Si non », cela fait référence à l'item précédent. L'affichage était automatique dans le questionnaire en ligne.

Perception des situations sanitaires exceptionnelles

Questionnaire sur la perception des situations sanitaires exceptionnelles

Dans le cadre d'un travail de recherche en sciences humaines et sociales sur les situations sanitaires exceptionnelles, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. Cette recherche est dirigée par Marie Bossard (Doctorante, Institut Mines-Télécom), Gilles Dusserre (Professeur des universités, Institut Mines-Télécom Alès) et Karine Weiss (Professeure des universités, Université de Nîmes).

Vos réponses seront anonymes et les données recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Les investigateurs s'engagent à protéger les données recueillies, en procédant à une anonymisation stricte et en conservant la confidentialité de ces données. Ils s'engagent à fournir les résultats de cette étude aux participants à leur demande ainsi qu'à leur transmettre les valorisations faites grâce aux données (articles scientifiques et/ou communication dans des congrès) à leur demande.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seul votre avis nous intéresse, merci de répondre le plus spontanément possible à toutes les questions. Merci de répondre aux questions dans l'ordre.

Merci de ne répondre qu'une fois à ce questionnaire.

Ce questionnaire vous prendra au minimum 5 minutes et au maximum 15 minutes.

Si vous souhaitez en savoir plus ou avoir les résultats, n'hésitez pas à nous contacter : marie.bossard@unimes.fr

Je déclare accepter, librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée : « la perception des situations sanitaires exceptionnelles »

- Oui
- Non

PARTIE 1 – CONDITION « EPIDEMIE »

Pour 1/3 des participants

Partie 1 Merci de répondre à toutes les questions dans l'ordre

Pouvez-vous écrire cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque l'on vous parle de « Épidémie » ?

A présent, pouvez-vous classer tous les mots ou expressions que vous venez d'écrire par ordre d'importance, selon votre point de vue ? Merci de faire glisser les cases suivantes selon l'ordre d'importance que vous souhaitez, 1 étant le plus important, 5 étant le moins important.

- _____ *Report du mot 1*
- _____ *Report du mot 2*
- _____ *Report du mot 3*
- _____ *Report du mot 4*
- _____ *Report du mot 5*

Pensez-vous qu'il soit probable que vous viviez une épidémie à l'avenir ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous que les épidémies engendrent des conséquences graves ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Généralement, craignez-vous la survenue d'une épidémie ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les épidémies sont une question vitale, d'autres pensent que c'est une question sans importance. Qu'en pensez-vous ?

C'est une question
la
sans importance
importance

C'est une question de
plus grande

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les épidémies les concernent comme tout un chacun, d'autres se sentent spécifiquement et personnellement concernés. Qu'en est-il pour vous ?

Tout le monde est concerné,
concerne
moi autant que tout autre
personnellement

Cela me

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que la gestion des épidémies ne dépend que d'eux-mêmes, alors que d'autres pensent qu'ils n'y peuvent rien. Qu'en pensez-vous ?

Je n'y peux rien

Il n'y tient qu'à moi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous déjà été impacté par les conséquences d'une épidémie ?

- Oui
- Non

Si oui, comment avez-vous été impacté ?

- Emotionnellement
- Physiquement
- Economiquement
- Changement de comportement
- Autre : _____

Si oui, de quelle épidémie ?

Au moins un de vos proches a-t-il été contaminé par une épidémie ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà été personnellement contaminé par une épidémie ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle épidémie ?

PARTIE 1 – CONDITION « ATTENTAT »

Pour 1/3 des participants

Partie 1 Merci de répondre à toutes les questions dans l'ordre

Pouvez-vous écrire cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque l'on vous parle de « Attentat » ?

A présent, pouvez-vous classer tous les mots ou expressions que vous venez d'écrire par ordre d'importance, selon votre point de vue ? Merci de faire glisser les cases suivantes selon l'ordre d'importance que vous souhaitez, 1 étant le plus important, 5 étant le moins important.

_____ *Report du mot 1*

_____ *Report du mot 2*

_____ *Report du mot 3*

_____ *Report du mot 4*

_____ *Report du mot 5*

Pensez-vous qu'il soit probable que vous viviez un attentat à l'avenir ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous que les attentats engendrent des conséquences graves ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Généralement, craignez-vous la survenu d'un attentat ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les attentats sont une question vitale, d'autres pensent que c'est une question sans importance. Qu'en pensez-vous ?

C'est une question
la
sans importance
importance

C'est une question de
plus grande

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les attentats les concernent comme tout un chacun, d'autres se sentent spécifiquement et personnellement concernés. Qu'en est-il pour vous ?

Tout le monde est concerné,
concerne
moi autant que tout autre
personnellement

Cela me

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que la gestion des attentats ne dépend que d'eux-mêmes, alors que d'autres pensent qu'ils n'y peuvent rien. Qu'en pensez-vous ?

Je n'y peux rien

Il n'y tient qu'à moi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous déjà été impacté par les conséquences d'un attentat ?

- Oui
- Non

Si oui, comment avez-vous été impacté ?

- Emotionnellement
- Physiquement
- Economiquement
- Changement de comportement
- Autre : _____

Si oui, de quel attentat ?

Au moins un de vos proches a-t-il été victime d'un attentat ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà été personnellement victime d'un attentat ?

- Oui
- Non

Si oui, de quel attentat ?

Pour 1/3 des participants

PARTIE 1 – CONDITION « CATASTROPHE NATURELLE »

Partie 1 Merci de répondre à toutes les questions dans l'ordre

Pouvez-vous écrire cinq mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque l'on vous parle de « Catastrophe naturelle » ?

A présent, pouvez-vous classer tous les mots ou expressions que vous venez d'écrire par ordre d'importance, selon votre point de vue ? Merci de faire glisser les cases suivantes selon l'ordre d'importance que vous souhaitez, 1 étant le plus important, 5 étant le moins important.

_____ *Report du mot 1*

_____ *Report du mot 2*

_____ *Report du mot 3*

_____ *Report du mot 4*

_____ *Report du mot 5*

Pensez-vous qu'il soit probable que vous viviez une catastrophe naturelle à l'avenir ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous que les catastrophes naturelles engendrent des conséquences graves ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Généralement, craignez-vous la survenu d'une catastrophe naturelle ?

Pas du tout
Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les catastrophes naturelles sont une question vitale, d'autres pensent que c'est une question sans importance. Qu'en pensez-vous ?

C'est une question
la
sans importance
importance

C'est une question de
plus grande

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les catastrophes naturelles les concernent comme tout un chacun, d'autres se sentent spécifiquement et personnellement concernés. Qu'en est-il pour vous ?

Tout le monde est concerné,
concerne
moi autant que tout autre
personnellement

Cela me

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que la gestion des catastrophes naturelles ne dépend que d'eux-mêmes, alors que d'autres pensent qu'ils n'y peuvent rien. Qu'en pensez-vous ?

Je n'y peux rien

Il n'y tient qu'à moi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous déjà été impacté par les conséquences d'une catastrophe naturelle ?

- Oui
- Non

Si oui, comment avez-vous été impacté ?

- Emotionnellement
- Physiquement
- Economiquement
- Changement de comportement
- Autre : _____

Si oui, de quelle catastrophe naturelle ?

Au moins un de vos proches a-t-il été victime d'une catastrophe naturelle ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà été personnellement victime d'une catastrophe naturelle ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle catastrophe naturelle ?

Pour tous les participants

SEPARATION DES DEUX POPULATIONS : HOSPITALIERS / NON HOSPITALIERS

Exercez-vous votre profession au sein d'un hôpital ?

- Oui
- Non

Si oui, exercez-vous votre profession au sein d'un hôpital public ?

- Oui
- Non

Uniquement pour la population générale

PARTIE 2 - CARACTERISATION

Diriez-vous que vous vivez actuellement une situation sanitaire exceptionnelle en raison de l'épidémie du coronavirus (COVID-19) ?

- Oui
- Non

Si oui, pensez-vous qu'il soit probable que l'épidémie de coronavirus (COVID-19) devienne une situation sanitaire exceptionnelle ?

Pas du tout probable

Très

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sexe

- Femme
- Homme

Age

Catégorie professionnelle

- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Etudiants
- Sans activité professionnelle

Famille professionnelle

- Agriculture, marine, pêche
- Bâtiment, travaux publics
- Electivité, électronique
- Mécanique, travail des métaux
- Industries de process
- Matériaux souples, bois, industries graphiques

- Maintenance
- Ingénieurs et cadres de l'industrie
- Transports, logistique et tourisme
- Artisanat
- Gestion, administration des entreprises
- Informatique et télécommunications
- Etudes et recherche
- Administration publique, Professions juridiques, armée et police
- Banque et assurances
- Commerce
- Hôtellerie, restauration, alimentation
- Services aux particuliers et aux collectivités
- Communication information art et spectacle
- Santé, action sociale, culturelle et sportive
- Enseignement, formation
- Politique, religion

Quel est votre diplôme le plus élevé ?

- Aucun
- CAP ou BEP
- Baccalauréat
- Bac+2
- Bac +3
- Bac +5
- Bac +8 et plus

Dans quelle ville habitez-vous ?

Quel est votre numéro de département ?

Est ce qu'il y a quelque chose qu'il vous semble important de préciser en lien avec vous et les situations sanitaires exceptionnelles ?

Uniquement pour la population hospitalière

PARTIE 2 - LES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Merci de répondre à toutes les questions dans l'ordre

Excepté le coronavirus (COVID-19), pensez-vous qu'il soit probable que vous viviez une situation sanitaire exceptionnelle au cours de votre carrière ?

Pas du tout Extrêmement
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous que les situations sanitaires exceptionnelles engendrent des conséquences graves ?

Pas du tout Extrêmement
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Généralement, craignez-vous la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle ?

Pas du tout Extrêmement
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les situations sanitaires exceptionnelles constituent une question vitale, d'autres pensent que c'est une question sans importance. Qu'en pensez-vous ?

C'est une question sans importance C'est une question de la plus grande importance
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que les situations sanitaires exceptionnelles les concernent comme tout un chacun, d'autres se sentent spécifiquement et personnellement concernés. Qu'en est-il pour vous ?

Tout le monde est concerné, moi autant que tout autre Cela me concerne personnellement
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certains pensent que la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ne dépend que d'eux-mêmes, alors que d'autres pensent qu'ils n'y peuvent rien. Qu'en pensez-vous ?

Je n'y peux rien Il n'y tient qu'à moi
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En tant que personnel hospitalier, certains pensent que la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ne dépend que d'eux-mêmes (les hospitaliers), alors que d'autres pensent qu'ils n'y peuvent rien. Qu'en pensez-vous ?

Nous n'y pouvons rien

Tout dépend de nous

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Uniquement pour la population hospitalière

PARTIE 3 - LA PREPARATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

La préparation à l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

Mes collègues de service sont prêts à gérer l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mes collègues des autres services sont prêts à gérer l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon hôpital est prêt à gérer l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon hôpital dispose des ressources humaines nécessaires à la gestion de l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon hôpital dispose des ressources matérielles nécessaires à la gestion de l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je me sens prêt à gérer l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je dispose d'une préparation (formations, exercices, etc.) suffisante pour gérer l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je dispose de connaissances sur l'organisation des plans (plans blancs, plans NOVI, plan ORSEC, etc.) suffisantes pour gérer l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je dispose de compétences médicales techniques suffisantes pour gérer l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La préparation à tous les types de situations sanitaires exceptionnelles

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

La préparation individuelle permet d'avoir une meilleure performance pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La préparation collective permet d'avoir une meilleure performance pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le plan blanc est une mesure efficace pour gérer les situations sanitaires exceptionnelles

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Se préparer aux situations sanitaires exceptionnelles fait partie du rôle...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Des médecins de l'hôpital											
Des paramédicaux de l'hôpital											
Des cadres de santé de l'hôpital											
Des administratifs de l'hôpital											
De mon service											

La préparation de votre hôpital

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

Mes collègues de service se préparent à gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mes collègues des autres services se préparent à gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mes collègues de service sont prêts à gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mes collègues des autres services sont prêts à gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon hôpital est prêt à gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon hôpital dispose des ressources humaines nécessaires à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon hôpital dispose des ressources matérielles nécessaires à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre préparation

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

Je me sens prêt à gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je me sens prêt à gérer un afflux massif de victimes anticipable (épidémie, etc.)

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je me sens prêt à gérer un afflux massif de victimes soudain (attentat, catastrophe naturelle, accident de grande ampleur, etc.)

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je serais efficace dans la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je dispose d'une préparation (formations, exercices, etc.) suffisante pour gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je dispose de connaissances sur l'organisation des plans (plans blancs, plans NOVI, plan ORSEC, etc.) suffisantes pour gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je dispose de compétences médicales techniques suffisantes pour gérer une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je peux faire des actions pour améliorer ma préparation à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Je me sens capable de me préparer à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mes collègues pensent que je dois me préparer à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La société pense que je dois me préparer à la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pour moi, me préparer aux situations sanitaires exceptionnelles...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
est très distrayant												est très ennuyeux
est très plaisant												est très déplaisant
est très utile												est totalement inutile
est très prudent												est très imprudent
est très difficile												est très facile
demande beaucoup d'efforts												ne demande pas beaucoup d'efforts

Avez-vous déjà participé à un exercice de simulation ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà participé à une formation spécifique sur les situations sanitaires exceptionnelles ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà participé à un retour d'expérience de gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà lu le plan blanc ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà demandé des informations sur la gestion des situations sanitaires exceptionnelles à des personnes référentes dans votre hôpital ?

- Oui
- Non

J'ai l'intention à l'avenir de davantage me préparer aux situations sanitaires exceptionnelles (participer à des formations, retour d'expériences ou lire le plan blanc par exemple)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Au cours des prochains mois, je me préparerai à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (participer à des formations, retour d'expériences ou lire le plan blanc par exemple)

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Uniquement pour la population hospitalière

PARTIE 4 - CARACTERISATION

Diriez-vous que vous vivez actuellement une situation sanitaire exceptionnelle en raison de l'épidémie du coronavirus (COVID-19) ?

- Oui
- Non

Si non, pensez-vous qu'il soit probable que l'épidémie de coronavirus (COVID-19) devienne une situation sanitaire exceptionnelle ?

Pas du tout Extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Excepté l'épidémie du coronavirus (COVID-19), avez-vous déjà vécu une ou plusieurs situation(s) sanitaire(s) exceptionnelle(s) ?

- Oui
- Non

Si oui, quel type(s) de situation(s) sanitaire(s) exceptionnelle(s) ?

Sexe

- Femme
- Homme

Age

Profession

Service

Depuis combien d'années exercez-vous ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans

- Entre 10 et 15 ans
- Plus de 15 ans

Quel est votre diplôme le plus élevé ?

- Aucun
- CAP ou BEP
- Baccalauréat
- Bac +2
- Bac +3
- Bac +5
- Bac +8 et plus

Dans quelle ville est votre hôpital ?

Quel est le numéro de département de votre hôpital ?

Est ce qu'il y a quelque chose qu'il vous semble important de préciser ?

11.9 REPARTITION DES PERSONNELS HOSPITALIERS DE L'ETUDE 4 EN FONCTION DE LEUR SERVICE

Tableau 73 - Répartition des personnels hospitaliers en fonction de leur service (N=534)

	Fréquence	Pourcentage
Réanimation	132	25 %
Urgences	77	14 %
Médecine générale	64	12 %
Chirurgie	49	9 %
Cardiologie	34	6 %
Psychiatrie	33	6 %
SAMU	29	5 %
Pneumologie	19	4 %
Médecine interne	18	3 %
Services administratifs	18	3 %
Gastro-entérologie	17	3 %
Anesthésie	16	3 %
Maternité-gynécologie	14	3 %
Pédiatrie	13	2 %
Traumatologie	11	2 %
Neurologie	10	2 %
Hématologie	9	2 %
Endocrinologie	7	1 %
Urologie	6	1 %
Direction	3	<1 %
Immunologie	3	<1 %
Dermatologie	2	<1 %
Pharmacie	2	<1 %
Odontologie	1	<1 %
Radiologie	1	<1 %

11.10 ITEMS SUPPLEMENTAIRES DE L'ETUDE 4

Les items supplémentaires au questionnaire de l'étude 4 par rapport à celui de l'étude 3 est présenté ci-dessous. La passation se déroulant en ligne, la mise en page a été modifiée pour ce document.

PARTIE 3 - LA PREPARATION AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

La préparation à l'épidémie du coronavirus (COVID-19)

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

[...]

Avez-vous travaillé à l'hôpital lors du pic de l'épidémie du COVID-19 (mars, avril, mai) ?

- Oui
- Non

Pensez-vous avoir bien géré cette crise ?

Pas du tout

Tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si vous avez eu des difficultés à gérer cette situation, de quels types étaient ces difficultés ?

- Matérielles (manque d'équipements de protection, de matériel de soin, etc.)
- Communicationnelles (consignes floues, difficultés à trouver des réponses à vos questions, etc)
- Émotionnelles (stress, peur, colère, etc. entravant entièrement ou en partie vos tâches professionnelles)
- Techniques (difficultés à réaliser des gestes de soins techniques, manque de formation, de compétences, etc.)
- Autre :

Avez-vous confiance dans la gestion de l'épidémie du COVID-19 des autorités ?

Pas du tout

Tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pensez-vous que vous étiez prêt à cette situation ?

Pas du tout

Tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vous sentez-vous mieux préparés si une « deuxième vague » de l'épidémie du COVID-19 se produisait grâce à cette expérience ?

Pas du tout

Tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vous sentez-vous mieux préparés à une autre situation sanitaire exceptionnelle grâce à cette expérience ?

Pas du tout

Tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

[...]

Votre préparation

Merci d'indiquer votre degré d'accord à chacune de ces affirmations

[...]

Je pense que je suis capable de gérer assez bien mes sentiments dans des situations difficiles et éprouvantes

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Dans une situation sanitaire exceptionnelle, je serais capable de faire face à mon anxiété et à ma peur

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je suis généralement capable de rester calme et tranquille dans la plupart des situations difficiles

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Lorsque cela est nécessaire, je peux me contrôler dans des situations difficiles

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Si je me trouvais dans une situation sanitaire exceptionnelle, je saurais comment gérer ma propre réaction face à cette situation

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je sais quelles stratégies je pourrais utiliser pour me calmer dans une situation sanitaire exceptionnelle

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

J'ai une bonne idée de la façon dont je réagis dans une situation sanitaire exceptionnelle

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

[...]

Je connais les documents relatifs à la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles fournis par l'hôpital

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je sais quelles mesures de préparation les personnels hospitaliers doivent prendre pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je sais comment bien me préparer pour prévoir une future situation sanitaire exceptionnelle

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je sais à quoi m'attendre à l'hôpital si une situation sanitaire exceptionnelle se produisait

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je connais les procédures de déclenchement d'une situation sanitaire exceptionnelle

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je suis convaincu de savoir quoi faire et quelles mesures prendre dans une situation sanitaire exceptionnelle

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je serais en mesure de localiser facilement le matériel nécessaire pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles à l'hôpital

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je connais l'impact qu'une situation sanitaire exceptionnelle peut avoir sur l'hôpital

- Parfaitement
- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

Je sais quelle est la différence entre une situation sanitaire exceptionnelle et une situation de tension hospitalière

- Parfaitement

- Globalement
- Quelque peu
- Pas du tout

