

# Les préoccupations des infirmières et infirmiers d'Info-Santé lors de la pandémie de la grippe H1N1 : une lecture éthique.

## Étude exploratoire

Lise Renaud, Ph.D.<sup>a</sup>, Monique Caron-Bouchard<sup>b</sup>, Ph.D., Cécile Rousseau<sup>c</sup>, M.D.

<sup>a</sup> Professeure, Département de communication sociale et publique, UQAM

<sup>b</sup> Professeure, Collège Jean-de-Brébeuf

<sup>c</sup> Professeure, Département de psychiatrie, Université McGill

---

Lors de la pandémie de grippe H1N1, le gouvernement a mis en place divers services d'aide pour informer la population et soutenir les services de santé. Au nombre de ceux-ci figurait un service existant, Info-Santé, dont les infirmières et infirmiers recevaient les appels de la population. Ces intervenants ont rencontré des difficultés particulières puisque les directives gouvernementales et institutionnelles liées à leur intervention téléphonique étaient parfois en contradiction avec leurs valeurs personnelles et leur mandat professionnel. Cet article s'intéresse aux dilemmes éthiques auxquels ils ont été confrontés durant cette période. L'analyse des propos recueillis lors de deux groupes de discussion, l'un auprès de gestionnaires d'Info-Santé et l'autre auprès des infirmières et infirmiers d'Info-Santé les 30 et 31 mars 2011, soit un an après l'évènement, permet de relever trois préoccupations éthiques ayant trait à (1) la préparation et la formation, notamment à l'égard de la dimension psychosociale (2) la relation professionnelle avec le client, particulièrement les modes inhabituels d'intervention auprès des appelants ainsi que (3) la gestion des ressources, à savoir surtout l'information émanant des médias et les directives gouvernementales. Bref, les infirmières et infirmiers ont géré la pandémie en étant soumis au code de déontologie de leur ordre professionnel, aux directives professionnelles et institutionnelles, à leurs valeurs et expériences personnelles, et enfin à l'information puisée aux diverses sources médiatiques. L'équilibre à assurer entre ces diverses composantes a constitué un défi de taille pour les infirmières et infirmiers, d'autant plus qu'il fut complexifié par le stress, la fatigue, les informations contradictoires et un soutien perçu comme insuffisant. Les résultats de l'étude suggèrent une piste peu explorée à ce jour et susceptible de guider le développement de nouvelles procédures administratives, formatives et communicatives en situation de crise, à l'intention des infirmières, infirmiers et gestionnaires d'Info-Santé.

**Mots-clés :** éthique, pandémie, H1N1, Info Santé

---

La pandémie de grippe A de sous-type H1N1 qui a sévi au Québec en 2009 a été analysée sous divers angles : les taux de vaccination, l'application des consignes adressées aux divers acteurs sociaux, l'approvisionnement et la distribution des vaccins, les questions éthiques en regard de la population, la couverture de presse, etc. Malgré l'importance du rôle joué par les infirmières et infirmiers dans la gestion de cette crise, peu d'études s'y sont intéressées sous l'angle de la transmission de l'information et du vécu professionnel quotidien durant cette période. Notre

réflexion, pour sa part, s'attarde à l'espace éthique des infirmières et infirmiers œuvrant dans l'organisme Info-Santé et aux services d'aide téléphonique. Cet espace éthique se définit comme un lieu commun, voire un milieu de travail où les pratiques et les conduites du professionnel sont dictées par des valeurs, c'est-à-dire des notions de bien et de morale tributaires des critères individuels et sociaux, ainsi que par des principes régulateurs émis par le gouvernement et par son organisme de gestion, l'Agence de santé (Massé 2001, 2003).

---

Cette recherche a été financée grâce à une subvention de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), France obtenue par Laetitia Atlani. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Lise Renaud, Centre de recherche sur la communication et la santé, département de communication sociale et publique, Université du Québec à Montréal, Case postale 8888, succ. Centre-ville, Montréal (Qc) Canada H3C 3P8. Courrier électronique : renaud.lise@uqam.ca

Les infirmières et infirmiers d'Info-Santé sont des experts-conseils en ligne dont la tâche est de rassurer l'appelant et de lui suggérer les « bonnes pratiques » à adopter, selon la nature et les caractéristiques de sa demande. Bien que ces intervenants soient soumis à des algorithmes décisionnels, l'essence de leur tâche exige d'exercer un jugement critique personnel. Ainsi, dans cet espace éthique que constitue leur milieu de travail, ils sont susceptibles de vivre des tensions catalysées par leurs valeurs professionnelles, personnelles et institutionnelles qui peuvent, dans certains cas, entrer en contradiction les unes avec les autres. Il s'installe de ce fait un dilemme entre les choix d'alternatives possibles qui seront relevées tout au cours de cet article. À l'aide d'une étude qualitative auprès de gestionnaires et d'infirmières et d'infirmiers d'Info-Santé, nous examinons sous un angle éthique les préoccupations perçues et les difficultés vécues par les intervenants de l'organisme lors d'interventions cliniques téléphoniques au cours de la pandémie de la grippe H1N1.

## Problématique

Info-Santé est un organisme du gouvernement du Québec qui offre un service d'avant-première ligne. Ce service de consultation professionnelle téléphonique accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, constitue une composante majeure de la première ligne de soins de santé au Québec. Il permet de répondre à certaines questions courantes sur la santé ou de diriger la personne, s'il y a lieu, vers une « aide » dans le système de santé et de services sociaux. Ainsi, en composant le 8-1-1, la population québécoise peut avoir accès à l'une des quinze centrales d'Info-Santé. Celles-ci sont reliées en réseau de sorte que, s'il y a surcharge à un endroit, l'appel entrant est transféré à une autre région.

Au Québec, les premiers cas de grippe A (H1N1) ont été détectés dès le 30 avril 2009. En date du 7 juin, le ministère de la Santé et des Services sociaux comptait déjà 542 cas. Le 11 juin, l'Organisation mondiale de la Santé annonçait l'état de pandémie causée par le H1N1.

Le 21 octobre 2009, le MSSS confirmait le début de la deuxième vague de la grippe pandémique. La vaccination de masse débuta le 26 octobre 2009 et se poursuivit pendant 8 semaines (Agence de santé publique du Canada, 2009; INSPQ 2009; MSSS 2009).

Lors de la pandémie de H1N1, les infirmières et infirmiers d'Info-Santé eurent le mandat de rassurer la population, de suggérer la vaccination à la population désignée, de la référer aux lieux de

vaccination et de l'informer adéquatement sur les consignes provenant de diverses sources.

Entre octobre 2009 (période marquant le début de la vaccination de masse) et le 1er mars 2010, Info-Santé a reçu quelque 64 811 appels. Notons, à titre indicatif, que la semaine du 1er novembre 2009 fut la plus achalandée, avec un total de 13 581 appels. À un moment, les lignes furent surchargées : Info-Santé s'est vu alors contraint d'ajouter de nouvelles lignes et du nouveau personnel (Rousseau et al., 2012).

En temps normal, le service Info-Santé compte sur la collaboration de 103 infirmières et infirmiers (employés à temps complet) qui, jour et nuit, répondent aux appels. Une vingtaine d'intervenants supplémentaires (employés temporaires) ont été engagés pour les circonstances, soit en novembre et décembre 2009 (Info-Santé, 2011).

Outre Info-Santé, il faut signaler la contribution, lors de la pandémie, de diverses instances gouvernementales, médiatiques et sociofamiliales sur la scène publique, pour relayer l'information. À titre d'exemple, nous avons répertorié, du 3 octobre 2009 au 27 février 2010, quelque 551 articles parus dans les journaux *La Presse*, *Le Soleil* et *Le Devoir*. De la fin octobre à la fin novembre seulement, nous avons relevé 214 articles, soit 39% du total des articles publiés.

Ce déploiement d'informations de diverses provenances a engendré des « tensions » et des inquiétudes qui ont eu des incidences éthiques importantes sur les professionnels d'Info-Santé. Nous les examinons à travers la perception de l'expérience vécue par les infirmières et infirmiers ainsi que par les gestionnaires de l'organisme.

Dans le contexte d'une pandémie modifiant le cadre de travail, le questionnement soulevé ici porte sur l'exercice de la profession par les infirmières et infirmiers d'Info-Santé, sous l'angle de leurs valeurs et de leurs responsabilités personnelles et professionnelles. Celles-ci, en effet, ont pu générer des incertitudes et des inquiétudes reliées au travail. L'objectif de cet article est de cerner le quotidien des intervenants d'Info-Santé, d'identifier leur mode de ventilation des préoccupations personnelles, professionnelles et administratives en fonction 1) de la formation, 2) de la relation professionnelle avec le client ainsi que (3) de la gestion des ressources. Des problèmes éthiques émergent vraisemblablement de ces préoccupations.

## Cadre théorique

La pandémie de la grippe H1N1 a catalysé un jeu complexe d'interactions entre diverses instances impliquées (ministère, Info-Santé, ordre

professionnel, médias, famille, etc.). Dans un environnement non hospitalier comme celui d'Info-Santé, les tensions éthiques s'articulaient différemment selon les situations vécues, modelées par les valeurs personnelles, la formation reçue, les directives de gestion, l'accessibilité des informations cliniques, les ressources disponibles et les relations entre collègues (ACFAS, 2010 ; Massé, 2003).

Plusieurs études portant sur les pandémies (SRAS et VIH) en ont examiné la composante éthique, à savoir les notions morales associées à la relation entre le professionnel et le client (en face à face) en milieu hospitalier et en clinique, et aux enjeux personnels du professionnel. Ces recherches (Nickell et al., 2004; Sokol, 2006; Bensimon, Tracy, Bernstein, Shaul, et Upshur, 2007; MacDonald, 2009 ; Twedell, 2009) concluent que les infirmières et infirmiers sont divisés entre la morale professionnelle (laquelle impose des directives parfois contraires à ses conduites et devoirs professionnels), la morale personnelle (préoccupation d'être infecté ou d'infecter un proche) et la morale institutionnelle (conditions dictées par une surcharge de travail). Ainsi, des choix de conduites professionnelles, personnelles et institutionnelles s'imposent lors de toute action clinique et ceux-ci peuvent soulever des questionnements, des inquiétudes, des ambivalences quant à leur pertinence. Cette tension, générée par l'ambiguïté, est le fruit d'une opposition entre des conduites supportées par des morales distinctes (Massé 2001, 2003). Une tension éthique peut se manifester, par exemple, lorsqu'un professionnel se voit imposer des heures supplémentaires tout en sachant que cette surcharge de travail peut nuire à la qualité de son intervention.

Les cas d'une pandémie s'inscrivent dans une éthique de santé publique où le gouvernement priorise le bien commun collectif (Weinstock, 2009; Massé 2012). C'est dire qu'il privilégie la défense des intérêts à long terme d'une population, aux dépens, parfois, de choix individuels ou ponctuels (Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). De plus, le code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers recommande certaines directives de prise en charge et de gestion des cas (Hénault et Leprohon, 1998). Quant au cadre de référence sur les aspects cliniques des volets « santé » et « social » des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec, il se trouve à l'intersection de celui du gouvernement et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Direction générale des services sociaux et Direction générale des Services de santé et de médecine universitaire, 2007). Bref, les infirmières et infirmiers d'Info-

Santé se devaient d'intervenir dans une perspective collective où le bien commun était de promouvoir le vaccin pour certaines strates de la population tout en respectant leur code professionnel. Les infirmières et infirmiers jouaient ici un rôle de relayeur préventif et normatif d'informations (Direction générale des services sociaux et Direction générale des Services de santé et de médecine universitaire, 2007).

Lors d'une pandémie, les études menées apportent un éclairage sur les préoccupations éthiques en milieu hospitalier. La spécificité de notre étude tient du fait qu'elle examine celles-ci dans un milieu non hospitalier dédié à des services de consultation téléphonique. Les préoccupations éthiques de l'infirmière et de l'infirmier d'Info-Santé reposent sur des principes et des valeurs orientant leurs conduites. Des tensions individuelles mettant en jeu les valeurs personnelles, le code de déontologie, les directives institutionnelles et gouvernementales et les informations médiatiques peuvent teinter leurs conduites dans l'exercice de leur profession (Massé 2003). Les préoccupations qui en découlent doivent être analysées en tenant compte du fait qu'elles opèrent dans un contexte non hospitalier via un contact téléphonique, et qu'ainsi : (1) le professionnel d'Info-Santé ne peut pas être infecté par le patient à cause du canal de communication; (2) il ne traite pas directement, puisqu'il est un expert-conseil; (3) il est un citoyen potentiellement infecté et vulnérable, au même titre que sa famille; (4) il est membre d'un ordre professionnel dictant un code déontologique, c.-à-d., des règles et des devoirs en lien avec l'activité professionnelle; (5) il est un professionnel de l'Agence de santé et des services sociaux imposant un code de gestion de la vaccination. La présente étude n'analyse pas le contenu des appels, la satisfaction des clients, le temps d'attente ou encore le nombre et la nature des appels manqués à cause d'une surcharge temporaire des lignes. Elle s'attarde plutôt sur l'expérience professionnelle et personnelle de l'infirmière et de l'infirmier d'Info-Santé, au quotidien. Elle examine les préoccupations éthiques vécues par les intervenants dans l'exercice de leur profession en fonction de trois composantes : la formation-préparation, la relation professionnelle avec le client et la gestion des ressources. Ces composantes constituent des lieux et sources de tensions où s'appliquent des règles de conduites liées à des principes et à des valeurs tant personnels, professionnels qu'institutionnels. Cette analyse suggère une piste encore peu explorée pour outiller les professionnels concernés dans un contexte de pandémie.

## Objectif et méthodologie

L'objectif de cette recherche est d'examiner sous un angle éthique les préoccupations perçues et les difficultés vécues par les infirmières et infirmiers d'Info-Santé lors d'interventions téléphoniques cliniques, au cours de la période de vaccination massive contre la grippe H1N1, entre octobre 2009 et mars 2010. Cette étude privilégie une approche phénoménologique de groupe visant à décrire qualitativement une expérience vécue et perçue par les professionnels de la santé et à en comprendre les interactions entre les composantes éthiques. Ainsi, il s'agit d'investiguer des contenus de conscience à partir de données expérientielles (Mucchielli, 2009).

Le dispositif de recherche utilise deux groupes de discussion, l'un auprès de gestionnaires d'Info-Santé ( $n = 7$ ) et l'autre auprès d'infirmières et d'infirmiers de l'organisme ( $n = 10$ ), tenus les 30 et 31 mars 2011, soit un an après l'événement. L'échantillon de convenance a été établi avec la collaboration d'un gestionnaire d'Info-Santé. Les caractéristiques nominales des participants n'ont pas été retenues compte tenu du souci de confidentialité des propos. Par ailleurs, les groupes étaient composés d'hommes et de femmes œuvrant sur divers horaires de travail, permanents et occasionnels, et ayant un nombre variable d'années d'expérience.

Chaque rencontre a duré environ deux heures trente minutes. Les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites. À partir d'entrevues portant sur la gestion des communications avec la population en période de crise, des thèmes se référant à des préoccupations éthiques ont été dégagés. Une analyse du discours portant sur la préparation et la formation des infirmières et infirmiers, la relation professionnelle avec l'appelant ainsi que la gestion des ressources et de l'information en circulation a permis de faire émerger les préoccupations éthiques. Notre analyse retient le terme « éthique » plutôt que « morales » ou « déontologiques », car les propos des infirmières et infirmiers soulevaient davantage des préoccupations en lien avec leurs valeurs, leurs choix d'action et leurs inquiétudes personnelles, que des préoccupations associées à des normes, des principes, des devoirs et des lois professionnelles et administratives.

La principale limite de notre recherche réside dans la date de réalisation, soit un an après la fin de la pandémie. Un biais de rappel peut être ici souligné; toutefois, la réminiscence des événements était suffisante pour explorer l'expérience professionnelle vécue et ce qui en restait au terme des événements.

L'idée de cette étude a vu le jour lors d'une rencontre entre la directrice du Centre de formation

et de recherche du CSSS de la Montagne et des questionnaires d'Info-Santé en vue de réaliser un bilan de la pandémie. Par la suite, les chercheuses ont été approchées pour effectuer l'étude. Il s'agit d'une recherche exploratoire qui a permis aux intervenants de faire le point dans un contexte post-facto.

Les propos recueillis ne portaient pas spécifiquement sur les préoccupations éthiques, mais bien plutôt sur le « vécu » de cette pandémie en tant qu'acteurs d'avant première ligne auprès de la population. Les infirmières et infirmiers ont identifié les défis auxquels ils ont été confrontés, les éléments facilitateurs et les barrières rencontrées dans l'exercice de leur tâche. De ces propos ont émergé des préoccupations éthiques, c.-à-d., les tensions individuelles mettant en jeu les valeurs personnelles, le code de déontologie, les directives institutionnelles et gouvernementales, et les informations médiatiques.

## Résultats

Trois catégories de préoccupations éthiques dans le milieu d'Info-Santé alimentent ici l'analyse. Il s'agit de la formation-préparation, de la relation professionnelle avec le client et de la gestion des ressources. Ces composantes constituent des lieux de tensions où s'appliquent des règles de conduite liées à des principes et à des valeurs tant personnels, professionnels qu'institutionnels. Les propos échangés entre les gestionnaires et les infirmières et infirmiers se confirment. Par ailleurs, les dimensions psychosociale et familiale ont été davantage relevées par les intervenants des services de consultation téléphonique. De plus, il est important de rappeler que les résultats présentés ici réfèrent essentiellement aux services offerts par les infirmières et infirmiers d'Info-Santé lors de la pandémie.

### Préparation/formation

La vingtaine d'infirmières et infirmiers engagés à Montréal lors de la pandémie ont tous reçu une formation spécifique sur la grippe H1N1. Celle-ci s'est déroulée tout au cours de la pandémie avant même la première vague et par la suite, de façon continue, selon les besoins des professionnels impliqués. La formation fut élaborée par le MSSS à l'intention de tous les services régionaux d'Info-Santé (SRIS), ceci afin d'uniformiser les interventions. Elle avait une durée de quatre jours, dont deux pour la formation théorique et deux pour la pratique supervisée. De surcroît, les infirmières et infirmiers, souvent au statut temporaire, ont toujours pu compter sur place sur le soutien d'un infirmier moniteur.

Les infirmières et infirmiers d'Info-Santé ont mis en lumière certains besoins de préparation dictés par les nouvelles conditions d'intervention, à savoir le flux des demandes, les modifications des cahiers de charge, la diversité des informations en circulation, le type d'informations à transférer, les informations d'ordre psychologique et enfin, l'évolution de la pandémie sur le territoire québécois.

Nonobstant les formations prévues au quotidien par le ministère et par les gestionnaires d'Info-Santé, les infirmières et infirmiers ont relevé diverses lacunes qui furent source de tensions dans la pratique interactive avec l'appelant. Parmi celles-ci nommons : offrir un service de qualité avec une formation limitée (sur les plans de la durée et du contenu), travailler avec une information incomplète, imparfaite et multiple, composer avec des situations très complexes pour lesquelles les infirmières et infirmiers étaient insuffisamment préparés, relayer aux équipes d'intervenants une information imparfaite et enfin, travailler avec une panoplie incomplète d'outils de travail.

**Offrir un service de qualité avec une formation limitée (durée et contenu).** On relève deux genres de formation : celle offerte aux nouveaux employés spécifiquement embauchés pour répondre au nombre élevé d'appels et l'autre s'adressant aux infirmières et infirmiers réguliers d'Info-Santé.

La formation destinée aux nouveaux intervenants abordait les trois thématiques suivantes : la théorie, la supervision et la pratique autonome. Pour toute formation, les employés réguliers, pour leur part, ont visionné une vidéo d'une durée d'une heure conçue par le ministère et reçu des feuillets comprenant des questions/réponses quotidiennement mises à jour à l'aide d'inscriptions au tableau d'affichage situé à proximité des postes téléphoniques. De plus, des rencontres occasionnelles de mise à jour ont eu lieu avec la superviseure, en vue d'homogénéiser l'information.

Ces diverses sources de formation ont semblé insuffisantes à divers égards. On a surtout abordé les aspects physique et médical de la problématique de la grippe H1N1, négligeant de ce fait la dimension psychosociale de la vaccination pour l'utilisateur et le professionnel d'Info-Santé. Ces formations, dont l'objectif était pourtant de préparer adéquatement les interventions en ligne, ont ainsi laissé poindre un sentiment d'incompétence et un climat de frustration à l'égard des gestionnaires et du ministère, chez les infirmières et infirmiers. Ceux-ci ont donc reçu des informations contradictoires provenant de multiples sources.

**Composer avec des situations très complexes, sans préparation préalable.** Les

formations offertes ne procuraient pas tous les outils nécessaires pour faire face aux diverses situations. Ainsi, les infirmières et infirmiers et gestionnaires n'avaient-ils pas directement accès à une liste locale de rappel des intervenants, ce qui les astreignait à passer par le CSSS pour les obtenir. Ils n'ont pas reçu non plus de procédures administratives correctement adaptées au temps de crise. Par ailleurs, pour réduire le temps d'appel, ils ne pouvaient consigner au dossier de l'appelant qu'une information minimale.

Les infirmières et infirmiers ont été confrontés à certains dilemmes nés des recommandations du ministère et des modalités d'application de celles-ci. Par exemple, les personnes infectées avaient besoin d'un billet médical à remettre à leur employeur (pour pouvoir toucher les indemnités prévues par les assurances), alors que les infirmières et infirmiers d'Info-Santé avaient reçu des directives les enjoignant de leur recommander de se soigner elles-mêmes en restant à la maison, ceci afin de ne pas engorger le système de santé et risquer de contaminer les autres. De plus, ces professionnels ont eu à gérer les plaintes et les réactions d'employeurs réticents à reprendre leurs employés (et donc à les payer), quand ceux-ci présentaient des risques de maladie.

**Travailler avec une information multiple.** En plus de l'information transmise dans le cadre des formations, les infirmières et infirmiers étaient exposés à des flux d'informations de sources variées (médias, famille, appelants, etc.), parfois éparées, partielles, ambivalentes et donnant libre cours à la rumeur. Voilà qui a fait naître chez plusieurs un sentiment de travail inachevé et imparfait. De plus, l'absence de position claire de la santé publique face aux rumeurs en circulation et à la désinformation alimentait un sentiment d'isolement et de laisser pour compte, avec charge pour les infirmières et infirmiers de rassurer un public confus. Les informations sans cesse actualisées tant par le ministère que par les médias, enfin, exigeaient une grande capacité d'adaptation et d'assimilation, en plus d'imposer un rythme de travail effréné.

Les informations relayées par l'intervenant devaient aussi tenir compte des connaissances et des caractéristiques sociodémographiques des appelants. Il n'existait donc pas de message unique, constant et homogène à transmettre.

Certaines questions du public ont parfois contribué à alourdir la tâche des répondants : pourquoi certaines cliniques détenaient-elles le vaccin et d'autres pas ? Pourquoi la population des pays européens s'est-elle peu fait vacciner ? Pourquoi certaines personnes infectées ont-elles pu retourner au travail et d'autres pas ? Pourquoi certaines catégories de la population ont-elles été favorisées aux dépens d'autres ? Pourquoi un

voyage au Mexique s'avérait-il risqué à cette période-là? Un complot a-t-il été fomenté par des compagnies pharmaceutiques?

**Transmettre une information incomplète aux équipes d'infirmières et infirmiers.** Les informations reçues et mises à jour quotidiennement étaient, de l'avis des intervenants, partielles et insuffisantes pour répondre adéquatement aux questions des appelants, tant au niveau du diagnostic et du suivi à réaliser qu'à celui des données factuelles (organismes dans la communauté offrant des ressources afférentes, centres de vaccination, horaires de vaccination, etc.).

La nécessité de vérifier sans cesse les informations transmises par les instances tant médiatique que gouvernementale, et cela dans un contexte d'urgence, a nourri un sentiment aigu de responsabilité, sur lequel nul n'avait prise. Le temps d'attente infligé aux appelants ajoutait à l'urgence de vérifier une information fluctuante. Cela a parfois généré une perception d'incompétence et de frustration particulièrement « inconfortables » pour la prise de décision. Cette dernière était soumise à des tensions personnelles, professionnelles et institutionnelles tributaires d'une formation qui abordait peu ces divers enjeux éthiques.

### **Relation professionnelle avec le client**

Lors de la diffusion de l'information sur la pandémie de la grippe H1N1, les infirmières et infirmiers d'Info-Santé ont été confrontés à des modes inhabituels d'intervention auprès des appelants: encourager la vaccination à tout prix, se sentir responsable de la santé des gens dans une situation de crise, offrir un service que l'on savait être de qualité limitée. De surcroît, les intervenants ont été interpellés dans leur propre vie et dans leur propre pratique, puisque la vaccination suscitait aussi chez eux des questionnements et des inquiétudes.

**Encourager la vaccination à tout prix.** La recommandation de la vaccination a pris la forme d'une directive officielle émanant du MSSS et par ricochet, de l'employeur des infirmières et infirmiers d'Info-Santé et de ses gestionnaires. Les intervenants ne se limitaient donc plus à un simple rôle de conseiller puisqu'ils avaient désormais le devoir de proposer des alternatives diverses tout en suggérant fortement la vaccination. Cela a engendré un « flou » opérationnel par rapport au code de déontologie des infirmières et infirmiers qui recommande d'informer le public sur la vaccination et sur les réserves qui s'imposent.

De plus, les recommandations d'ordre tant individuel qu'institutionnel (au nom de l'entreprise, etc.) transmises par les intervenants n'étaient pas toujours conformes aux protocoles usuels en

contexte de pandémie (lesquels imposent par exemple la fermeture des garderies, des écoles).

Habituellement, les infirmières et infirmiers n'ont pas le mandat de valider l'information donnée par le médecin, mais dans le cas qui nous intéresse, ils ont parfois dû assumer cette responsabilité. De plus, les professionnels n'avaient pas accès à la liste des cliniques de vaccination ouvertes et se voyaient dans l'obligation d'« éconduire » un public, souvent « frustré ».

Il a fallu, enfin, promouvoir un vaccin alors que les études cliniques n'avaient pas encore été effectuées, ce qui a éveillé des réticences certaines. Notons ici qu'il n'y a pas eu de doute sur la pertinence de la vaccination, mais bien plutôt sur la dangerosité potentielle d'un vaccin aussi récent et insuffisamment testé.

**Se sentir responsable de la santé des gens en temps de crise.** Certains infirmières et infirmiers ont été habités par un sentiment de responsabilité, voire même de culpabilité, car ils ont dû recommander, au début de la vaccination, un vaccin avec adjuvant aux femmes enceintes, celui sans adjuvant n'étant pas encore disponible (MSSS, 2011). Ceux-ci se sont sentis tout aussi impuissants lorsque les cliniques proposées pour les personnes vulnérables (handicapées, malades, âgées, peu fortunées) ont refusé ces dernières. Quand de nouvelles données ont indiqué que le vaccin pouvait avoir des effets négatifs (MSSS 2011), les infirmières et infirmiers, qui en faisaient alors la promotion, ont éprouvé une certaine appréhension aggravée par le fait que la définition des populations déclarées à risque variait constamment. En effet, en date du 28 octobre, le vaccin fut disponible pour les personnes des régions éloignées, les malades chroniques de moins de 65 ans, les femmes enceintes, les enfants de 6 mois à 5 ans et les personnes habitant avec des personnes à risque élevé ne pouvant être immunisées. Puis, au 9 novembre, une deuxième séquence de vaccination s'est adressée cette fois à la population âgée de 5 à 19 ans, aux personnes âgées de plus de 65 ans ayant une maladie chronique et finalement aux personnes de plus de 20 ans (MSSS 2011).

**Offrir un service que l'on sait être de qualité limitée.** Le but premier d'Info-Santé est de sécuriser la population, mais les infirmières et infirmiers avaient souvent l'impression de peu y parvenir. Ils considéraient la situation mal contrôlée, mal gérée et avec retard. Dans bien des cas, ils ont dû assumer un leadership et des décisions pour lesquelles ils n'étaient pas suffisamment préparés et formés. Cette situation particulière les a empêchés de maintenir les mêmes standards de qualité de réponse qu'en temps normal.

Par ailleurs, les infirmières et infirmiers étaient souvent les derniers informés sur l'évolution de la pandémie, ce qui a altéré leur crédibilité auprès du public et les a obligés à répondre de façon souvent vague, voire même en empruntant la « langue de bois ».

**Travailler avec une information partielle.** Le protocole d'opération aurait été construit, au dire des participants, au fur et à mesure de la réception des informations médiatiques et gouvernementales. Aussi les infirmières et infirmiers ont-ils dû, tout au cours de la pandémie, et avant même la période de vaccination, travailler sans outils véritables. Il leur fut dès lors difficile de répondre à certaines questions des appelants, les informations dans le protocole manquant souvent de clarté. Celles-ci leur parvenaient aussi au compte-goutte, étaient fluctuantes et sans cesse réévaluées. Conscients du risque d'erreur, les intervenants furent contraints de « gérer l'ambiguïté ». De plus, les médias diffusaient des informations rapidement assimilées par le public, lequel les relayait ensuite aux infirmières et infirmiers. Dans un même ordre d'idée, le contenu des conférences de presse était d'abord présenté aux médias, puis par la suite seulement aux professionnels d'Info-Santé, ce qui alimentait chez eux la perception d'être les derniers informés.

Les informations et les directives émanant du ministère, pour leur part, ajoutaient parfois à la sensation de fouillis, de manque d'organisation, d'errements et d'imprécision.

Certaines données auraient pourtant pu contribuer à atténuer l'anxiété de la population, à dédramatiser et relativiser la gravité de la situation: les taux (réels) d'hospitalisation, la prévalence de la grippe selon les années (illustrant en clair qu'il n'y a pas eu de hausse), les directives à suivre pour les populations à risque. Mais celles-ci ne furent pas toujours relayées aux infirmières et infirmiers.

**Enjeux personnels et professionnels.** Les enjeux personnels des intervenants relèvent de leur situation tant personnelle, familiale que collégiale. Ces derniers ont été interpellés, et parfois même ébranlés, dans leurs propres choix, leurs convictions, leurs connaissances et leur compétence tant médicale que socio affective. Plusieurs s'inquiétaient pour eux-mêmes, mais aussi pour les membres de leur famille.

Les enjeux personnels étaient aussi imbriqués dans leur vécu professionnel. Les infirmières et infirmiers se sentaient tracassés et confus devant des directives administratives et gouvernementales complexes, disparates et parfois même contradictoires, ainsi que face à des situations qui remettaient en cause la pertinence de leur intervention et de leurs propres valeurs. La recommandation générale du ministère de se faire

vacciner ainsi que de rester à la maison en cas de symptômes a soulevé, quant à elle, des enjeux éthiques et professionnels certains. Les infirmières et infirmiers se sentaient aussi tiraillés entre le manque de ressources humaines, la pression exercée par les gestionnaires, les médias et leur situation familiale, et leur devoir moral d'être présents en tant que professionnels. Il n'est pas rare qu'ils aient eu l'impression de jouer un « double jeu » sur le lieu de travail.

Les intervenants éprouvaient eux-mêmes de l'inquiétude, mais n'étaient soutenus par personne. Les longues files d'attente dans les CLSC, les informations dramatiques diffusées dans les médias, l'évocation d'une morgue et d'une épidémie de mortalité (lors de la 1<sup>ère</sup> vague) ont aggravé significativement les appréhensions personnelles face au devoir d'exercer adéquatement sa profession, en cohérence avec ses valeurs individuelles et professionnelles.

### **Gestion des ressources**

La problématique de la gestion des ressources, par exemple l'embauche de nouvelles personnes, l'épuisement du personnel et la surcharge des lignes téléphoniques, a été abordée par les gestionnaires et par les infirmières et infirmiers consultés. Celle-ci recoupe divers volets relatifs tant aux ressources humaines, matérielles, financières que politiques. Les principaux enjeux dont nous discuterons ici relèvent de la difficulté : a) de travailler d'une façon différente que par le passé, b) d'offrir un service de qualité dans des conditions très difficiles (agenda, horaire, rythme de travail), c) d'œuvrer en étant privé d'un « leadership de confiance » et d) de gérer à la fois l'information émanant des médias et des directives gouvernementales.

**Travailler d'une façon différente que par le passé.** Les infirmières et infirmiers ont eu rapidement à s'adapter à de nouvelles modalités de gestion de leur travail. Le nombre élevé d'appels, la durée de l'intervention téléphonique et l'horaire de travail imposé ont nécessité une adaptation au quotidien. Les intervenants d'Info-Santé ont ainsi dû modifier leur protocole de travail. Par exemple, il a été impossible, dans nombre de cas, de compléter la fiche d'appel. De même, la consignation dans le dossier de l'appelant des commentaires/ conseils/ directives/ notes personnelles n'a pu être faite, tel que spécifié dans le code de déontologie des infirmières et infirmiers. Il a dès lors été difficile d'assurer un suivi, ce qui a nourri l'appréhension de faire l'objet de plaintes.

Enfin, les intervenants ont dû composer avec une attitude réactive et défensive face aux informations socio sanitaires et de gestion colportées par leur entourage et les médias, telles

que les effets secondaires du vaccin, l'attente pour la vaccination, la pénurie de vaccins, la disponibilité des ressources et la propagation fulgurante auprès des membres familiaux.

**Offrir un service de qualité dans des conditions très difficiles (agenda, horaire, rythme de travail).** L'obligation de travailler d'une façon continue et à un rythme effréné, la fatigue accumulée, l'inquiétude face à leur propre santé et à celle de leur famille, la difficulté à évacuer leur stress, l'adaptation récurrente à de nouvelles consignes et enfin les modalités matérielles contraignantes (espace de travail exigu, absence de places de stationnement, etc.) sont autant de facteurs qui ont altéré les conditions de travail des infirmières et infirmiers, durant cette période particulière.

**Travailler sans le bénéfice d'un « leadership de confiance ».** Les infirmières et infirmiers ont déploré le manque relatif de leadership durant le développement de cette pandémie. S'il y en eut un, il fut davantage de nature politique que médicale, a-t-on spécifié. Souvent, les consignes émanaient de l'instance politique et étaient relayées par les médias, ce qui a nui au leadership du MSSS et à la confiance envers les directives officielles.

**Gérer l'information transmise par les médias et les directives gouvernementales.** Comment l'information transmise par la presse écrite a-t-elle pu susciter des inquiétudes et soulever des doutes chez les professionnels de la santé?

Les médias ont joué un rôle important dans la divulgation de l'information. Toutefois, les points de presse étaient irréguliers et à cet effet, ils contribuaient à alimenter l'insécurité et le doute tant dans le public que chez les infirmières et infirmiers. Il faut noter que, dans les faits, chaque point de presse et chaque diffusion d'informations sur Internet (par exemple, sur YouTube) se soldait par une multiplication des appels logés à Info-Santé (Rousseau et al., 2012).

Enfin, les médias tant numériques qu'écrits offraient quotidiennement à l'utilisateur des informations disparates et de sources diverses. Ces informations cognitives venaient démentir celles de nature expérientielle, ce qui n'a pas manqué de susciter des questionnements et d'installer un climat d'ambiguïté, de tension, voire même dans certains cas, d'« entropie ».

Le rôle des médias doit être considéré dans la compréhension de la pandémie de la grippe. Leurs publications diverses se sont avérées une source importante de confusion et furent en partie responsables du stress et de l'anxiété de nature tant professionnelle qu'individuelle générés par un flux d'informations tous azimuts. Les infirmières et infirmiers devaient faire montre de vigilance et

d'esprit critique pour être en mesure, par la suite, de relayer une information crédible aux appelants.

## Discussion

Les données d'entrevues recueillies auprès des gestionnaires et des intervenants d'Info-Santé offrent un éclairage unique et exploratoire sur les préoccupations éthiques vécues dans un milieu non hospitalier dédié à des services de consultation téléphonique. En résumé, les infirmières et infirmiers ont reçu une formation qui, à leurs dires, était limitée, élaguait la dimension psychosociale de la vaccination et négligeait la complexité des situations des appelants. La formation, dans les faits, fut source de tension dans la pratique interactive avec les appelants puisqu'elle a laissé poindre un sentiment d'incompétence et un climat de frustration chez les intervenants. De plus, ces derniers étaient exposés à des flux d'informations provenant de sources variées, éparses, partielles, ambivalentes, avec parfois une absence de position claire du gouvernement, qui auraient fait naître un sentiment de travail imparfait, faute de message unique, constant et homogène à transmettre.

Quant à la relation professionnelle avec les clients, les infirmières et infirmiers d'Info-Santé ont été confrontés à des modes inhabituels d'intervention auprès des appelants (encourager la vaccination à tout prix, se sentir responsable de la santé des gens dans une situation de crise, offrir un service de qualité) qui les auraient interpellés dans leur propre vie et leur propre pratique, puisque la vaccination soulevait chez eux des questionnements et des inquiétudes.

Enfin, les enjeux liés à la gestion des ressources humaines relèvent également de la difficulté de travailler d'une manière différente que par le passé, d'offrir des services de qualité dans des conditions difficiles et de gérer à la fois l'information émanant des médias et les directives gouvernementales.

Dans l'ensemble, compte tenu du contexte d'urgence, de court terme, de stress et d'inconnu généré par la pandémie, de la recherche du bien commun et des ressources disponibles, les intervenants considèrent qu'ils ont accompli leur mission. Il serait hasardeux de généraliser les préoccupations éthiques relevées par les infirmières et infirmiers consultés à l'ensemble du réseau de la santé. Notons que ces derniers n'évoluent pas dans un contexte hospitalier et que tout au long de la campagne de vaccination, ils ont joué avant tout un rôle de relayeurs d'informations et de promoteurs de la vaccination auprès des appelants. Rappelons que les intervenants étaient parfois eux-mêmes « angoissés » par le caractère



dramatique de la situation et par le sentiment d'urgence véhiculé par les sphères sociale, médiatique, politique et économique, ce qui n'a pas facilité leur tâche.

On peut tirer plusieurs leçons de cette pandémie. Les infirmières et infirmiers d'Info-Santé ont eu à relever des défis tant au plan personnel, professionnel qu'institutionnel. Les conditions relatives à chacun sont interreliées et nécessitent à cet effet d'être analysées à la fois individuellement et en corrélation.

Au plan personnel, il semble que la formation a permis aux intervenants de développer les compétences nécessaires à l'accomplissement de leur tâche. Cependant, cette dernière s'est avérée trop brève, trop succincte, dans une ligne du temps hachurée par des événements et des informations médiatiques imprévus. Le vécu personnel des infirmières et infirmiers sur le plan psychologique a été peu traité, ce qui constitue une limite de la formation. Les problématiques de la responsabilité du soutien en lien avec les risques personnel et familial ainsi que de la gestion du stress vécu par les appelants auraient avantage à être intégrées à une formation ad hoc ou continue. Les intervenants ont rempli leur « mission » de la façon attendue par leur ordre professionnel et par leur employeur, au dire des personnes consultées. Leur rôle et leurs interventions auraient pu cependant être mieux définis et circonscrits en fonction de la pandémie. Les protocoles spécifiques au contexte d'urgence, notamment lorsqu'une collectivité est concernée, devraient être davantage connus, adaptés et appliqués. Une autre limite de la formation réside dans la discrimination de certains groupes lors d'une pandémie (vaccination volontaire auprès de groupes ciblés lors d'un accès limité aux vaccins). La formation aurait pu préparer davantage les professionnels à moduler leurs interventions en fonction des attitudes et comportements des appelants des différents milieux socio-économiques, géographiques et culturels, et des arguments mis de l'avant par les médias et les réseaux sociaux.

Lors d'une pandémie, l'infrastructure organisationnelle d'Info-Santé n'a pas à répondre aux mêmes besoins, attentes et encadrements qu'en temps usuel. Le nombre d'appels, la structure des agendas et des horaires, l'ajout de postes de travail, l'augmentation du personnel, l'organisation spatiale des locaux, le stationnement du personnel sont autant de composantes qui ont exigé des réaménagements pour permettre d'offrir un service approprié. Une planification préalable devrait intégrer ces changements nécessaires en contexte d'urgence. Le milieu de travail pourrait ainsi mieux répondre aux attentes et besoins du personnel, et l'aider à faire face aux événements stressants.

De plus, il serait pertinent que l'agenda de travail prévoie un moment pour permettre le partage d'informations et d'expériences entre les infirmières et infirmiers, ceci pour favoriser la libre expression des inconforts et des insatisfactions, en vue de la recherche d'éventuelles solutions.

Enfin, comment gérer l'espace éthique du point de vue de ces professionnels dans le cadre d'une pandémie de H1N1 où il y a crise, urgence et contamination potentielle de personne à personne? Ces intervenants font partie intégrante de l'engrenage du système de santé et ne peuvent pas déroger aux directives institutionnelles pour des raisons politiques. Les préoccupations éthiques naissent ici de la tension engendrée par les directives gouvernementales ou institutionnelles et les conditions d'urgence de la situation. À plusieurs reprises, les infirmières et infirmiers se sont ainsi questionnés sur les justifications biomédicales encadrant leur mode d'opération. De plus, ils ont eu à subir les soubresauts d'une confusion ressentie tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du système de santé.

Plus spécifiquement, l'analyse des propos recueillis indique que les préoccupations éthiques des intervenants d'Info-Santé se sont négociées autour de l'équilibre délicat à assurer entre les valeurs et l'expérience personnelles, la responsabilité de protéger le citoyen et le respect des standards et directives professionnels en contexte de crise.

Nos propos diffèrent sur certains points de la littérature actuelle (Nickell et al., 2004; Sokol, 2006; Bensimon, Tracy, Bernstein, Shaul et Upshur, 2007; MacDonald, 2009; Twedell, 2009; Massé et al. 2012) laquelle examine plutôt les considérations éthiques auprès du personnel hospitalier ou de la population en général. Toutefois, plusieurs similitudes entre les résultats issus des milieux hospitalier et non hospitalier peuvent être soulignées. Ainsi, le contact direct en milieu hospitalier avec le patient contagieux atteint du SRAS aurait généré beaucoup de détresse psychologique (peur de contagion, anxiété, solitude, ambiguïté) chez le personnel soignant (Nickell et al. 2004; Sokol, 2006). Notre recherche montre que les infirmières et infirmiers d'Info-Santé, bien qu'ils n'aient pas été en contact direct avec les patients, ont également craint la contagion pour eux-mêmes et pour leur famille. En raison de l'impact psychologique sur la santé des travailleurs, Sim (2004) conclut de ce fait qu'il est primordial, en période de pandémie, que des interventions appropriées et flexibles soient instaurées et qu'elles tiennent compte de la dimension psychosociale des intervenants et des risques encourus pour eux-mêmes et pour leur famille.

Pour sa part, Sokol (2006) précise que le devoir de soigner réfère aux obligations liées au code de déontologie de l'ordre qui, selon l'auteur, peut être perçu dans certains cas comme un terme flou et vague. En période de pandémie, comme dans le cas du SRAS ou du H1N1, ce terme peut devenir un instrument subtil d'intimidation, faisant pression sur les soignants pour qu'ils travaillent dans des circonstances pourtant considérées comme moralement, psychologiquement et physiquement inacceptables. Les personnes interrogées dans cette étude ont aussi dénoncé la pression imposée par l'institution. La pénurie du personnel, l'urgence et la gravité de la situation exerçaient parfois une contrainte morale de se présenter « à tout prix » au travail peu importe la situation personnelle ou familiale de l'intervenant.

Twedell (2009) pose la question suivante: « est-ce que les infirmières et infirmiers ont l'obligation éthique de soigner durant une pandémie? » Cette auteure prône une révision du code de déontologie de l'ordre afin de clarifier les frontières morales entre le devoir de soigner et le devoir de préserver sa sécurité personnelle. Elle ajoute que lors d'une pandémie, l'institution est tenue de s'assurer que les vaccins sont disponibles en premier lieu pour son personnel et pour les membres des familles.

## Conclusion

Globalement, on peut penser que trois ensembles de facteurs ont contribué à générer le malaise exprimé par les infirmières et infirmiers. Tout d'abord, les décisions institutionnelles ont été prises dans un contexte modelé par de nombreuses sources d'incertitude. Le discours officiel, qui se voulait rassurant, a souvent donné une impression de confusion, de contradiction et d'absence de transparence. En second lieu, la mobilisation en situation de crise a suscité des craintes face à une intervention qui se posait comme étant nécessaire, mais qui ne répondait pas toujours aux exigences de qualité professionnelle et personnelle, ce qui a éveillé des craintes et des insatisfactions. Enfin, la crise elle-même a suscité une anxiété personnelle, familiale et sociale dont l'effet sur les intervenants a été relativement sous-estimé et qui a pu, dans certains cas, nuire, non pas à leur travail, mais à leur aise lors de l'intervention.

Ces difficultés ne minimisent en aucune façon la qualité et l'ampleur du travail accompli par ces équipes au cours de la pandémie. Elles soulignent seulement la nécessité de considérer davantage les facteurs humains liés à l'incertitude, aux deuils et aux inquiétudes en contexte de crise, et cela, en proposant un discours clair.

Lors de recherches futures sur la gestion des pandémies, il y aurait lieu d'explorer une composante peu étudiée à ce jour : l'espace éthique des professionnels de la santé impliqués à titre de relais de l'information ou de cliniciens.

## Références

- ACFAS (2010). *Éthique et vaccination: le cas de la grippe A (H1N1)*. Colloque, Montréal: Agence des Sciences Presses.
- Agence de santé publique du Canada (2009). A propos du virus H1N1. Document repéré à [www.phac-aspc.gc.ca/influenza/index-fra.php#h1n1-flu-virus](http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/index-fra.php#h1n1-flu-virus)
- Bensimon, C. M., C. S. Tracy, M. Bernstein, R. Z. Shaul et R.. E. G. Upshur (2007). A Qualitative Study of the Duty to Care in Communicable Disease Outbreaks, *Social Science & Medicine*, 65(12), 2566–2575.
- Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Le programme national de santé publique 2003-2012. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Document repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>
- Direction générale des services sociaux et Direction générale des services de santé et de médecine universitaire (2007). Services Info-Santé et Info-Social, Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours, à l'échelle du Québec. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Document repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-925-01F.pdf>
- Hénault, M. et J. Leprohon (1998). *L'exercice infirmier à Info-Santé*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal.
- Info-Santé, (2011) Bilan du personnel, rapport ronéotypé fourni par les gestionnaires de l'établissement, Agence de santé et des services sociaux de Montréal.
- Institut national de santé publique du Québec (2009). Pandémie de grippe A (H1N1) 2009. Document repéré à [www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/influenzaparcine.asp?DS2](http://www.inspq.qc.ca/dossiers/influenza/influenzaparcine.asp?DS2)
- MacDonald, N. (2009). H1N1 Influenza Vaccine: Global Access for a Global Problem, *Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4), 123–123.

- Massé, R. (2001). Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé. Fournier, C., C. Ferron, S. Tessier, S. Sandrin-Berthon et B. Roussile (ed) *Éducation pour la santé et éthique*. Comité français pour l'éducation à la santé, Paris, p 25-51
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Sociétés, cultures et santé, Montréal : IQRC
- Massé, R., M. Désy (2012). Lay people's interpretation of ethical values related to mass vaccination; the case of a A (H1N1) vaccination campaign in the province of Quebec, *Health Expectations*, 28 septembre, doi:10.1111/hex.12005
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2009). Statistiques descriptives de la grippe pandémique A(H1N1). Document repéré à [www.pandemiequebec.gouv.qc.ca/fr/plan\\_site.aspx.html](http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca/fr/plan_site.aspx.html)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). Surveillance de la couverture vaccinale contre la grippe pandémique A(H1N1) durant la campagne de vaccination massive 2009, Rapport final, collection Analyses et surveillance 40. Document repéré à [www.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-220-01F.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-220-01F.pdf)
- Mucchielli A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Editions Armand Colin|Masson, Paris.
- Nickell, L. A., E. J. Crighton, C.S. Tracy, H. Al-Enazy, Y. Bolaji, S. Hanjrah, A. Hussain et al. (2004). Psychosocial Effects of SARS on Hospital Staff : Survey of a Large Tertiary Care Institution, *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 793–798.
- Rousseau, C. et al. (2012). Public Media Communications about H1N1, Risk Perceptions and Immunization Behaviours : A Québec - France Comparison. *Understanding of Science*. À paraître.
- Sim, K., H. Choon Chua ( 2004). The Psychological Impact of SARS : a Matter of Heart and Mind, *Canadian Medical Association Journal*, 170 (5), 811-812
- Sokol, D. K. (2006). Virulent epidemics and scope of healthcare workers' duty of care, *Emerging Infectious Diseases*, 12(8), 1238–1240.
- Twedell, D. (2009). Duty to Care, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(2), 53-54.
- Weinstock, D. (2009). H1N1 : un climat éthique inquiétant. Winkler's Webzine. Document repéré à [www.martinwinkler.com/article.php?id\\_article=982](http://www.martinwinkler.com/article.php?id_article=982)