

Cas n° 4. Perception et gestion en France du risque de la grippe pandémique A(H1N1) de 2009

La première alerte de grippe A(H1N1), sous forme d'une annonce d'un certain nombre de cas humains observés, parvint de Mexico vers la fin du mois d'avril 2009. L'origine porcine du virus mais aussi sa transmission humaine évoquaient rapidement le spectre de la grippe espagnole de 1918, ce qui, ajouté à la multiplication de cas humains, dont certains mortels au Mexique, et de l'apparition de plusieurs cas aux États-Unis, justifiait que l'OMS annonce rapidement qu'elle redoutait l'avènement d'une pandémie. Rapidement, d'autres pays et continents sont touchés, tels le Japon, puis la Hongrie, la Suisse et quelques semaines plus tard les premiers cas sont observés en France. Dès lors, en moins d'un mois, l'OMS fait passer son niveau d'alerte pandémique du niveau 4 à 5, c'est-à-dire qu'elle qualifie la pandémie d'imminente. Le 31 mai 2009, l'Institut de veille sanitaire fait état dans son bulletin de 32 cas confirmés de grippe A(H1N1) en France, tous importés de pays déjà bien touchés, mais qui sera suivi quelques jours plus tard par l'annonce du premier cas autochtone d'infection par le virus grippal pandémique. Le niveau d'alerte maximum (6) est décrété par l'OMS le 11 juin 2009.

Nous savions alors, par les déclarations des plus hautes autorités sanitaires françaises, que la stratégie envisagée (en fait décidée) reposait sur une rapide vaccination – volontaire – de l'ensemble de la population française et sur une large provision d'antiviraux comme le Tamiflu pour tenter de réduire certaines conséquences (durée et symptômes) chez les sujets infectés. C'est à ce moment que nous avons décidé avec mon équipe de lancer en urgence une enquête nationale sur la perception du risque de la grippe pandémique et sur les intentions comportementales des Français. La première enquête a été réalisée en juin 2009, avant la campagne de vaccination qui débutera en novembre 2009, et nous en réaliserons une seconde en décembre 2009, alors qu'en France le pic épidémique était atteint à cette date. En voici les principaux éléments méthodologiques et les résultats.

Méthodes

Les données ont été collectées en France par le biais d'entretiens téléphoniques assistés par ordinateur auprès de 1 003 adultes en juin et en décembre 2009. Une numérotation proportionnelle aléatoire a été utilisée pour sélectionner les participants à l'enquête à travers le pays. Par ailleurs, une procédure de sélection stratifiée basée sur la population des régions et des communes avec des quotas sur le sexe, l'âge et la profession des répondants a été menée pour assurer la représentativité nationale de l'échantillon (taux de coopération = 45,9 %). Les répondants ont été informés que l'enquête portait sur la pandémie de grippe A(H1N1) afin d'obtenir leur consentement verbal. L'enquête comprenait un large éventail de questions liées aux comportements préventifs : la perception du risque (4 dimensions : inquiétude, gravité, prévalence et vulnérabilité), la perception de la maladie (4 dimensions : cohérence, conséquences, contrôle

et guérison), les attitudes et les visions du monde (3 dimensions : fatalisme, confiance et croyances dans les théories du complot). Notre approche de modélisation de la structure des comportements a utilisé les combinaisons des choix dichotomiques de mesures pharmaceutiques/non pharmaceutiques. En effet, pour toutes les actions de protection prises en compte dans notre étude, la distinction entre ces deux types de mesures a été testée comme particulièrement pertinente dans la littérature de santé publique (WHO, 2006).

Objectifs de l'enquête

Trois objectifs principaux :

- identifier et mesurer le niveau de la perception du risque de la grippe pandémique A(H1N1) ;
- identifier et expliquer les intentions vaccinales : qui a l'intention de vacciner (ou s'est vacciné), combien sont-ils en proportion et pourquoi ;
- identifier les facteurs associés aux différents types de protection adoptés.

Résultats

La perception du risque

Nous avons utilisé le *Health Belief Model* (HBM) en mesurant les trois variables de la perception du risque que sont :

- La susceptibilité ou vulnérabilité perçue
- La gravité perçue
- L'inquiétude suscitée par le risque de la contracter

Les figures ci-dessous nous ont permis de tirer les conclusions suivantes.

Les personnes interrogées ne se percevaient pas particulièrement vulnérables à la grippe pandémique, seul un petit effectif exprimait une vulnérabilité supérieure à 5 sur une échelle de 1 à 10 (figure 6.2).

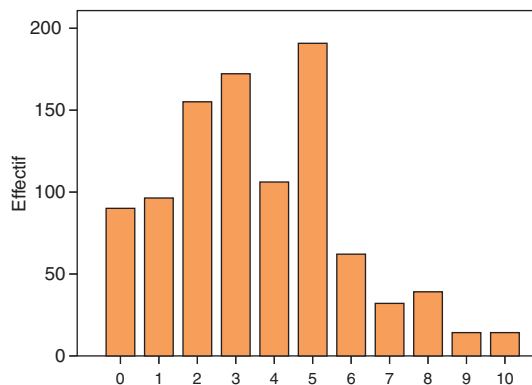


FIGURE 6.2. Vulnérabilité : risque d'infection par grippe A dans les prochains mois.

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

Concernant la gravité perçue de la maladie, le résultat était sensiblement le même avec une moyenne de gravité autour de 5 sur l'échelle de 1 à 10 (figure 6.3). Sur les deux figures suivantes (figures 6.4 et 6.5), on constate nettement que la grippe A(H1N1) ne suscite qu'une inquiétude très modérée. En effet, d'une part

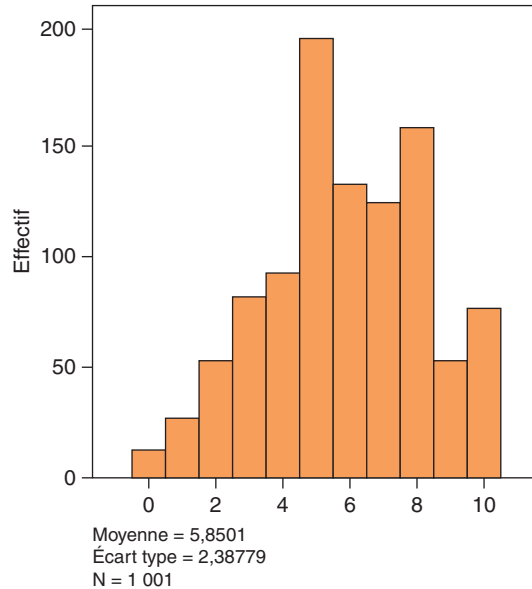


FIGURE 6.3. Gravité perçue de la grippe A.

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

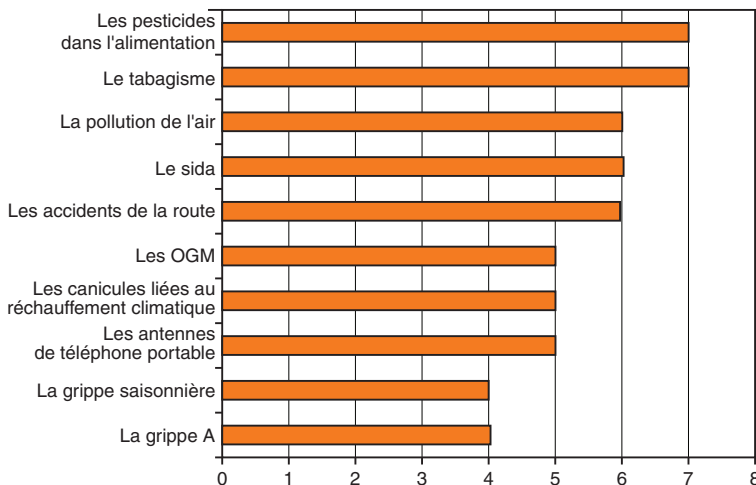


FIGURE 6.4. Rang et niveau d'inquiétude suscitée par la grippe A(H1N1) sur une échelle de 10 risques.

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

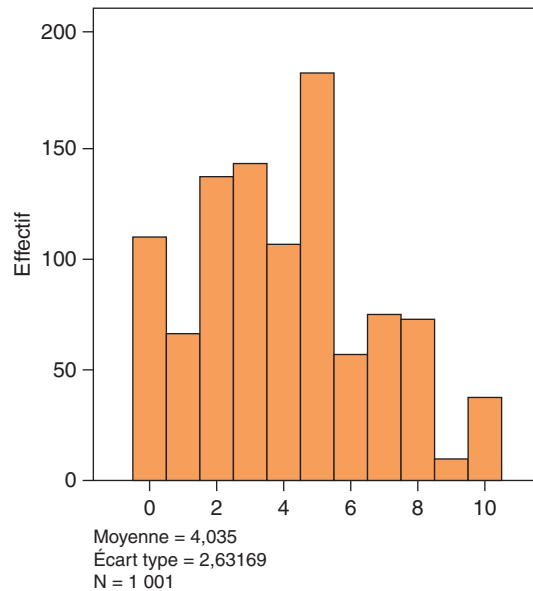


FIGURE 6.5. L'idée d'une épidémie de grippe A en France vous inquiète-t-elle ?

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

sur l'échelle de 1 à 10, à la question « L'idée d'une épidémie de grippe A en France vous inquiète-t-elle ? », la moyenne des notes données s'établit à près de 4 ; d'autre part, sur l'échelle des 10 risques proposés au classement en termes d'inquiétude, la grippe pandémique se situe au plus bas niveau, comme la grippe saisonnière.

Nous savons que le sentiment d'inquiétude suscité par un risque prédit bien souvent les comportements de protection ou d'absence de protection. Cet indicateur de la perception du risque aurait dû alerter les responsables sanitaires à trois mois du début de la campagne de vaccination universelle.

Ces résultats sur la perception du risque de la grippe A se voient confirmés, au-delà de toute attente, par les réponses aux questions sur l'intention vaccinale au moment (juin 2009) où l'annonce officielle vient d'être faite qu'une campagne de vaccination universelle sera lancée en France à l'automne 2009.

L'intention ou non de se vacciner en juin 2009 et en décembre 2009

Les participants à l'enquête ont été interrogés sur leurs intentions et pratiques associées à la vaccination antigrippale. Il leur a été notamment demandé s'ils avaient été vaccinés auparavant, au moins une fois, contre la grippe saisonnière, et s'ils se vaccineraient – ainsi qu'ils feraient vacciner leurs enfants – quand un vaccin contre la nouvelle souche du virus de la grippe A(H1N1) serait rendu disponible. On leur a également demandé s'ils avaient déjà attrapé la grippe saisonnière au cours des cinq dernières années. De plus, des questions portaient sur leur attitude générale vis-à-vis des vaccins et leurs perceptions des effets indésirables des vaccins. Voici les principaux résultats.

L'intention vaccinale en juin 2009 et les raisons du refus de se vacciner

Quels sont les facteurs corrélés à l'intention (ou non) de se vacciner en juin 2009 ? (figures 6.6 et 6.7).

Les facteurs finaux (modèle de régression logistique) associés à l'intention vaccinale en juin 2009 :

- être inquiet de contracter la grippe A (perception du risque élevée) ;
- avoir été vacciné contre la grippe saisonnière (dépendant de l'âge) ;
- croire en l'existence de conspirations (facteur négatif).

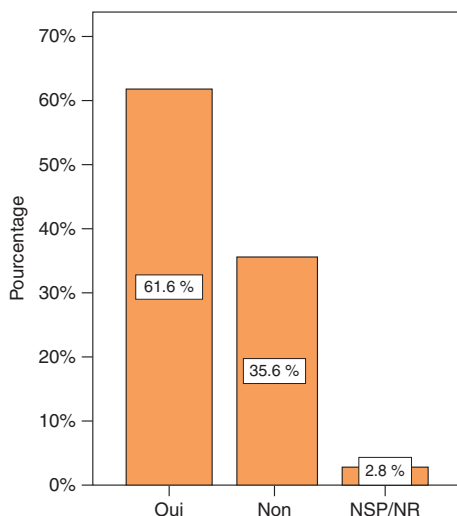


FIGURE 6.6. Si nouveau vaccin contre la grippe A disponible, envisageriez-vous de vous faire vacciner ?

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) en juin 2009 par M. Setbon et al.

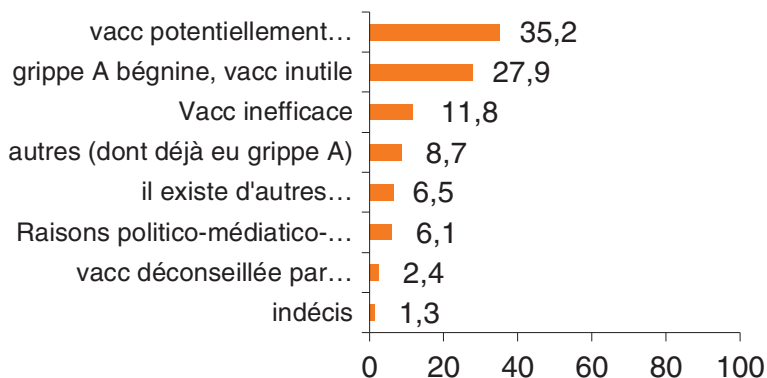


FIGURE 6.7. Pourquoi les enquêtés refusent de se faire vacciner.

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

Quelle est l'évolution six mois plus tard (décembre 2009) ? La même enquête a été réalisée avec la même méthodologie et les mêmes objectifs.

Évolution de l'intention vaccinale et de la vaccination effective (figures 6.8 et 6.9).

Le taux de refus est passé en six mois de 35 % à 62 % et celui des « ne sait pas » (NSP) de 2,8 % à 11 %.

Comment ont évolué les facteurs déterminants de la vaccination ?

- L'opinion et l'intention des proches sont devenues un des facteurs de l'intention vaccinale, conséquence indirecte du débat national sur la vaccination contre la grippe A.
- De même, le fait d'avoir consulté un médecin favorable (ou défavorable) à la vaccination a pesé sur la décision des individus.
- Vient ensuite l'opinion générale sur les vaccins : plus on en a une bonne opinion, plus la probabilité de se vacciner ou d'en avoir l'intention est élevée.
- Ensuite les facteurs déjà présents en juin 2009 (l'inquiétude et la gravité perçues, donc la perception du risque) restent déterminants, mais n'évoluent pas à la hausse, comme le montre l'échelle de risque passée en décembre 2009.
- Avoir été vacciné contre la grippe saisonnière reste également un facteur en faveur de la vaccination contre la grippe A (figures 6.10 et 6.11).

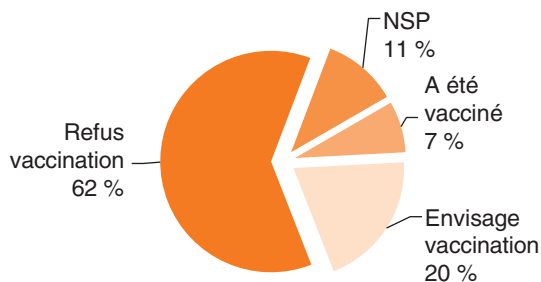


FIGURE 6.8. Intention et action vaccinale pour soi.

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) en décembre 2009 par M. Setbon et al.

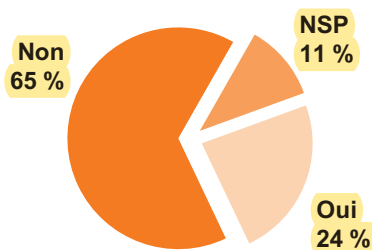


FIGURE 6.9. Intention des proches de se faire vacciner.

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) en décembre 2009 par M. Setbon et al.

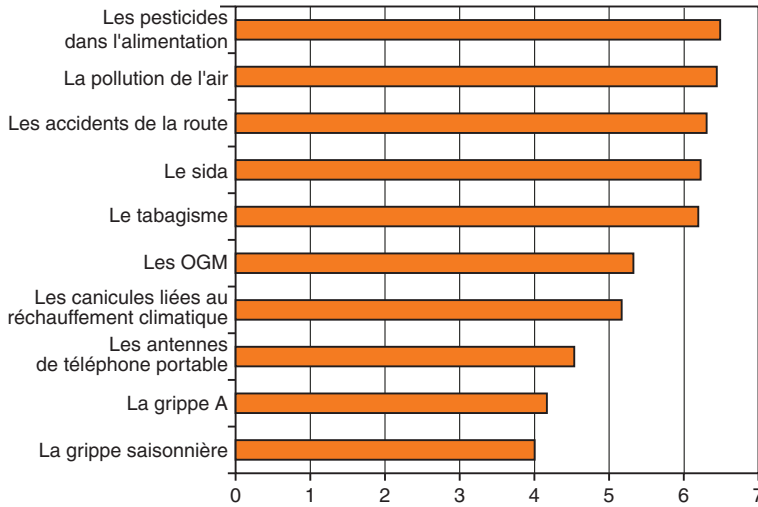


FIGURE 6.10. L'inquiétude suscitée par 10 risques (décembre 2009).

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

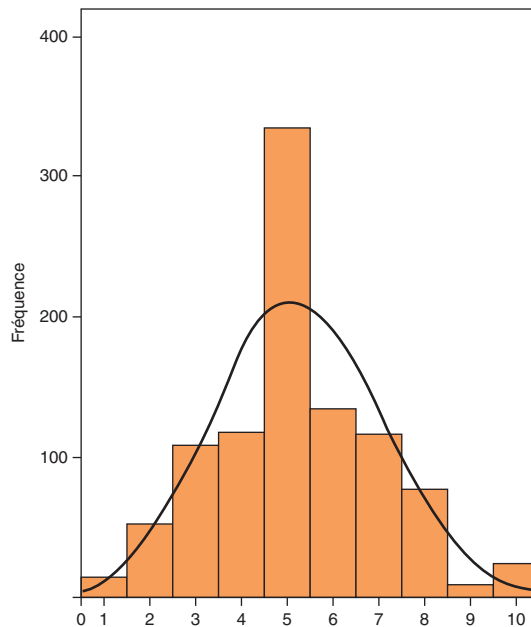


FIGURE 6.11. Niveau d'inquiétude décembre 2009.

Moyenne : 5,16.

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

Quelques conclusions sur la vaccination contre la grippe A, alors qu'au terme de la campagne officielle de vaccination, seulement 8 % de la population Française s'était vaccinée contre la grippe A(H1N1) !

- La décision individuelle de s'immuniser est le produit d'une double évaluation subjective : du risque infectieux et du bénéfice/risque de se protéger par le vaccin
- La désaffection pour le vaccin s'explique essentiellement par la perception du risque de la grippe A qui est resté faible de juin à décembre 2009
- Le vaccin n'a été considéré que comme l'une des mesures capables de se protéger contre le risque infectieux avec une nette préférence pour les modes de protection non pharmaceutiques
- Les conditions spécifiques de la campagne de vaccination n'ont fait qu'aggraver la tendance perceptible dès juin 2009
- L'importance (nouvelle ?) des informations circulant sur les réseaux sociaux
- L'échec de la campagne de vaccination qui n'est pas spécifique à la France révèle une tendance lourde de désaffection pour les vaccins en général
- La désaffection qui s'explique paradoxalement par l'amélioration réelle et perçue de la sécurité sanitaire dans les pays développés : pourquoi se vacciner préventivement alors que nous vivons dans une société de plus en plus prompte à répondre au moindre risque, dont les multiples fausses alertes ?

Ces résultats sur l'impact de la vaccination dans la population française ne signifient pas pour autant que les Français ne se sont pas protégés contre le risque de contracter la grippe A. Ils ont choisi d'autres modes de protection comme l'indique la figure 6.12 ci-dessous.

Nous avons pu identifier quatre groupes (G) de stratégies déclarées, adoptées pour se protéger au moyen des mesures disponibles, pharmaceutiques (vaccins) et non pharmaceutiques :

- G1. « Vaccination uniquement » : individus qui se sont vaccinés contre l'influenza A (ou qui en ont l'intention) et/ou contre la grippe saisonnière et déclarant n'avoir pris aucune autre mesure : 8,8 % ;

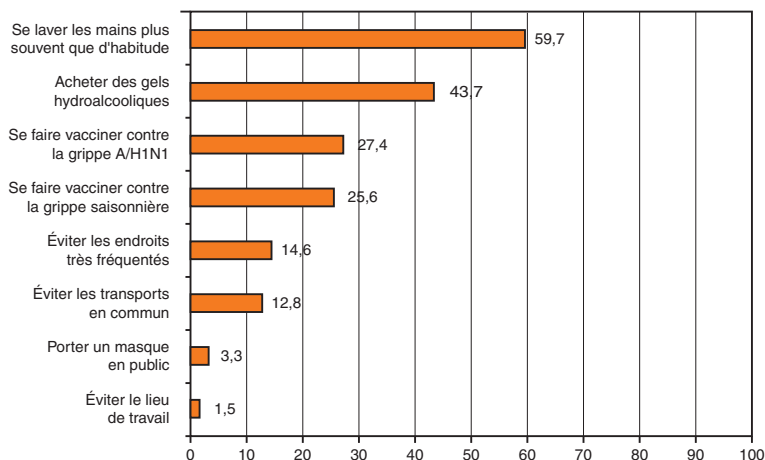


FIGURE 6.12. Mesures de protection déclarées intentionnelles (% population).

Source : Tirées des données collectées et analysées (SPSS) par les enquêtes réalisées en 2009 par M. Setbon et al.

- G2. « Vaccination et mesures non pharmaceutiques » : idem G1 et en plus au moins une mesure non pharmaceutique : 31,5 % ;
- G3. « Mesures non pharmaceutiques uniquement » : 42 % ;
- G4. « Aucune mesure de protection » : 17,7 %.

Ainsi, à cette date de pleine circulation du virus et alors que le vaccin contre la grippe A(H1N1) est disponible (gratuitement) sur l'ensemble du territoire national, près des deux tiers de la population soit ne se protègent qu'avec des mesures non pharmaceutiques, soit ne se protègent pas du tout.

Si j'ai choisi de décrire en détail ce dernier cas, c'est d'une part car notre équipe a travaillé directement sur ce sujet pendant plusieurs années et publié ses résultats (voir publications ci-dessous), et d'autre part parce que ce cas est exemplaire de la place prise par la perception du risque dans les décisions individuelles et collectives face à un risque épidémique (comme c'est en ce moment le cas pour le risque de Covid-19). Surtout ce cas, récent, souligne un point important valable pour toutes les situations comparables : l'observance des recommandations en situation de crise épidémique n'est pas acquise, loin de là. On peut en tirer trois leçons génériques à méditer.

La première est que si une équipe de quelques chercheurs disposant de faibles moyens a pu réaliser ces enquêtes et en tirer les résultats prédictifs sur les comportements prévisionnels de la population, on peut se demander pourquoi les pouvoirs publics n'ont pas diligenté de telles recherches. Est-ce par ignorance ou par incrédulité ?

Ensuite, les conséquences de l'autonomie décisionnelle dont a fait preuve la population française ne sont pas anodines. D'une part, si ce refus massif constaté de se vacciner a eu une fin heureuse, l'épidémie de grippe A en France s'étant révélée bénigne tant en termes de morbidité que de mortalité, il pourra entraîner une attitude de déni lors de futures crises épidémiques vis-à-vis tant des vaccins que plus largement des recommandations de protection émises par les pouvoirs publics. D'autre part, à court terme, cette crise a eu des conséquences sur la vaccination contre la grippe saisonnière, dont le niveau déjà faible en France s'est encore réduit dans les années qui ont suivi.

Enfin, l'échec des prévisions expertes qui ont conduit les pouvoirs publics à commander quatre-vingts millions de doses de vaccins contre la grippe A(H1N1) interpelle le concept même de prédiction dans de telles circonstances, toujours singulières, pas génériques. Non seulement la stratégie adoptée au tout début de l'épidémie reposait sur des bases fragiles (épidémiologiques, virologiques et cliniques), mais sa nature irréversible ou même non modifiable ressemblait plus à un pari, piloté par la peur, qu'à une décision rationnelle fondée sur les connaissances disponibles.

J'ai maintes fois entendu le contre-argument suivant, à savoir que se préparer au pire alors qu'il n'a pas lieu est préférable à ne pas y être préparé alors qu'il advient. Mais, d'une part, d'autres pays ont fait des choix différents et, d'autre part, le « vaccin pour tous » n'était pas la seule option, la vaccination pouvant être ciblée sur les groupes les plus fragiles et revue à la hausse en fonction des connaissances tirées de l'observation. Mais une approche prudente et évolutive

ne semblait pas correspondre aux annonces catastrophistes des experts, beaucoup plus soucieux d'en rater l'avènement que d'en constater l'insignifiance. Dans notre pays, champion du principe de précaution, l'erreur par commission est mille fois préférable à l'erreur par omission. Et cela, quel qu'en soit le coût, financier, social et en termes de crédibilité. Nous reviendrons sur ces points essentiels à propos de l'épidémie actuelle de Covid-19.

Notre équipe a publié quatre études sur la grippe A(H1N1) (Raude et Setbon, 2009 ; Setbon et al., 2011 ; Caille-Brillet et al., 2013, 2014).

La peur

La peur est l'émotion centrale et déterminante de la perception du risque. Tout au long des précédents chapitres, nous avons pu en identifier les différentes traductions et les conséquences. Pour autant la peur est une émotion générique qui peut être déclinée en plusieurs niveaux d'intensité : l'inquiétude, l'angoisse, la peur et la terreur panique en sont les principales expressions. Pourquoi une telle distinction ? Car comme nous l'avons vu, plus le niveau de la peur est élevé, plus les probabilités sont fortes que les conséquences comportementales échappent à tout raisonnement, qui est la marque d'une mobilisation du système 2, analytique. L'inquiétude peut, selon les circonstances, déterminer aussi souvent l'observance des recommandations de protection qu'expliquer l'inobservance, au profit d'autres modes de protection. Ainsi, selon les risques, leur nature, leurs dimensions qualitatives et quantitatives, la peur qu'ils suscitent ou que l'on cherche à susciter aura des conséquences comportementales différentes. Par exemple, la peur du cancer du sein est un facteur positif pour encourager les femmes à se faire dépister, tout comme la peur de contracter la grippe saisonnière est un facteur en faveur de la vaccination contre la grippe. Mais en même temps, la terreur suscitée par le risque terroriste peut, comme nous l'avons vu dans l'étude cas n° 1, entraîner un comportement aux conséquences délétères. Là se situe toute l'ambivalence de cette émotion centrale de la perception du risque. Ce qui explique qu'une grande quantité de travaux ont été publiés sur l'impact de la peur en santé publique, certains en démontrant les bénéfices, d'autres les effets indésirables. Ambivalence qui représente un véritable problème pour en déterminer l'usage dans les campagnes de communication sur le risque. Faut-il provoquer la peur dans la population cible, ce que les Anglo-Saxons nomment « *fear appeal* », ou en éviter l'usage ? Sur la base de quelques publications significatives et de nos propres travaux, nous nous proposons d'essayer d'éclairer les aspects contradictoires de la peur et de répondre à la question sur la pertinence de son usage en santé publique.

Le recours à la peur en santé publique

Les premières recherches sur le recours aux messages fondés sur la peur datent de 1953.

La toute première étude sur « l'appel à la peur », réalisée par Janis et Feshbach en 1953 (Janis et Feshbach, 1953), a eu une influence considérable sur les