

Partage d'informations en contexte de crise Covid-19 : cas des médecins urgentistes

Dijana Lekic-Savatic, Anna Lezon-Rivière*

Abstract: This article presents the results of a qualitative empirical study conducted with the medical personnel of an emergency medical aid service during the Covid-19 crisis. It focuses on information sharing in crisis situations in the case of the daily activities of emergency physicians. Data were collected from nineteen interviews. The results demonstrate the importance of information sharing, the multiplication of sharing channels and the central role of hierarchies in crisis context. They also demonstrate the dual role of the broader public health system with regards to the sharing and, more broadly, the management of information in times of crisis.

Keywords: Information sharing, Emergency physicians, Crisis, Covid-19.

1. Introduction

La maladie respiratoire Covid-19 a provoqué en 2020 une crise sanitaire globale, mettant au défi les systèmes de santé publique dans chaque pays. En France, la crise Covid-19 s'est traduite par plusieurs mois de restrictions et de mesures sanitaires visant à cadrer les comportements de la population et réduire la propagation du virus. Les services d'aide médicale urgente (SAMU) se sont retrouvés en première ligne de réponse à la crise (DGS¹ et DGOS² 2019). Dans ce contexte, les médecins urgentistes se sont confrontés à une maladie nouvelle. Ils disposaient de très peu d'informations sur ses effets primaires ou secondaires sur la santé des patients, sur les méthodes de prise en charge efficace et de prévention des états graves.

La crise est un concept complexe dont les définitions sont nombreuses et varient en fonction de l'approche adoptée. Du point de vue des sciences de gestion, Combalbert (2018, 23) définit la crise comme « une situation sortant

* LaboratoireParagraphe, UniversitéParis8, Saint-Denis, France. dijana.lekic03@univ-paris8.fr; anna.lezon-riviere@univ-paris8.fr.

¹ Direction générale de la santé (DGS).

² Direction générale de l'offre des soins (DGOS).

du cadre habituel des incidents connus, avec la nécessité de prendre en urgence des décisions stratégiques et d'organisation ». En sciences de communication, la crise est caractérisée comme un événement imprévisible (Coombs 2015). Elle menace des attentes des parties prenantes dans les domaines divers (santé, économie, environnement, etc.) et génère des résultats négatifs : pertes humaines, financières ou de réputation (Coombs 2015). Selon Weick (1988 dans Boumrar 2010), elle menace les objectifs d'une organisation. Par l'organisation, il faut entendre tout « groupement, association, en général d'une certaine ampleur, dont les buts sont définis par un qualificatif » (Larousse en ligne n.d.), souligne Lefebvre (2020). Enfin, une crise sanitaire ou de santé publique est décrite comme « une situation difficile ou dangereuse affectant le système de santé ou une communauté » (Krakowska 2020, 66). La crise sanitaire due au virus SARS CoV-2 menaçait le système médical et la continuité des soins assurés par les établissements de santé.

Parmi les facteurs caractérisant une crise figurent : l'incertitude, la multiplication du nombre d'acteurs, le débordement des dispositifs de réponse, la perte de confiance à l'égard des autorités publiques et la remise en cause des experts (Lagadec 1995 tel que cité par Abarghaz 2020). La spécificité des crises sanitaires demeure, entre autres, dans l'insuffisance d'informations et de connaissances (Abarghaz 2020). Dans la littérature, l'incertitude est associée à la recherche d'informations permettant de diminuer ses effets (Blandin et Brown 1977 ; Wilson et al. 2002). De plus, la rapidité et la précision avec lesquelles les informations sont gérées et partagées entre les parties prenantes permettent de mesurer l'efficacité de gestion de crise. Cette efficacité est indissociable de la stratégie adoptée, des processus, des rôles des entités impliquées et de leur coordination (Avanzi et al. 2017).

La gestion des crises sanitaires implique, en France, la participation de différentes autorités et organisations compétentes. Elle est organisée en quatre niveaux d'intervention opérationnels et de coordination : niveau national (ministère de la Santé, agences sanitaires et autres ministères en fonction de la nature de l'événement) ; niveau zonal (préfet, agence régionale de santé, SAMU zonal) ; niveau régional (agence régionale de santé) et niveau départemental (préfet du département, SAMU, associations de sécurité civile) (DGS et DGOS 2019). Notre travail de recherche est conduit au sein d'un des huit SAMU de la région d'Ile de France. Les SAMU sont chargés de la régulation des demandes de soins non programmés en situation d'urgence³. Ils ont pour l'objectif d'évaluer la situation à partir des informations obtenues et de déclencher la réponse la mieux adaptée à l'état du patient. Cette réponse est une décision médicale appuyée par un ensemble d'éléments (informations,

³ Une situation d'urgence nécessite une réponse immédiate et rapide. Dans le domaine médical une urgence est comprise comme la « situation d'un patient à soigner sans délais ». (Dictionnaire de l'Académie nationale de médecine, en ligne n.d.).

connaissances, moyens disponibles, etc.) dont dispose le médecin urgentiste et dont la finalité est de fournir au patient le « juste soin »⁴ (HAS 2011 ; Hamelin et Arzalier 2018).

Nous nous sommes intéressés au partage d'informations dans le cadre des activités quotidiennes des médecins urgentistes durant la crise Covid-19. Nous tenons à préciser que ce travail se concentre sur des informations médicales professionnelles. Nous comprenons par les informations professionnelles les directives, les recommandations, les protocoles, les synthèses, les rapports ou tout autre document provenant des instances/acteurs de santé et destinés à l'usage des professionnels de santé. Les informations que les médecins étaient amenés à partager entre eux, concernant leur activité et leurs retours d'expérience durant la crise, sont également prises en compte. Les résultats de ce travail se fondent sur les récits, les expériences vécues et décrites par les médecins interviewés. De ce fait, nous ne traitons pas des questions relatives au partage des dossiers médicaux des patients, des données médicales, ou aux dispositifs informatiques en lien avec ces sujets.

L'objectif de ce travail est de répondre aux questions suivantes : Comment les informations sont partagées avec les médecins urgentistes dans le contexte de la crise Covid-19 ? Quels sont les canaux de partage d'informations et quel est le rôle de la structure hiérarchique dans ce processus ? Les résultats proposés dans cet article sont issus d'une étude empirique qualitative conduite auprès des dix-neuf médecins urgentistes.

2. Partage d'informations en temps de crise sanitaire

Le partage d'informations en période de crise est d'importance majeure. Il consiste à mettre l'information à disposition des autres (Grant et van den Heuvel 2010). Partager les informations rapidement, fréquemment et par des canaux fiables permet d'agir de manière adaptée face aux risques encourus (OMS 2018). L'information est une matière/ressource primordiale lors la gestion de crise. Sa finalité première sont « des actions à entreprendre » (Ville-neuve 2007). Disposer de la bonne information contribue à la prise des décisions et à la continuité de l'activité d'une organisation. A l'inverse, le manque d'information peut paralyser la prise des décisions (Baumard 2019) et rendre le travail des acteurs encore plus complexe, voire aggraver la situation de crise. Hagar (2012) souligne d'autres défis informationnels d'une crise comme l'augmentation de la quantité d'informations produites, les difficultés de coordination du partage d'informations, le changement des besoins information-

⁴ Le « juste soin » comprend un équilibre à trouver entre « intérêt individuel (envoi systématique d'une équipe du Service mobile d'urgence et de réanimation - SMUR) » et « intérêt collectif (économie des moyens) » (Hamelin et Arzalier 2018).

nels, les questions d'incertitude, de fiabilité et de conflictualité de l'information, et de sa diffusion à la bonne personne au bon moment. La gestion de crise exige également la gestion de redondance de l'information, ainsi que de risque d'obsolescence ou de non-transmission (retard ou perte) de l'information stratégique et indispensable (Couty 2004).

Dans le domaine de la santé, des protocoles spécifiques de gestion de crise s'appliquent. Les circuits de l'information ascendante et descendante doivent être les plus courts possible (DGS et DGOS 2019) et identifiés sur la base d'un organigramme fonctionnel (Couty 2004). Pour les acteurs des urgences médicales avoir accès à l'information permet une conduite efficace des activités (Ayatollahi et al. 2013). La communication verbale est perçue comme la voie la plus rapide d'obtention, de partage d'informations et elle prime en situation d'urgence (Ayatollahi et al. 2013). Durant la crise sanitaire SARS de 2003, les visioconférences et réunions entre les parties prenantes impliquées dans la gestion de la crise, les forums mis en place pour partager les informations cliniques et recommandations ont permis la coordination de la collecte des données, une meilleure compréhension des aspects critiques de la maladie (Booth et Stewart 2003). Ces échanges étaient l'occasion de dissiper les rumeurs, de clarifier les directives du gouvernement et de répondre aux questions. En effet, les stratégies de communication de l'information ont été identifiées comme le moyen clef dans la lutte contre l'épidémie (Booth et Stewart 2003).

En complément du concept de partage d'informations, le terme de circulation d'informations est fréquemment utilisé dans la documentation médicale professionnelle sans être clairement défini. Piaud (2012) entend par la circulation interne d'informations les mouvements ascendants, descendants et horizontaux de l'information entre la direction et les acteurs d'un établissement, et aussi le partage d'un sens commun. Quand elle s'opère entre les établissements, elle est considérée comme plus complexe (Villeneuve 2007).

En référence aux sciences de l'information, nous retenons pour ce travail, le concept du partage d'informations (information sharing). Considéré comme une activité communicative (Savolainen 2017) entre les acteurs impliqués dans la résolution d'un problème (Fidel et al. 2004), le partage d'informations est un élément essentiel des pratiques informationnelles et de tout travail collaboratif (Sonnenwald 2006 ; Reddy et Jansen 2008). Il s'agit de partager des informations déjà acquises, orientées ou pas par les objectifs visés (Talja et Hansen 2006) et, nous ajouterions, les besoins en informations d'un groupe d'acteurs. Selon Sonnenwald (2006), le partage d'informations contribue au changement de l'image qu'une personne a du monde et au développement d'une compréhension partagée. Cela dit, le partage d'informations permet aux acteurs d'arriver à une compréhension commune de la situation, de prendre des décisions et de coordonner des actions en période de crises ou d'incidents majeurs (Ibrahim et Allen 2012). Nous parlons du partage comme de la

transmission de l'information en temps réel (face à face) ou en temps différé (déposer le document dans une base, sur un espace de travail numérique), aussi bien que de l'échange réciproque de l'information entre les parties. Compte tenu de ces fondements théoriques, nous nous intéressons en particulier au partage d'informations pertinentes, d'intérêt pour l'activité des acteurs étudiés et leur compréhension des situations dans lesquelles ils se trouvent et qu'ils ont à gérer.

Les travaux existants confirment la nécessité d'étudier des pratiques informationnelles durant les situations pouvant être caractérisées comme complexes, incertaines et sensibles au facteur de temps (Ibrahim et Allen 2012). D'après Reeder et al. (2012) il y a un réel besoin de mieux comprendre comment l'information médicale est partagée aussi bien au niveau individuel qu'organisationnel, afin de permettre les améliorations du système informationnel. Optimiser le partage, l'utilisation des technologies numériques et le partage d'informations dans et entre les organisations de santé peut également contribuer à une prise de décision efficace et à l'exercice efficient de l'activité des acteurs de ce domaine.

Dans une revue de la littérature, Daei et al. (2020) constatent que les médecins ont besoin le plus souvent des informations en lien avec les thérapies, le diagnostic et l'épidémiologie. Les collègues, les revues scientifiques, les sites internet, les livres et les bases de connaissances figurent parmi les sources d'informations les plus utilisées. Les auteurs trouvent que les contraintes principales dans la recherche de l'information sont le manque de temps, le manque de compétences en recherche d'information et la méconnaissance des sources disponibles. Selon Kosteniuk et al. (2013), les médecins utilisent le plus souvent les informations provenant des sources considérées comme fiables et physiquement accessibles lors de la prise de décisions cliniques.

Zeinali et al. (2014) identifient cinq facteurs déclenchant des pratiques informationnelles collaboratives chez les médecins iraniens. Le manque de temps, l'inaccessibilité immédiate de l'information ou la complexité des besoins informationnels en font partie. Ainsi, les médecins choisissent de collaborer avec un confrère pour avancer plus rapidement dans la résolution d'un problème, pour compenser le manque d'expertise dans un domaine ou pour répondre à une situation plus complexe. Dans l'étude de Reddy et Jansen (2008), les tours de parole et les partages d'informations entre les médecins sont des occasions leur permettant de collecter des éléments d'informations manquantes pour répondre à leur besoin informationnel. Les auteurs affirment que les technologies, comme le chat, soutiennent les interactions collaboratives entre les acteurs, permettant le partage des informations retrouvées et des techniques de recherche de l'information entre eux.

Les acteurs travaillant dans les services d'urgences ont reçu moins d'attention dans les recherches scientifiques que les autres professionnels de santé

(Sedlár 2017). En ce qui concerne la France, nous n'avons pas identifié d'études en sciences de l'information conduites auprès des médecins urgentistes exerçant dans les SAMU.

3. Groupe d'acteurs et méthodologie de recherche

Le médecin urgentiste prend en charge des personnes blessées ou atteintes de souffrances aiguës pouvant conduire à une altération d'une fonction essentielle ou à la mort (FHF 2015). Il traite un large spectre de maladies ou de blessures. En France, le médecin urgentiste peut exercer en urgences d'un hôpital ou au sein d'un service d'aide médicale urgente (SAMU). Au sein du SAMU, son activité comprend d'une part la régulation des appels dans le service de régulation des appels téléphoniques (Centre de Réception et de Régulation des Appels - CRRA) et d'autre part l'intervention sur le terrain en équipe SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation)⁵.

Notre étude empirique qualitative a eu lieu au sein d'un SAMU de la région parisienne. Elle a été menée du septembre 2020 et au février 2021, selon les méthodologies de construction de sens (*sense-making*) et de la théorisation enracinée (MTE) (Dervin 2003 ; Guillemette et Luckerhoff 2012). Les données ont été collectées par le biais des méthodes suivantes : documentation de référence, observations in situ et entretiens. L'étude des ressources médicales professionnelles (site web, vidéos, documentation de référence, etc.) a apporté une meilleure compréhension de la structure et du fonctionnement du système des urgences en France. L'objectif consistait à saisir les missions du groupe d'acteurs ciblé, leur environnement de travail et leur langage professionnel. Ce travail préalable nous a permis de préparer le questionnaire d'enquête et nos échanges avec les médecins.

Les observations ont été conduites auprès des médecins urgentistes dans les locaux du SAMU et, pour la plus grande partie, dans le CRRA. En observation, nous nous sommes intéressées au processus de régulation des appels, à l'interrogatoire conduit par les médecins et à la prise de décision médicale dans le cadre de cette activité. Au total, nous avons passé 24h en observation pendant huit jours. Nous avons réalisé dix-neuf entretiens avec les médecins urgentistes d'une durée moyenne de 41 minutes. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés, transcrits et rendus anonymes pour un total de plus de 13h d'enregistrements. L'entretien se déroulait sous forme d'un échange, ne nécessitant aucune préparation de l'acteur. Chaque entretien

⁵ Les équipes SMUR assurent la prise en charge des patients sur décision du médecin régulateur du SAMU. Véhiculées et dirigées par un médecin urgentiste, elles secourent les patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation, 24h/24 en tous lieux et sur l'ensemble du territoire du SAMU concerné (SUdF et SFMU 2013).

commençait par une brève présentation de l'interviewé. Celle-ci a été suivie par des questions regroupées autour de trois thématiques principales : journée de travail en temps normal et en temps de crise ; information et activité du médecin urgentiste en période de crise sanitaire ; situation de construction de sens selon la méthode d'entretien *sense-making* (Dervin 2003). Comprenant des questions neutres et ouvertes, la méthode d'entretien par la construction de sens nous a permis d'étudier les pratiques informationnelles des médecins urgentistes à travers des situations vécues. Leur activité étant inséparable de la dimension spatio-temporelle (Aboueljinane 2014), nous avons cherché à saisir leurs pratiques informationnelles en contexte et pendant la période de la crise Covid-19. Ainsi, la gestion quotidienne des urgences, à laquelle s'est ajoutée la gestion d'une crise sanitaire, est décrite du point de vue de leurs connaissances, expériences et valeurs personnelles.

L'ensemble des données a été analysé à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QSR NVivo. Les données ont été encodées selon les concepts émergents, suivant la méthodologie de la théorisation enracinée. Le partage de l'information a été l'un des éléments des pratiques informationnelles des médecins urgentistes qui s'est démarqué et que nous étudions dans ce texte. Ci-dessous, nous apportons des réponses aux questions posées dans cet article, en nous appuyant sur les résultats de nos analyses.

4. Résultats d'étude

Notre étude empirique a été conduite auprès des médecins urgentistes d'un service d'aide médicale urgente. A partir de l'analyse des données d'enquête, nous présentons les résultats sur le rôle de l'organisation et de la structure hiérarchique dans le partage d'informations, la façon dont l'information a été partagée et les canaux de partage en contexte de crise. Ces données ont été appuyées par les observations conduites dans les locaux du SAMU de l'étude, les sources professionnelles et scientifiques des acteurs pertinents.

4.1. Rôle de l'organisation et de la structure hiérarchique dans le partage d'informations

Avec le déclenchement de la crise sanitaire en France, le rôle de la hiérarchie du SAMU a été primordial dans la gestion de cette crise en interne. Comme l'explique le médecin urgentiste ci-dessous, de nombreux acteurs y étaient impliqués, chacun contribuant par sa spécialité et à un niveau défini, constituant ainsi tout un arbre décisionnel : « En réalité, je pense qu'en médecine, il y a plein de types de médecins, il y a plein de spécialités et même au sein d'une

crise, je pense qu'il y a plein de niveaux de compétences ou en tout cas... on est un arbre décisionnel. » (EN 0048 PB)⁶.

En tant que les premiers acteurs de la prise en charge des malades, les médecins urgentistes du SAMU avaient besoin d'une organisation efficace et des directives claires et précises permettant d'assurer la continuité de leur activité. Ils se sont chargés aussi bien d'évaluation et d'identification des malades graves du Covid-19, que des urgences du « quotidien » (accidents, Accident Vasculaire Cérébral - AVC, etc.). Alors, en période de la crise la plus aiguë (en mars 2020) quand les flux d'appels ont quadruplé (Telion et al. 2020), les responsables du service d'aide médicale urgente ont dû revoir l'organisation interne. Les changements ont été effectués au niveau des moyens techniques, logistiques et humains (Telion et al. 2020). Cela a permis de mieux absorber l'activité et de multiplier des réponses aux flux d'appels entrants en mettant en place un triage par le motif d'appel proposé à l'appelant. La crise Covid-19 a demandé une grande souplesse et une adaptation constante aussi bien aux médecins et équipes, qu'aux responsables du SAMU. Il a fallu trouver très rapidement de nouveaux modes d'organisation. « On est sorti des périmètres habituels, pour inventer et surtout développer très rapidement des circuits de prise en charge des appels, développer des systèmes qui envoient des SMS, des systèmes qui permettent de rappeler les gens, des systèmes qui utilisent de la visioconférence » (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris 2020).

En plus de la gestion de crise en interne, le SAMU en question a pris en charge la coordination de l'action interdépartementale des huit SAMU de l'Ile de France. La stratégie privilégiée par la hiérarchie reposait sur la collaboration et le partage des informations, des expériences et des connaissances, aussi bien en interne (intra-organisationnel) qu'au niveau des huit SAMU (inter-organisationnel). Ne pas penser « un SAMU » mais mener la réflexion collectivement a permis d'optimiser la gestion de crise, la prise de décision et la mise en place des mesures organisationnelles. La mise en place de ces mesures s'est faite en beaucoup moins de temps qu'en temps normal.

Ce qui nous intéresse dans ce contexte, c'est le rôle de la structure hiérarchique et de l'organisation dans la gestion de crise sur le plan informationnel et de partage d'informations en particulier, perçu par les médecins interrogés. Plusieurs interviewés nous précisent ne pas avoir eu besoin d'aller à la recherche d'informations professionnelles durant la crise. Dans la structure du système de santé, des instances supérieures sont prévues pour rechercher des informations et se chargent de leur partage. « Je n'ai rien recherché du tout, ça me tombe tout cuit. Je pourrais te montrer les ordres décisionnels, donc il

⁶ Afin de respecter l'anonymat des acteurs interviewés toutes les données pouvant mener à une identification de la personne ont été enlevées. Ainsi, les citations ont été référencées de façon suivante : le sigle EN pour l'entretien, suivi par le numéro de l'entretien et les initiales de l'acteur.

n'y a aucune recherche à notre niveau. Je n'ai jamais rien consulté, tout m'est arrivé parce qu'on a des instances au-dessus de nous qui nous envoient les informations très triées, donc heureusement on n'a pas besoin d'aller à la pêche à l'information » (EN 0034 EP).

En plus du partage d'informations, le management en interne ainsi que les instances externes (comme l'Agence régionale de santé) vont recouper les informations disponibles, « prémâcher » le travail, notamment en triant les informations et choisissant les plus importantes, avant de les adresser aux autres acteurs. Les instances supérieures et les confrères, dont c'est la mission, s'occupent de la mise en place des protocoles mais aussi de la diffusion des synthèses des études sur le Covid-19. Ces informations et leur mise à jour sont ensuite régulièrement diffusées par mail aux médecins.

Comme l'explique l'acteur suivant, il s'agit aussi d'une question de temps. Dans le vif de l'action, les médecins ne peuvent se consacrer ou très peu à l'activité de recherche d'informations professionnelles. De plus, la hiérarchie et les instances qui s'en chargent disposent d'une vue beaucoup plus large de la situation, permettant de cibler les informations les plus pertinentes à partager avec eux. Ce tri, cette sélection de l'information permet également de « protéger » les médecins urgentistes contre les « flots d'informations ».

« Ce qui se passe d'un point de vue national, d'un point de vue organisationnel, etc., je n'ai pas le temps de m'en informer, d'aller faire les recherches par moi-même. Donc, elles me sont données par des gens médecins aussi souvent dont c'est le travail et qui eux, peuvent prendre une vue d'ensemble et me donner des informations digérées » (EN 0048 PB).

Hormis la recherche, le recouplement et la synthèse, la structure hiérarchique se charge d'évaluer les informations, de prendre les décisions et en informer tous les acteurs concernés. Ainsi, les médecins n'ont pas besoin de procéder eux-mêmes à l'évaluation des informations : « Je n'évalue rien du tout parce que ça m'arrive tout cuit. Donc moi, je fais confiance. » (EN 0034 EP). L'information parvient aux médecins par des instances officielles auxquelles ils font confiance. Cette confiance est appuyée par la maîtrise rapide de la situation et l'écoute que les médecins ont retrouvée auprès des responsables du SAMU. Ces éléments étaient reconnus comme importants en période de crise.

En termes d'information, les éléments que nous avons présentés ci-dessus soulignent le rôle majeur de « communicant », assuré par des responsables du SAMU et des organisations de santé (agence régionale de santé, direction générale de la santé, ministère des solidarités et de la santé, etc.) en temps de crise. Ils doivent colliger les informations disponibles, les évaluer, traiter et transmettre sous forme des instructions, des explications et des directives claires et précises aux médecins et équipes opérant sur le terrain. L'information, ainsi obtenue, est considérée comme fiable du fait de la confiance que les

médecins accordent à leur hiérarchie directe ou indirecte. Il en ressort également que l'écoute, l'implication des expertises de chacun, ainsi que le partage d'informations et de connaissances régulier renforcent cette confiance et contribuent à une gestion de crise plus efficace.

4.2. Partage d'informations et canaux de partage

Le début de la crise Covid-19 en France⁷ a été marqué par un manque d'informations et très peu de connaissances quant à la maladie provoquée par le virus SARS-CoV-2. Les médecins avancent que c'est le partage d'informations au niveau international qui a apporté une meilleure compréhension de cette crise et surtout de la maladie.

Concernant les médecins urgentistes, nos analyses montrent que le partage d'informations passe par la structure hiérarchique endossant le rôle de « communicant », mentionné plus haut. Les médecins reçoivent toutes les informations nécessaires (directives, protocoles, etc.) soit par leurs responsables directs soit par les organisations de santé régionales ou nationales. Cela dit, l'information descendante passe, au moins, par un de ces circuits. Cependant, ce partage vertical (entre les acteurs de différents niveaux hiérarchiques) inclue également l'information ascendante. Plus précisément, il s'agit d'une remontée d'informations (sous forme de retours d'expérience, d'expression des besoins) par les médecins et les équipes du terrain vers leurs responsables directs et ensuite, via ces derniers, aux instances du niveau régional et national.

L'activité des SAMU a été un indicateur majeur de l'évolution de la crise Covid-19. Le SAMU chargé de la coordination des activités dans la région parisienne a été en relation directe avec les plus hautes organisations de santé en France (ministère, Agence Régionale de Santé - ARS, etc.). Durant la crise les sollicitations des responsables et des équipes SAMU ont augmenté. Quant aux médecins opérant sur le terrain, ils partageaient le bilan de leur activité permettant aux acteurs de la gestion de crise de préparer l'affluence des patients dans les hôpitaux : « On sert aussi pour eux de sonde de température avec notre activité. Notre activité souvent est en avance par rapport à ce qui arrive dans les hôpitaux, sur le nombre d'appels, etc. » (EN 0057 PM).

Ce partage des chiffres et de l'expérience du terrain des médecins urgentistes a contribué aux décisions en période de la plus forte tension de la première vague de crise. Les décisions étaient prises à partir des informations que les équipes remontaient du terrain. Donnant l'exemple de la fermeture des aéroports, ci-dessous, le médecin se rappelle que les acteurs de la décision et de la gestion de crise Covid-19 se tenaient à l'écoute des médecins dans le plus vif de la crise.

⁷ Les mois de mars, d'avril et de mai 2020.

« [...] quand on demandait un hélicoptère on en avait, quand on disait au préfet il faut garder la tour d'Orly ouverte, c'est le médecin du SAMU du 94 qui a appelé le préfet, qui a dit « écoutez on va faire des évacuations sanitaires, gardez-nous la tour ouverte », et le préfet a dit « oui monsieur, oui docteur ».
(EN 0065 NP)

Durant la crise Covid-19, le partage d'informations a été intensifié, sous forme des réunions d'information organisées très régulièrement. Les réunions des responsables des SAMU et des chefs d'autres services (comme ceux d'urgences des hôpitaux) se faisaient pour faire des retours et partager des données sur la fréquentation des urgences, l'augmentation des activités des SAMU, ainsi que des informations obtenues en différentes réunions ministérielles ou autres.

En interne, les réunions du personnel du SAMU de notre étude ont été organisées tous les jours entre les responsables, les médecins de garde de nuit et ceux qui prenaient le relais le matin. Ces réunions du personnel permettaient de partager des informations sur les cas difficiles que les médecins avaient traités durant la nuit, d'échanger des pratiques et de revoir les techniques de prise en charge à plusieurs et avec les supérieurs ayant plus d'expérience.

« On va exposer les cas un peu difficiles qu'on a eus. Cela sert à la fois à nous assurer que l'on a bien fait et rediscuter des cas sur lesquels c'est parfois un peu douteux. On a beau être médecin, on ne connaît pas à 100 % la médecine. Donc, à réunir plusieurs cerveaux, on arrive souvent à élaborer la technique qui aurait été la meilleure puis on a des gens, nos supérieurs qui ont plus d'expérience en tout cas que moi » (EN 0048 PB).

Les réunions étaient aussi une occasion d'entendre des avis des spécialistes, d'obtenir des précisions sur les dernières recommandations, de poser des questions d'ordre médical en direct et d'en discuter. Il s'agit d'un échange d'informations « basé sur du concret, parce que c'est basé sur les cas de la veille » (EN 0048 PB). Ces échanges ont également eu lieu à distance via un outil de visioconférence, permettant de réunir le plus grand nombre de médecins. En plus du partage oral, les informations ont été partagées sous forme écrite. Les canaux de partage étaient divers (Tab. 1) : physiques (affichages dans les locaux) ou numériques, dont l'objectif consistait toujours à simplifier le travail des médecins et leur éviter une perte de temps.

Types de partage	Canaux de partage
Oral	Réunion physique
	Visioconférence
	Appel téléphonique
	Discussion au travail
Écrit	Messagerie électronique
	SMS (téléphone)
	Groupe de partage (applications WhatsApp, WeChat)
	Tableau dans les locaux
	Panneaux d'affichage dans les locaux (format papier)
	SI et dispositifs informationnels mutualisés (ex. logiciel ROR)
	Sites internet institutionnels

Tableau 1. Partage d'informations et canaux de partage au SAMU de l'étude.

Concernant le partage numérique, les médecins précisent l'existence de plusieurs groupes de partage sur WhatsApp, leur permettant de s'informer rapidement et de partager facilement des informations sur les nouvelles procédures, les articles lus, etc. Ce canal permet de constituer un réseau et de partager l'information à tout moment par toute personne qui le souhaite.

Nos résultats éclairent quelques difficultés. En lien avec le partage ascendant ou descendant d'informations, les médecins évoquent le changement très fréquent de l'information et des consignes partagées avec eux durant la crise Covid-19. La consigne donnée la veille en fin de leur journée de travail, pouvait changer le lendemain. Ces conditions demandaient aux médecins une agilité continue. « C'est quasi tous les jours, plusieurs mails par jour parfois même. Il y a des informations qui changeaient vraiment tout le temps. Il y a des jours où la veille, on donnait des consignes particulières et le lendemain, ça avait changé » (EN 0068 CE).

De plus, une multiplication des canaux de partage et la réception des mêmes informations en provenance des sources diverses sont constatées⁸. Dans quelques cas, cela s'explique par le rattachement de l'acteur à plusieurs organisations. Pour les autres, il s'agit d'une question de redondance. La structure hiérarchique complexe du système de santé, avec de nombreuses instances, a conduit à la multiplication des flux avec, parfois, des avis divergents.

« La difficulté est que même les consignes surtout sur la première vague changeaient d'un jour à l'autre, voire plusieurs fois avec des avis différents. J'ai vu une présentation faite lors du séminaire de médecine de catastrophe sur la COVID où ils montraient toutes les informations qui venaient d'organismes différents. Entre Santé publique France, la DGS, la haute autorité de santé et

⁸ La question des sources d'informations des médecins urgentistes, étant traitée dans un autre article, n'est pas évoquée dans ce texte.

ainsi de suite, ça faisait des flux d'informations ! » (EN 0066 VB).

Se pose alors la question de la complexité du partage d'informations dans un contexte inter-organisationnel, impliquant de nombreuses instances de santé. La décision très hiérarchisée rallongeait les circuits impactant ainsi l'efficacité du partage des consignes et des décisions avec les acteurs opérationnels et, notamment les médecins urgentistes. Avec l'évolution de la crise, les instances supérieures étaient amenées à adapter les recommandations en fonction des retours des médecins. Cependant, certaines consignes arrivaient en retard par rapport au besoin ressenti sur le terrain du fait de trop temps passé dans les circuits ascendants et descendants.

« Parce qu'en fait l'ARS et la DGS s'adaptaient à ce qu'on leur racontait, nécessairement en retard, parce que le temps que l'info arrive chez eux, qu'ils réagissent, qu'ils pondent leur texte, qu'ils l'envoient au responsable des SAMU et que les SAMU fassent leur réunion entre eux et qu'ils décident de la diffuser au régulateur » (EN 0073 PJ).

Il en ressort de ces analyses que l'information est partagée par la voie orale ou écrite avec les médecins urgentistes, en temps réel (réunion en présentiel ou à distance) ou en temps différé (mails, logiciels métier). Les dispositifs numériques ont contribué au partage simple et rapide d'information. Les points organisés de façon régulière entre les médecins et leurs responsables ont été les temps d'échange réciproque d'informations. Ces moments contribuaient à informer, s'informer, questionner des pratiques médicales ou confronter des avis entre les acteurs. L'information descendait par la structure hiérarchique jusqu'aux médecins et parfois par de multiples canaux de partage. Ce travail pointe sur deux principales difficultés quant au partage d'informations avec les médecins urgentistes durant la période de crise : la redondance de l'information partagée et la circulation d'informations lente entre les différents niveaux hiérarchiques.

Ces résultats montrent un impact bifonctionnel de la structure organisationnelle du système de santé quant au partage et à la gestion d'informations. D'une part, la structure hiérarchique est une source d'informations fiables et pertinentes. Elle prend en charge la collecte, l'évaluation, le tri, la sélection et le traitement d'informations. Cependant, la complexité de cette structure peut également impacter le processus de partage d'information en ralentissant sa circulation à travers les niveaux hiérarchiques et multipliant les canaux de partage en temps de crise.

5. Conclusion et discussion

En contexte de crise Covid-19, nous nous sommes intéressées aux pratiques informationnelles des médecins urgentistes et au partage d'informations, en particulier. Notre étude empirique a été conduite postérieurement à la pre-

mière vague de la Covid-19 en France et dans le vif de la seconde vague. Les résultats présentés dans cet article élargissent des connaissances sur la façon dont les informations ont été partagées avec les médecins sur le plan organisationnel.

Ce travail affirme le rôle important endossé par la structure hiérarchique quant au déploiement des mesures organisationnelles et au partage d'informations facilitant la continuité de l'activité des médecins opérant sur le terrain en contexte de crise. Dans leur rôle de « communicant », les responsables directs des médecins urgentistes sont identifiés comme un nœud central du partage d'informations descendant (notamment, vers les médecins) et ascendant (vers les structures hiérarchiques plus hautes). Kurschat (2020) affirme que c'est un des rôles les plus importants du cadre dirigeant. De plus, le sens de l'écoute ressenti par les médecins urgentistes auprès de leur hiérarchie (les responsables du service) et les moments de partage d'informations collectifs sont considérés comme des éléments salutaires en période de crise.

Les résultats de notre étude montrent qu'au niveau opérationnel, dans lequel se situent les médecins urgentistes, aucune ou très peu de recherches d'informations est faite par eux-mêmes en contexte de crise. Les informations sont rassemblées et traitées par d'autres acteurs avant d'être partagées avec eux sous forme des directives, des recommandations, etc. Partagées par la voie orale ou écrite, elles passent par des multiples canaux au sein du service (partage intra-organisationnel) ou entre les organisations de santé (partage inter-organisationnel). Le partage oral des informations est particulièrement apprécié par les médecins urgentistes. Ce canal de partage leur permet d'aller plus loin : de discuter, de confronter des informations et des avis, de questionner leurs pratiques de travail. Notre travail met en évidence l'association de la structure hiérarchique à la confiance chez les médecins interviewés. D'ailleurs, la structure hiérarchique est perçue comme une source d'informations fiable par les médecins urgentistes. Ce lien fondé sur la confiance est un élément important du partage d'informations durant la crise, identifié dans d'autres travaux sur les pratiques informationnelles (Ibrahim et Allen 2012 ; Lezon-Rivière et Ihadjadene 2018 ; MacDonald 2011).

Les technologies de l'information et de la communication occupent une place importante dans le partage d'informations, permettant d'informer les médecins plus rapidement des changements et de l'évolution de la crise. Datta et al. (2020) constatent dans leur travail que les réseaux sociaux sont le canal principal de provenance de la désinformation. Dans notre étude, le réseau social WhatsApp est évoqué en lien avec les usages professionnels. L'apport de cette application perçu par les médecins urgentistes est un fonctionnement « en réseau » facilitant les contributions individuelles. Après la messagerie électronique, ce canal de partage est considéré comme pratique, simple et per-

mettant d'échanger très rapidement des informations médicales entre les pairs, avec les responsables, voire d'autres services de santé.

Deux problématiques ressortent quant au partage d'informations en période de crise : la redondance d'informations et leur transmission trop lente entre les institutions de santé. Réduire les flux informationnels en période de crise pourrait s'avérer contre-productif, avancent Datta et al. (2020). Alors, l'enjeu d'une gestion efficace des circuits et du partage d'informations est d'autant plus important dans la gestion de crise. Identifier les freins au partage efficace est un premier pas qui donnerait aux instances et acteurs de santé des pistes d'optimisation du partage inter-organisationnel. Une étude approfondie des rôles des institutions de santé dans le partage d'informations permettrait d'interroger leur « l'interopérabilité » (Couty 2004). Comprise comme la capacité à gérer et à coordonner les circuits informationnels, elle est considérée comme un facteur crucial de l'atténuation des impacts de cette dernière (Couty 2004). L'objectif serait d'identifier le périmètre d'action et de décision des organisations et acteurs de santé, ainsi que les voies les plus courtes de partage d'informations. De plus, cela contribuerait à diminuer les redondances et d'arriver à un partage plus efficace en temps de crise.

Cette étude est un premier travail exploratoire, comprenant certaines limites. Le partage d'informations est un concept qui s'est démarqué, bien qu'il n'ait pas été le focus principal de notre étude. Du fait de notre choix d'approche qualitative et de la taille réduite de l'échantillon, les résultats de cette étude ne tendent pas à représenter tous les médecins urgentistes des SAMU et encore moins ceux des services d'urgence hospitaliers. Cependant, ces premiers résultats ouvrent de nombreuses perspectives pour les travaux futurs. Une analyse des processus de partage et des circuits informationnels permettrait de compléter nos résultats. Il nous semble nécessaire d'élargir le groupe d'acteurs et le périmètre organisationnel de l'étude. Dans un premier temps cela pourrait se faire au niveau régional. Entre autres, l'objectif serait de proposer des solutions et méthodes de partage d'informations pouvant augmenter les capacités des acteurs de santé de gérer les crises et limiter leurs effets (Ibrahim et Allen 2012 ; Lezon-Rivière et Ihadjadene 2018).

6. Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude aux responsables du SAMU qui ont donné leur accord pour la réalisation de ce projet de recherche. Ils remercient chaleureusement tous les médecins et le personnel pour leur accueil convivial, leurs contributions et leur disponibilité durant une période d'activité intense.

Bibliographie

- Abarghaz, Châou. 2020. "L'accompagnement des professionnels de santé face à une crise sanitaire exceptionnelle : un enjeu managérial pour le Directeur des Soins." Dans *Mémoire d'École des hautes études en Santé publique*. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2020/ds/chaou_abarghaz.pdf.
- Aboueljinane, Lina. 2014. "Evaluation et amélioration des performances des Systèmes d'Aide Médicale Urgente : application au SAMU du département du Val de Marne." Thèse de doctorat, Ecole centrale Paris.
- Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). 2020. "Covid-19 : explications du Pr Pierre Carli sur l'organisation du SAMU pour faire face à l'épidémie." Vidéo YouTube, 20 avril 2020. https://www.youtube.com/watch?v=o_rVDAujZlw.
- Avanzi, Daniel da Silva, Anderson Foggiatto, Vanessa Aline dos Santos, Fernando Deschamps, and Eduardo de Freitas Rocha Loures. 2017. "A framework for interoperability assessment in crisis management." *Journal of Industrial Information Integration*, no. 5 : 26–38. <https://doi.org/10.1016/j.jii.2017.02.004>.
- Ayatollahi, Haleh, Peter A. Bath, and Steve Goodacre. 2013. "Information needs of clinicians and non-clinicians in the Emergency Department: a qualitative study." *Health Information and Libraries Journal* 30 (3) : 191–200. <https://doi.org/10.1111/hir.12019>.
- Baumard, Philippe. 2019. "Information Crises and Crisis Information." In *Encyclopedia of Library and Information Sciences*, edited by John D. McDonald and Michael Levine-Clark. New York: CRC Press.
- Blandin, James S., and Warren B. Brown. 1977. "Uncertainty and management's search for information." *IEEE Transactions on Engineering Management* EM-24 (4) : 114–19. <https://doi.org/10.1109/TEM.1977.6447255>.
- Booth, Christopher M., and Thomas E. Stewart. 2003. "Communication in the Toronto critical care community: important lessons learned during SARS." *Critical Care* 7 (6) : 405–06.
- Boumrar, Julie. 2010. "La crise : levier strategique d'apprentissage organisationnel." *Vie & sciences de l'entreprise* 185-186 (3) : 13–26. <https://doi.org/10.3917/vse.185.0013>.
- Combaltbert, Laurent. 2018. *Le management des situations de crise : Anticiper les risques et gérer les crises*. Paris : ESF éditeur.
- Coombs, Timothy, and Sherry Holladay. 2015. "CSR as crisis risk: expanding how we conceptualize the relationship." *Corporate Communications: An International Journal* 20 (2): 144–62. <https://doi.org/10.1108/CCIJ-10-2013-0078>.

- Couty, Edouard. 2004. *Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs des établissements de santé*. Ministère de la Santé et de la Protection sociale.
- Daei, Azra, Mohammad Reza Soleymani, Hasan Ashrafi-rizi, Ali Zargham-Boroujeni, and Roya Kelishadi. 2020. "Clinical information seeking behavior of physicians: A systematic review." *International Journal of Medical Informatics* 139 (104144) : 1–14.
- Datta, Rakesh, Arun Kumar Yadav, Anubhav Singh, Karuna Datta, and Ankur Bansal. 2020. "The infodemics of COVID-19 amongst healthcare professionals in India." *Medical Journal Armed Forces India* 76 (3) : 276–83. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.05.009>.
- Dervin, Brenda, Lois Foreman-Wernet, and Eric Lauterbach. 2003. *Sense-Making Methodology Reader: selected writings of Brenda Dervin*. New York: Hampton Press, Inc.
- Dictionnaire de l'Académie nationale de médecine (en ligne). n.d. "Urgence." Consulté le 26 septembre 2022. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=urgence>.
- Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS). 2019. *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Fédération Hospitalière de France (FHF). 2015. "Les métier médicaux : médecin." https://www.hopital.fr/Nos-metiers/Les-metiers_medicau/Medecin.
- Fidel, Raya, Annelise Mark Pejtersen, Bryan Cleal, and Harry Bruce. 2004. "A multidimensional approach to the study of human-information interaction: A case study of collaborative information retrieval." *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 55 (11) : 939–53. <https://doi.org/10.1002/asi.20041>.
- Grant, Tim, and Gijs van den Heuvel. 2010. "Modelling the Information Sharing Process in Military Coalitions: A work in progress." In *7th International ISCRAM Conference, Seattle, USA*.
- Guillemette, François, et Jason Luckerhoff. 2012. *Méthodologie de la théorisation enracinée : fondements, procédures et usages*. Presses de l'Université du Québec.
- Hagar, Christine. 2012. *Crisis information management : communication and technologies*. Oxford, UK : Chandos Pub.

- Hamelin, Pierre-Luc, et Jean-Jacques Arzalier. 2018. "Risques de la régulation médicale en médecine d'urgence. Analyse des dossiers de plaintes de la permanence des soins ambulatoire au SAMU du Var." *Médecine & Droit*, no. 149 : 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2017.09.003>.
- Haute autorité de santé (HAS). 2011. *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale*. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé.
- Ibrahim, Nurain Hassan, and David Allen. 2012. "Information sharing and trust during major incidents: Findings from the oil industry." *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 63 (10) : 1916–28. <https://doi.org/10.1002/asi.22676>.
- Kosteniuk, Julie G., Debra G. Morgan, and Carl K. D'Arcy. 2013. "Use and perceptions of information among family physicians: sources considered accessible, relevant, and reliable." *Journal of the Medical Library Association* 101 (1) : 32–7.
- Krakowska, Monika. 2020. "Information behavior in crisis situations." *Zagadnienia Informacji Naukowej - Studia Informacyjne* 58 (2A(116A)) : 61–85.
- Kurschat, Catherine. 2020. "Crise sanitaire 2020 : Entre Sens et Résilience organisationnelle, le cœur d'une équipe de soins." *Projectics / Proyéctica / Projectique*, no. Hors Série(HS) : 11–32. <https://doi.org/10.3917/proj.hs01.0011>.
- Larousse en ligne, n. d. "Organisation." Consulté le 25 septembre 2022. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421>.
- Lefèbvre, Brice. 2020. "La communication publique en période de crise : Analyse comparative des discours institutionnels belges, français et canadiens durant la crise du coronavirus." Mémoire de Master, Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain.
- Lezon Rivière, Anna, and Madjid Ihadjadene. 2018. "Trust and Information Behavior of French Air Force Flight Nurses." In *Confidence and Legitimacy in Health Information and Communication*, edited by Céline Paganelli, 87–105. London : ISTE Editions. <https://doi.org/10.1002/9781119549741.ch5>.
- MacDonald, Jacqueline M. 2011. "The Information Sharing Behaviour of Health Service Managers: a three-part study." PhD Thesis, The University of Sheffield, Information School.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2018. "Communication du risque pendant les urgences sanitaires." [Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice]. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2020. "Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation." <https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>.
- Piaud, Cédric. 2012. "La circulation interne de l'information dans les ARS. Un enjeu à ne pas sous-estimer pour un chargé de projet : l'exemple de l'ARS Bretagne." Mémoire de master, EHESP, SciencesPo Rennes.
- Reddy, Madhu C., and Bernard J. Jansen. 2008. "A model for understanding collaborative information behavior in context: A study of two healthcare teams." *Information Processing & Management* 44 (1) : 256-73.
- Reeder, Blaine, Debra Revere, Rebecca A. Hills, Janet G. Baseman, and William B. Lober. 2012. "Public Health Practice within a Health Information Exchange: Information Needs and Barriers to Disease Surveillance." *Online Journal of Public Health Informatics* 4 (3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615831/>.
- Savolainen, Reijo. 2017. "Information sharing and knowledge sharing as communicative activities." *Information Research: An International Electronic Journal* 22 (3). <http://informationr.net/ir/22-3/paper767.html>.
- Sedlár, Martin. 2017. "Situation Assessment and Decision Making Strategies of Emergency Medical Services Physicians in Routine and Non-Routine Situations." *Studia Psychologica* 59 (2) : 127-38. <https://doi.org/10.21909/sp.2017.02.735>.
- Samu-urgences de France (SUdF) et Société française de médecine d'urgence (SFMU). 2013. "SMUR : Référentiel et guide d'évaluation. Samu-Urgences de France (SUdF)."
- Sonnenwald, Diane H. 2006. "Challenges in sharing information effectively: examples from command and control." *Information Research* 11 (4). <http://informationr.net/ir/11-4/paper270.html>.
- Talja, Sanna, and Preben Hansen. 2006. "Information Sharing." In *New Directions in Human Information Behavior (Information Science and Knowledge Management)*, edited by Amanda Spink and Charles Cole, 113-34. Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/1-4020-3670-1_7.
- Telion, Caroline, Jean Sébastien Marx, C. Dautreppe, et Pierre A. Carli. 2020. "Retour d'expérience sur la régulation au Samu de Paris pendant la crise de Covid-19." *Annales françaises de médecine d'urgence* 10 (4-5) : 202-11. <https://doi.org/10.3166/afmu-2020-0281>.

- Villeneuve, Lucie. 2007. "La circulation de l'information clinique dans un réseau de services intégrés : des facteurs d'adoption et de résistance à l'implantation d'un système informatisé." Mémoire de master, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, l'Université Laval.
- Wilson, Tom D., Nigel Ford, David Ellis, and Allen Foster. 2002. "Information seeking and mediated searching: Part 2. Uncertainty and its correlates." *Journal of the American Society for Information Science and Technology* 53 (9) : 704–15. <https://doi.org/10.1002/asi.10082>.
- Zeinali, Vahideh, Hamid R. Jamali, and Mahtab S. Mahdavi. 2014. "Triggers and barriers of collaborative information behavior (CIB) among physicians: a qualitative study." In *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries International Conference (QQML2014)*, Istanbul, Turkey.