



La proximité comme perception de la distance. Le cas de la télémedecine

Damien Talbot, Sandra Charreire Petit, Alexis Pokrovsky

► To cite this version:

Damien Talbot, Sandra Charreire Petit, Alexis Pokrovsky. La proximité comme perception de la distance. Le cas de la télémedecine. *Revue Française de Gestion*, 2020, 46 (289), pp.51-74. 10.3166/rfg.2020.00439 . hal-03016674

HAL Id: hal-03016674

<https://hal.science/hal-03016674>

Submitted on 15 Oct 2021

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

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

La proximité comme perception de la distance : le cas de la télémedecine.

Damien Talbot

Université Clermont Auvergne – IAE Clermont Auvergne
CleRMA
F-63000 Clermont–Ferrand, France.

Sandra Charreire Petit

Université Paris-Saclay, Réseaux Innovation Territoires et Mondialisation,
92330, Sceaux, France.

Alexis Pokrovsky

Le CNAM, LIRSA (EA 4603)

Dans *Revue française de gestion*, 2020, vol. 46, n°289, pp. 51-74

DOI : 10.3166/rfg.2020.00439

Résumé : La proximité se définit par diverses dimensions mesurables objectivement. Or l'Ecole de la Proximité insiste, dès sa création, sur l'aspect subjectif de la proximité, aspect pourtant progressivement délaissé au fil des travaux. Cet article réinterroge précisément ce versant subjectif de la proximité. Pour ce faire, nous nous appuyons sur une analyse qualitative, fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs impliqués dans cinq projets de télémedecine de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Au plan théorique, nos résultats montrent qu'une part subjective de la proximité s'exprime dans toutes les dimensions jusque-là recensées et qu'elle revêt, en outre, un caractère ambivalent. La dimension subjective, combinée à l'ambivalence, génèrent un sentiment « global » de proximité. Nous défendons ainsi une définition « au singulier » de la proximité et non plus des proximités.

Mots-clés : proximités, dimension subjective, télémedecine.

Introduction

La France s'est récemment dotée d'un programme national de télémédecine, comprise comme un outil de médiation permettant de gérer la distance entre le patient, un généraliste et un ou plusieurs spécialistes, à travers un dispositif technique. La mission de ce programme national, qui rassemble et agence différents dispositifs de e-santé, est de favoriser l'accès à des soins de qualité dans des territoires éloignés géographiquement, tout en garantissant une égalité sur le territoire national à l'horizon 2020 dans un objectif de maîtrise, voire de réductions des coûts. La télémédecine est alors entendue comme un artefact interactionnel (Nicolini, 2006, 2007 ; Mathieu-Fritz et Esterle, 2013), permettant de se libérer de la contrainte de proximité géographique grâce à l'utilisation de technologies de l'information (Ologeanu-Taddei, Paré, 2017). Pour ce faire, cet artefact produit des situations de coprésence à distance, relativement similaires aux interactions en face à face, entre un médecin et son patient. Ainsi la promesse de la télémédecine se matérialise, pour les décideurs publics, comme un moyen de résoudre la question des déserts médicaux en créant une nouvelle forme de proximité entre patients et médecins *via* la mise en place de systèmes d'information supposés effacer les distances. Cette promesse paraît d'autant plus tangible que toute action publique favorisant la notion de proximité reçoit généralement un accueil favorable parce que la proximité est positivement connotée, comme le montrent les expressions « management de proximité », de « police de proximité », de « justice de proximité » ou le fait de se déclarer « être proches de ses concitoyens » lorsqu'on est un élu.

Cependant, en dépit de ces *a priori* positifs, de nombreuses questions relatives à l'adoption et l'usage de dispositifs de télémédecine, supposés libérer les acteurs de la contrainte de proximité, se font jour. En effet, certains experts relativisent l'idée que cet artefact communicationnel ne va pas changer la nature de la pratique médicale, tout au plus diminuer certaines fonctionnalités à la façon d'un mode « low cost », tandis que s'érode la vision d'un déploiement rapide et fluide de la télémédecine, notamment en raison des craintes éprouvées par les professionnels de santé ainsi que par les patients (Dumez et al., 2015 ; Dumez et Minvielle, 2017 ; Gaglio et Mathieu-Fritz, 2018). Leur principal argument est le suivant : les changements induits par la technologie et les systèmes d'information dans le champ de la télémédecine conduiraient à la disparition de la relation de proximité qui existe entre le patient et son médecin, reposant sur une coprésence physique. Ces changements s'inscriraient alors dans un mouvement plus large de dématérialisation des actes par une accentuation des distances, entraînant une déshumanisation de la médecine. Il apparaît donc que les perceptions portées par chacun quant aux dispositifs de télémédecine s'opposent : pour les uns, ils créent une proximité, pour les autres, ils créent une distance.

L'objectif de l'article est de répondre à ces interrogations issues du terrain, en traitant de la question de la proximité *vs* distance, telles que ces notions sont vécues par les acteurs. Au-delà, l'objectif théorique est de prolonger le débat sur les proximités engagé au sein de deux numéros spéciaux de la Revue française de gestion (2008, 2011).

Dans cet article, nous mobilisons les travaux de l'Ecole de la Proximité. Ce courant a d'ailleurs déjà été utilisé pour analyser la manière avec laquelle les opérateurs de téléassistance font évoluer leur offre pour s'adapter aux nouveaux usages de ces dispositifs par Raulet-Croset et al. (2010). Il regroupe, depuis près de 25 ans, des chercheurs d'horizons différents. Ils étudient les effets (positifs et négatifs) produits par les diverses dimensions de la proximité sur les interactions entre individus et entre organisations (Torre et Talbot, 2018). La proximité, dans ces diverses dimensions, exprime ainsi une réponse au problème de la distance et de la séparation que rencontrent les acteurs dans leurs activités en général. En d'autres termes, la distance doit alors être gérée grâce à diverses modalités, dont l'une d'elles

est la proximité (Lussault, 2007). Ainsi, le développement des TIC permet de s'affranchir au moins temporairement des contraintes de proximité géographique, les interactions en face à face étant remplacées par des interactions médiatisées par des outils de communications. S'offrent alors aux acteurs distants de nouvelles possibilités d'interactions (Torre, 2008). Pour autant, c'est d'abord la dimension objective de la proximité qui a été étudiée, tandis que la subjectivité qu'elle peut renfermer reste un angle mort que cet article s'attachera à combler. Notre problématique est formulée de la manière suivante : Comment la dimension subjective de la proximité se révèle-t-elle à travers l'usage de dispositifs de télémédecine supposés effacer la distance ?

Sur le plan empirique, nous nous sommes intéressés aux dispositifs de télémédecine déployés ou en cours de déploiement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. La position géographique des principales métropoles, comme Clermont-Ferrand, entourées de vastes zones rurales enclavées, comme le Massif Central, nous a paru singulièrement propice à l'étude des questions de distance dans l'usage des dispositifs de télémédecine. A cette fin, nous avons conduit une étude qualitative de nature exploratoire centrée sur ce terrain.

Notre article s'organise de la façon suivante : dans une première partie, nous présentons les différentes dimensions de la proximité ainsi que le cadre conceptuel retenu. Dans une deuxième partie, nous indiquons quel est le contexte empirique de l'étude et précisons notre démarche méthodologique qualitative. La troisième partie est, quant à elle, est consacrée à la discussion et à l'analyse de nos résultats.

1. L'Ecole de la Proximité

L'Ecole de la Proximité s'appuie sur une conception de l'espace renouvelée, qui n'est plus simplement entendu comme seulement générateur de coûts, mais aussi comme un offreur de ressources. Pour ce faire, elle déploie une grille analytique, une « grammaire », qui donne à voir ce qui relie les acteurs (Torre et Talbot, 2018).

1.1. Les dimensions de la proximité

L'Ecole de la Proximité s'est construite, en France, au milieu des années quatre-vingt-dix et s'est donnée pour premier objectif d'intégrer le rôle de l'espace dans l'analyse économique. Il ne s'agit plus de concevoir l'espace comme un obstacle qu'il faut franchir, un coût lié à la distance ou au foncier comme en économie spatiale traditionnelle, mais bien comme un système de relations économiques (Cariou, Ferru et Rallet, 2018). L'analyse se déplace alors, ne se focalisant plus sur ce qui sépare mais sur ce qui associe. A l'espace générateur de coûts qui limitent les coordinations, s'ajoute donc une conception d'un espace offreur de ressources auxquelles les proximités donnent accès.

Ce courant pense l'espace à la fois d'un point de vue géographique et social (Bellet et al., 1993) et postule que la localisation dans un espace donné est de nature à renforcer et/ou à détruire les interactions entre acteurs (Gilly et Torre, 2000 ; Pecqueur et Zimmermann, 2004). En outre, afin que de la dimension géographique ne reste pas « un impensé de la gestion » (Lauriol et al, 2008, p. 92), l'Ecole de la Proximité a connu divers développements en sciences de gestion (Adam-Ledunois et Renault (2008) ; Lauriol et al. (2008) ; Loilier, (2010) ; Gomez et al. (2011) ; Talbot (2013)), tandis qu'une Ecole hollandaise émergeait simultanément (Boschma, 2005 ; Boschma et Iammarino, 2009 ; Boschma et Frenken, 2010).

Deux grandes dimensions sont traditionnellement associées à la proximité : géographique et non géographique. De façon intuitive, la proximité géographique réunit des agents partageant

un même espace géographique. S'ajoute le fait que l'acteur est présent à la fois « ici et ailleurs » (Rallet et Torre, 2007) : chacun en a fait l'expérience, on peut être « proche » de quelqu'un tout en étant éloigné géographiquement. La proximité dispose ainsi d'une dimension non géographique. Le nombre et la nature des dimensions non géographiques varient selon les auteurs. L'Ecole française (par exemple Gilly et Torre, (2000) ; Pecqueur et Zimmermann, (2004) ; Torre et Rallet (2005) ; Talbot et Kirat, (2005) ; Bouba-Olga et Grossetti (2008)) s'est principalement centrée sur la nécessité de distinguer ou non proximité organisationnelle et proximité institutionnelle. Sur la base de ces travaux, l'Ecole hollandaise distingue avec Boschma (2005) quatre types de proximité non géographique : 1) la proximité cognitive s'entend comme le fait d'avoir des connaissances similaires et complémentaires (Capello, 2014 ; Davids et Frenken, 2018) qu'il est possible de mesurer objectivement par la similarité des classes de brevets détenus par des firmes (Broekel et Boschma, 2012 ; Hautala, 2011) ; 2) l'appartenance à une même organisation (Kirat et Lung, 1999) s'évalue quant elle objectivement et simplement par le fait d'appartenir ou non à une même organisation (Levy et Talbot, 2015) ; 3) la proximité institutionnelle concerne le partage de diverses institutions plus ou moins formelles et suppose le respect des lois, des règles, des coutumes, des valeurs, etc. (Gilly et Torre, 2000 ; Talbot, 2008) ; 4) la proximité sociale mesure l'appartenance des individus à un même réseau social au sens de Granovetter (1985) et peut s'évaluer par la position des individus dans un réseau (Vicente, Balland et Brossard, 2011). La classification de la proximité réalisée par Boschma (une géographique et quatre non géographiques) est ainsi complète et s'avère très opérationnelle.

Ces diverses formes de proximité se combinent les unes aux autres (Boschma et Frenken, 2010). Si l'amitié se renforce au fil de fréquentes rencontres, alors la proximité géographique entre deux individus nourrit leur proximité sociale (Grossetti, 2008). Les proximités peuvent aussi se compenser, comme dans le cas de firmes multinationales où le fait d'appartenir à une même organisation compense la dispersion spatiale des sites (Talbot, 2013). Les proximités peuvent en outre se détruire, à l'instar des conflits d'usage de l'espace mettant fin à des projets collectifs (Kirat et Torre, 2008). Des effets négatifs d'une proximité très forte - devenue trop forte - ont aussi été mis en évidence par Boschma (2005) et travaillés ensuite sous la forme d'un « paradoxe de la proximité » par Broekel et Boschma (2012) et Cassi et Plunket (2014), en se basant sur les travaux de Nooteboom et al. (2007).

Enfin, les proximités sont des potentiels qui n'impliquent pas automatiquement qu'une interaction entre deux acteurs proches émerge : citons le cas d'entreprises localisées dans une même zone d'activité n'entretenant aucune relation économique ou deux anciens de la même université n'ayant plus aucune relation (Pecqueur et Zimmerman, 2004). En ce sens, elles doivent être « activées » par un projet commun aux acteurs, nécessitant des interactions entre eux.

1.2. La proximité subjective : un angle mort

Deux numéros spéciaux de la Revue française de gestion parus en 2008 (coordonné par J. Lauriol, V. Perret et F. Tannery) et en 2011 (coordonné par P.Y. Gomez, A. Rousseau et I. Vandangeon-Derumez) ont contribué à la stabilisation du cadre théorique que nous venons de présenter. Toutefois, Torre et Talbot (2018) constatent qu'il subsiste encore quelques « angles morts », concernant notamment une lecture subjective de la proximité. De même, Cariou, Ferru et Rallet (2018 : 1124) soulignent que *« l'analyse des proximités a été très vite confrontée à la prise en compte de leur dimension subjective. Ainsi la proximité géographique ne se réduit pas à une distance géographique. La perception de cette distance importe. Les travaux initiaux sur la proximité traitaient ce point. Mais cette perspective a progressivement*

disparu de nombreux travaux empiriques. Nous suggérons la réintroduction de cette dimension ».

Il s'agit, pour nous, de contribuer à cette réintroduction. Notre recherche s'inscrit en outre dans le tournant cognitif que connaissent les sciences sociales, visant dorénavant à intégrer le rôle des perceptions dans ses analyses. Ouvrir la boîte noire du versant subjectif de la proximité suppose de se pencher empiriquement sur la perception portée par les acteurs sur la distance qui les sépare. Pour ce faire, nous choisissons d'étudier la télémédecine qui interroge très directement la relation de proximité entre un patient et son médecin. Cette relation, appelée colloque singulier dans le monde médical, est fondamentalement construite depuis le début de l'histoire de la médecine par le face à face physique entre le soignant et le soigné. Or la télémédecine est venue modifier en profondeur une pratique médicale adossée traditionnellement à une forte proximité géographique, en instaurant une distance géographique que vient compenser le dispositif technique.

Le cadre conceptuel retenu pour interroger ce cas prend appui sur la classification de Boschma (2005). Trois raisons principales fondent notre choix : la précision de la classification et le travail de définition claire de chacune des dimensions de la proximité, sa grande complétude par rapport à d'autres classifications ou conceptualisations et, enfin, son utilisation très large dans les recherches empiriques en raison de son opérationnalité.

2. L'étude de cas : la télémédecine en région Auvergne-Rhône-Alpes

Nous présentons notre étude de terrain puis la méthodologie adoptée.

2.1. Des expériences de télémédecine variées en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Notre étude terrain est constituée d'un réseau d'acteurs couvrant la mise en place de solutions de télémédecine dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. La télémédecine y est appréhendée comme la continuation de la pratique médicale, avec une variation de la distance géographique. L'intérêt de ce terrain est double : tout d'abord il s'inscrit dans un contexte où les attentes sont fortes en matière de télémédecine, compte tenu de l'enclavement géographique de certains territoires (en particulier dans le Massif Central). Ensuite, il s'appuie sur des expériences concrètes de télémédecine, menées en particulier dans le traitement de cancers ou de pathologies chroniques (comme le diabète). Dans ce contexte, les dispositifs technologiques déployés sont particulièrement complexes et dépassent souvent la simple mise en contact par télécommunication. De plus, ces projets de télémédecine sont coordonnés en réseaux, à l'échelle d'un territoire, avec le soutien de l'ARS (Agence Régionale de Santé). Ce pilotage en réseau intègre des centres hospitaliers, des services de HAD (Hospitalisation à Domicile), mais aussi des entreprises ou start-ups fournissant des solutions techniques ainsi que des dispositifs déjà déployés ou encore en phase de déploiement. Ce terrain nous permet donc d'apprécier dans quelle(s) mesure(s) des dispositifs qui effacent la distance apportent une réponse satisfaisante à la promesse de proximité.

Cette recherche qualitative explore les perceptions qu'ont les acteurs de la télémédecine, à l'aide des cinq dimensions de la proximité au sens de Boschma (2005). Le terrain est ici restitué à l'aide de deux formats : premièrement, sous la forme d'encadrés présentant les différentes organisations impliquées et les expériences de télémédecine au sein de l'écosystème de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Si la majorité de nos interviewés sont issus de ces organisations, une partie d'entre eux sont membres d'autres institutions comme le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Clermont-Ferrand ; deuxièmement, sous

la forme de verbatim reprenant, au sein d'une matrice, les différentes dimensions de la proximité géographique et non géographique (organisationnelle, institutionnelle, cognitive, sociale) (cf. section 2.2 *infra*). Nous débutons par les encadrés.

Encadré 1 : I-Care ou le cluster Health Technology

Structure : initié par la région Rhône-Alpes en 2009 (avant sa fusion avec la région Auvergne opérée en 2015), ce cluster accompagne tous les acteurs de l'écosystème santé du territoire régional porteurs de projets innovants.

Projet télémedecine : au sein de la pépinière d'innovations Pascaline, pilotée par l'ARS Rhône-Alpes, I-Care héberge le projet Adel Patients qui permet la télésurveillance des patients apnéiques.

Expériences : l'expérience de I-Care comme cluster de développement régional dédié aux innovations dans le domaine de la santé lui confère une position centrale dans la mise en relation des différents porteurs de projets avec les ressources disponibles sur le territoire (à titre d'exemple les financements européens pour le développement de la santé personnalisée). Plus récemment, I-Care a développé une expertise de suivi des projets médicaux sous « living lab » dans l'optique de faire émerger les modèles économiques viables par le processus de co-construction entre les différentes parties prenantes.

Encadré 2 : Calydial ou l'accompagnement santé éducatif de pathologies rénales

Structure : établissement de santé rénale à but non lucratif (ESPIC) basé sur le territoire sud lyonnais.

Projet télémedecine : Calydial propose un télé-accompagnement et des téléconsultations, un programme d'éducation thérapeutique ou télé-expertise, en complément des modalités de dialyse sur site ou à domicile.

Expériences : Calydial a acquis une expérience de plus de 10 ans sur les innovations en matière de suivi à distance, en initiant le lancement d'un stylo de diagnostic communiquant pour le télésuivi de patients pris en charge en dialyse péritonéale en 2006. Les deux axes majeurs des innovations concernent :

- la télé-expertise ou téléconsultation avec la mise en place en 2010 d'une unité de dialyse télésurveillée à Pierre-Bénite (sur le site du Centre Hospitalier Lyon Sud) permettant aux patients en hémodialyse d'effectuer des téléconsultations avec leur médecin néphrologue en visioconférence sécurisée. En outre, la possibilité est offerte aux les infirmières d'être immédiatement mises en relation avec le médecin néphrologue par téléassistance en cas d'incident en séance de dialyse ;
- le télésuivi à domicile pour les patients en insuffisance rénale chronique qui peuvent ainsi remonter les données et engager un dialogue avec l'infirmier ou le médecin. A la première version développée sous PC s'est substituée une version mobile sur tablette ou smartphone Android. Ce dernier projet a été hébergé chez I-Care.

Encadré 3 : Be Patient ou la plateforme de suivi de pathologies orientée patients

Structure : entreprise privée / start-up de 40 salariés.

Projet télémedecine : création d'une plateforme et proposition de 20 modèles de suivi des patients en télésuivi ou téléassistance. La plateforme est adaptable aux besoins des clients situés dans toute l'Europe.

Expériences : BePatient relie les demandes de multiples parties prenantes à travers la gestion des données sur leurs plateformes technologiques : les associations de patient / les systèmes hospitaliers pour la téléconsultation / le financement ou l'économie des modèles d'affaires / les fournisseurs de dispositifs de mesure connectés (poids, tension, ...). Ainsi Be Patient se positionne comme l'interlocuteur central pour la gestion des données de ces différentes parties prenantes, tout en expérimentant en amont les modalités de prise en charge des frais de télémedecine (que ce soit par l'assurance maladie en France qui a mis en place un forfait de remboursement ou dans un pays étranger, *via* une compagnie d'assurance pour le suivi de la chirurgie bariatrique). Dans cette

perspective, BePatient a signé un partenariat avec Analgesia, institut français de coordination des actions contre la douleur, basé à Clermont Ferrand.

Encadré 4 : la téléconsultation oncogénétique du Centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin (CLCC JP)

Structure : service d'oncogénétique du Centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin (ESPIC).

Projet télémedecine : mise en place de téléconsultations régulières entre Aurillac et Clermont Ferrand pour la consultation à distance.

Expériences : elle concerne en premier lieu la gestion de la distance au cœur d'une région montagneuse. La zone d'exercice du service couvre un vaste territoire et de nombreux consultants vivent dans des zones enclavées. En second lieu, les acteurs impliqués dans ce service ont en commun une expérience dans la création progressive d'un savoir-faire technologique autour du génome et de la constitution d'une base de données génétique recensant toutes les familles concernées dans le territoire. Les processus de certification qualité ont permis d'affirmer une base de connaissance commune non plus tacite mais formelle.

Encadré 5 : HAD Clinidom ou l'assistance à domicile post-séjour hospitalier

Structure : Clinidom (groupe Korian) bénéficie d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile délivrée par l'ARS en 2007. Elle est certifiée par la Haute Autorité de Santé depuis 2016 et a signé un partenariat avec le CLCC Jean Perrin pour le suivi en Hospitalisation à Domicile (HAD) de ses patients.

Projet télémedecine : la mission de Clinidom est d'assurer un ensemble de services de santé à proximité des lieux de vie des patients. Ainsi, les infirmiers et les médecins visitent régulièrement les patients à leur domicile et fournissent des soins ou de l'assistance.

Expériences : à ce titre Clinidom possède une longue expérience de la médecine à distance, portant sur les pathologies les plus diverses. Clinidom déploie de manière régulière un ensemble de dispositifs médicaux chez les patients, permettant les échanges avec l'équipe médicale (téléassistance, télésurveillance, etc.) et est ainsi au cœur de l'appropriation des technologies par l'ensemble des acteurs du parcours de santé hors milieu hospitalier.

2.2. Recueil et traitement des données

La méthode déployée pour obtenir une compréhension du phénomène étudié (recueil et traitement) est ici qualitative. Le matériau est constitué de 28 entretiens semi-directifs avec les parties prenantes impliquées dans les différents projets de télémedecine (médecins, dirigeants de structures hospitalo-universitaires, d'associations, cadres infirmiers, représentants d'associations professionnelles, etc.). Le tableau 1 ci-dessous dresse la liste des acteurs interrogés, en précisant leurs fonctions, les organisations dont ils sont issus, ainsi que les dates et durée des entretiens. La logique d'échantillonnage n'a pas été guidée par la capacité d'un répondant à représenter totalement ou partiellement l'organisation dont il est issu. Elle a été orientée par la capacité de ce répondant à représenter, de manière emblématique, une des expériences de télémedecine retenues. A titre d'exemple, pour la start-up Be Patient (encadré 3 ci-dessus), qui ne compte qu'un très petit nombre de salariés, nous avons interviewé le Business Developer. Son regard sur les relations entre patients et médecins à travers les expériences commerciales de la start-up qu'il maîtrisait toutes nous a convaincus qu'il était le plus pertinent à interroger.

Tableau 1 : liste des entretiens

Référence entretien	Fonction du répondant	Organisation	Auteur 1	Auteur 2	Auteur 3	Date	Durée (min)
ENT 1	Pr Cancérologie CHU	CHU		X	X	03/07/2017	36'
ENT 2	Imageur CJP	CLCC JP	X		X	03/07/2017	61'
ENT 3	Radiologue CJP	CLCC JP			X	03/07/2017	29'
ENT 4	Responsable laboratoire oncogénétique	CLCC JP		X		03/07/2017	36'
ENT 5	Responsable formation continue	CLCC JP		X		03/07/2017	39'
ENT 6	Responsable qualité	CLCC JP		X		03/07/2017	37'
ENT 7	Administrateur Ligue contre le Cancer	CLCC JP	X			04/07/2017	49'
ENT 8	Cadre de santé HAD	Clinidom	X			04/07/2017	52'
ENT 9	Pharmacien gérant	CLCC JP		X		04/07/2017	43'
ENT 10	Dr Onco Génétique	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	50'
ENT 11	Dr Onco Génétique	CLCC JP	X	X	X	05/05/2017	50'
ENT 12	Responsable qualité laboratoire	CLCC JP		X		04/07/2017	36'
ENT 13	Directeur HAD Clinidom	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	103'
ENT 14	Infirmière coordinatrice HAD Clinidom	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
ENT 15	Coordinateur Oncovergne	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
ENT 16	Ingénieur projet réseau Oncovergne	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
ENT 17	Assistante médicale	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
ENT 18	Médecin nucléaire	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
ENT 19	Radiothérapie	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	19'
ENT 20	Directeur réseau CLARA	I-Care / Caly dial	X		X	04/07/2017	35'
ENT 21	Chef de projet réseau CLARA	I-Care / Caly dial	X		X	04/07/2017	47'
ENT 22	Directeur cluster	I-Care		X	X	09/02/2018	69'
ENT 23	Chef de projet télémedecine	Caly dial		X	X	09/02/2018	66'
ENT 24	Chef de projet	Caly dial		X	X	09/02/2018	72'
ENT 25	Business Developer	BePatient	X	X		05/06/2018	
ENT 26	Directrice CLCC JP	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	
ENT 27	Gestionnaire CLCC JP	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	49'
ENT 28	Gestionnaire CLCC JP	CLCC JP	X	X	X	05/05/2017	35'

Source : auteurs

S'ajoutent au matériau des retranscriptions intégrales des interviews enregistrées entre février et mars 2018, ainsi qu'une analyse qualitative. Un guide d'entretien a ainsi été préparé de manière à recueillir sous une même forme un matériau comparable ensuite par les auteurs. Ce guide visait principalement à comprendre la pratique réelle des dispositifs de télémedecine correspondant aux discours des acteurs, et à recueillir la perception des dispositifs par les

différentes parties prenantes.

Ce matériau a été, dans un premier temps, lu et relu dans sa globalité par les auteurs. Tous les auteurs n'ont pas participé ensemble à tous les entretiens. Cette prise de contact avec le matériau global nous est apparue pertinente pour révéler ce qu'il y avait de surprenant, de semblable et de différent, et – autant que faire se peut – indépendamment du cadrage conceptuel choisi pour aborder la question à traiter. C'est ce que Dumez (2013, p. 69) appelle « l'attention flottante » qui permet de contrôler le risque d'un raisonnement circulaire. En effet, partir avec un cadre théorique seulement pour « faire parler les données » revient à prendre le risque de retrouver forcément les éléments constitutifs de ce cadre (risque de circularité). Il convient donc que le cadre guide le chercheur, mais sans l'enfermer dans un raisonnement tautologique qui le conduirait à voir la théorie retenue partout. Utiliser un cadre théorique sans toutefois se contenter de plaquer ce cadre a constitué un objet d'attention permanent au cours de la phase terrain. Le fait d'être plusieurs à recueillir le matériau, de l'avoir recueilli partiellement chacun, de nous en être tous imprégnés en totalité, et d'avoir pris le temps d'échanger sur nos impressions globales, a constitué, selon nous, un moyen utile de nous prévenir de ce risque de circularité. En d'autres termes, nous nous sommes donné la possibilité d'ajouter d'autres outils (conceptuels, notamment) dans la boîte à outils théoriques dont nous nous sommes munis au départ pour aller explorer dans quelle(s) mesure(s) un dispositif de télémédecine est une réponse aux problèmes de la distance.

Nous avons opté pour un repérage dans notre matériau des catégories de Boschma (2005), couplé plus largement avec ce que nous avons retenu pour notre appareil conceptuel à l'issue de la revue de littérature. La grille de codage, visible à travers les matrices de la partie 3 (pages suivantes), a constitué un véritable support de dialogue entre nous, nous assurant d'une bonne validité de nos construits, au sens de Yin (2017). Cette démarche nous a permis, d'une part, de réduire une grande quantité de données en un petit nombre d'unités d'analyse et, d'autre part, de nous aider à analyser le matériau obtenu au fur et à mesure du recueil, permettant ainsi le centrage des recueils ultérieurs. L'objectif premier fut de repérer les différentes formes de proximités et de les illustrer. Cela a permis de faire émerger un résultat empirique nouveau pour l'Ecole de la Proximité : la part subjective de chacune des dimensions de la proximité considérée a pu être révélée.

Nous avons ainsi codé et nommé les catégories identifiées. Plusieurs codages intermédiaires ont été réalisés. Nous avons procédé chacun de notre côté, avant de confronter entre nous les traitements réservés au matériau global. Il est apparu d'emblée que, si de nombreux verbatim étaient codés de manière identique c'est-à-dire au fond, désignés avec les mêmes étiquettes, d'autres verbatim – assez nombreux également – n'avaient, soit pas été retenus par l'ensemble des chercheurs-codeurs, soit n'étaient pas affectés à une même signification par ces chercheurs-codeurs. Un long travail d'analyse croisée, en profondeur, et « à la main » a alors commencé. Nous avons cherché à la fois à identifier les perceptions, à les qualifier, tout en étant attentifs au « qui perçoit quoi » dans nos données. Nous avons porté une attention toute particulière aux verbatim susceptibles d'avoir un sens au sein de plusieurs catégories.

Peu à peu, une idée centrale particulièrement intéressante s'est dégagée : une expression subjective de la proximité était très présente. Mais cette expression subjective ne constituait pas, comme nous aurions pu nous y attendre, une catégorie à part entière, indépendamment des autres catégories déjà identifiées par la littérature. En réalité, cette expression subjective de la proximité se trouvait déclinée au sein de chacune des formes canoniques de la proximité jusqu'ici identifiées.

3. Résultats empiriques

Pour rappel, la question que nous adressons au terrain est la suivante : Comment la dimension subjective de la proximité se révèle-t-elle à travers l'usage de dispositifs de télémédecine supposés effacer la distance ?

Nous présentons nos résultats empiriques sous la forme du tableau 2 ci-dessous, comprenant une sélection de verbatim pour chacune des dimensions de la proximité proposées par Boschma (2005). Afin d'illustrer comment cette forme subjective nous est apparue, nous proposons des commentaires en italique dans le tableau 2. Ils viennent compléter les commentaires sur le sens que nous donnons aux verbatim, relativement aux catégories de Boschma (2005). Il est apparu, à la lecture - et à la relecture - du matériau, qu'une forme de proximité subjective s'exprimait, non pas en tant que telle, mais au sein de chacune des proximités déjà repérées par la littérature.

Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle dimension de la proximité dite subjective, mais bien d'une composante subjective dont on saisit la trace dans les proximités géographique, cognitive, sociale, institutionnelle et organisationnelle. Au-delà, le codage et l'analyse du matériau révèlent l'ambivalence de cette part subjective des dimensions de la proximité ; elle est, à la fois et dans le même temps, perçue comme « A » et comme « non A ». Ceci constitue un double résultat empirique très intéressant et nouveau pour l'Ecole de la Proximité.

Le tableau 2 ci-dessous permet de saisir la part subjective d'une proximité différente de la définition qu'en retient la littérature jusqu'à présent, et ce, pour chacune des dimensions de la proximité considérée.

Tableau 2 : verbatim commentés

Les cinq proximités selon Boschma (2005)	Verbatim	Commentaires à propos de la dimension subjective des proximités
Proximité géographique	ENT 6 : « Les critères de jugement et d'appréciation sont complètement différents quand la personne est en face du médecin. » ENT 1 : « L'intimité physique va influencer le diagnostic. » ENT 24 : « Vous avez des critères de jugement et d'appréciation qui sont complètement différents lorsque la personne est en face de vous. On se cerne mieux, on se livre plus, il y a une relation de confiance. » ENT 11 : « Le contact n'est pas tout à fait le même, il n'y a pas la présence ou le magnétisme de la présence physique, mais on voit quand même ses expressions, ses émotions, je le vois, les gens l'expriment, et on peut échanger. » (...) « Dans une consultation, si je rentre dans un cabinet, le médecin va me demander pourquoi je boîte... Avec la téléconsultation, ce n'est pas le cas ! » ENT 24 : « Dans le téléseuivi, le premier contact est en présentiel. C'est une règle de l'ARS. Ce présentiel est aussi préconisé s'il y a une "grosse information à faire passer" : un nouveau stade de la maladie par exemple, dès que des étapes clés sont franchies. » ENT 7 : « Il faut des parcours avec des temps forts de face à face. (...) Beaucoup de patients n'ont pas de signe clinique. Ce qui reste, c'est le colloque singulier. »	Le face à face est perçu comme un facteur permettant d'apprécier ou de juger une situation. Le face à face permis par la proximité géographique est indispensable à certaines étapes dans la relation de soin.

	ENT 2 : « Pour les consultations d'annonce, l'imageur ne rencontre pas le patient. Je suis convaincu que le fait de dématérialiser facilite l'annonce car la personne n'est pas en face et on parle à une image. (...) Dans l'échange à distance, on n'est pas dans la menace. (...) Le patient peut s'énervier, on n'est pas dans le risque physique. Une fois qu'on est déconnecté on est déconnecté : il y a une facilité à rompre l'entretien qui est bien plus facile que lorsque le patient est avec vous. (...) Je parle ici essentiellement du médecin. C'est une façon de se défausser aussi. » ENT 8 : « Aujourd'hui, les distances se sont allongées. » ENT 8 : « Les patients font des aller-retour fréquents à l'hôpital et on n'a pas d'informations sur ce qu'il se passe ailleurs. On a l'info sur ce qu'il se fait ici, mais c'est tout. Il y a encore trop de perte en ligne sur les infos. » ENT 6 : « Ce qui peut limiter c'est une certaine distance qui existe déjà entre le patient et le praticien, il y a une distance supplémentaire qui se met en place mais à la fois ça rapproche les gens tout en ayant une dimension d'éloignement ». ENT 8 : « Ça rassurait le malade de voir arriver chez lui médecin et cadre infirmier de l'HAD ensemble. » ENT 19 : « La centralisation et l'accompagnement au plus près du patient... éthiquement, ça interpelle ! si on est sur un usage froid de la téléconsultation. » ENT 22 : « On confie sa santé à un interlocuteur dont moi j'estime qu'il vaut mieux qu'on le regarde dans les yeux que plutôt qu'à quelqu'un qu'on voit dans le brouillard dans une visio de mauvaise qualité. A part quand c'est le dernier recours » ENT 22 : « La télé médecine vient casser le fameux colloque singulier médecin patient qui peut être fondamental pour établir une relation de confiance. » ENT 7 : « Il faut que le malade ait un interlocuteur physique. C'est une question de confiance. Il faut que cet interlocuteur représente une compétence. » ENT 24 : « Le télé suivi change la relation car on est plus dans du péremptoire. (...) Cela laisse la liberté au patient de ne pas faire. (...) Il a droit de ne pas remplir, il y en a qui ne remplisse pas, mais il ne va pas remplir	Une faible proximité géographique est vécue comme une protection. Une forte proximité géographique est vécue comme plus impliquante dans la relation. Les distances sont perçues comme pouvant varier. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur le caractère relatif de la distance géographique. => Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité géographique.</i> La distance est perçue comme un obstacle à la circulation de l'information. Le sentiment est partagé entre un éloignement et un rapprochement. La proximité géographique est associée dans les esprits comme améliorant la qualité du service rendu aux malades par les soignants. La proximité géographique est perçue comme essentielle à l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le médecin. La distance donne le sentiment au patient d'avoir plus d'autonomie.
--	--	---

	pour remplir. » ENT 23 : « Le télésuivi redonne du pouvoir au patient par rapport à leur maladie : mesurer, prendre ses médicaments. Le patient redevient le sujet principal de sa maladie. » ENT 7 : « Les gens vivent sur la planète terre donc les membres de la famille peuvent être en Nouvelle Calédonie, en Corse ou à côté de Clermont Ferrand : cela suppose cette organisation de la multiplication des consultations avec le secrétariat qui centralise la base de donnée. (...) Je l'ai mis en place car tout le monde n'a pas la possibilité de venir à Clermont pour des raisons financières, ou un paysan ne peut pas laisser sa ferme pendant un jour ; ainsi je capte des familles qui ne seraient jamais venues. Je consulte à Vichy je capte aussi des personnes qui ne seraient jamais venues à Clermont, idem à Roanne, qui est trop loin de Lyon donc ils viennent à Vichy » ENT 6 : « La notion de gravité s'installe quand on fait plusieurs centaines de kilomètres pour aller voir un médecin. »	La gravité de de la pathologie permet de franchir la distance. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur le caractère à la fois contraignant et habilitant de la la proximité.</i> => Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité géographique.
Proximité cognitive	ENT 8 : « Pour nous, la télémedecine est un moyen de partager de l'information. Avec l'HAD Clinidom, on a un partage d'information... la télémedecine n'a pas de sens si les services en interne sont cloisonnés. Aujourd'hui, c'est le cas. Il y a des cloisons. » ENT 1 : « Le chef doit créer une communauté d'esprit de raisonnement qui fait que tout le monde va raisonner pareil et surtout l'esprit de groupe crée une émulation positive. »	La télémedecine décroisonne. Le sentiment d'une proximité cognitive donne du sens à l'action. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur la production de sens pluriel et relatif de la proximité induite par la télémedecine pour les acteurs. => Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité cognitive</i>
Proximité sociale	ENT 22 : « Les gens n'adoptent pas le numérique dans la santé comme ils le font avec un téléphone car il y a des éléments intimes qui vont interférer. » ENT 1 : « Il y a une difficulté humaine qu'est la distance. (...) Quand un patient a un peu confiance en vous, il se lâche et commence à vous dire tel médecin est gentil tel médecin n'est pas gentil : il y a une relation humaine qui s'installe qui est malheureusement un peu faussée par la télémedecine. Après c'est pas ce qui guérit les gens mais ça les aide à vivre. On porte des messages et on porte j'espère une certaine chaleur humaine qui fait que ça les aide. Si on crée une bonne relation humaine avec le patient, vous pouvez vous permettre la télémedecine. » ENT 8 : « La télémedecine, c'est souvent des médecins qui parlent à d'autres médecins en visuel, avec éventuellement le patient à côté. La technologie a pris le dessus. Les médecins ne touchent plus les malades. »	Le lien relationnel entre le médecin et son patient est vécu appauvri par la technisation.

	ENT 8 : « Il faut mettre le patient en confiance : car il sort de l'hôpital, il n'y a plus la sonnette, il est angoissé en HAD. (...) Le téléphone ça rassure le patient, d'avoir au bout du fil une infirmière qu'il connaît. » ENT 8 : « Avec le téléphone, on a accès à la voix du patient. C'est une indication. C'est toute la subtilité du métier de coordinatrice de soins que de savoir l'apprécier. Mais le téléphone - la voix - est une indication si on a une connaissance en face à face du patient avant. » ENT 4 : « Le médecin généraliste avait un rapport de proximité, le risque avec la télémedecine c'est de faire tomber ce rapport de proximité. » ENT 18 : « Le médecin dit "mon malade". On se croit en capacité d'être le meilleur pour lui. (...) La télémedecine modifie cela car elle modifie les hiérarchies entre le sachant et le patient. Il y a un empowerment du malade, avec internet et des sites comme doctissimo... » ENT 24 : « L'adoption (des outils de télémedecine) n'est pas simple. Le patient n'est pas médecin. Il faut que chacun retrouve sa place et le médecin est vachement mal car il n'est pas préparé à cela. »	Le lien relationnel développé en face à face est perçu comme rassurant. La télémedecine est perçue comme facilitant le diagnostic. La télémedecine est perçue comme un risque pour le lien relationnel patient - médecin. La télémedecine redonne du pouvoir au patient. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur le caractère contraignant et habilitant de la proximité patient / médecin modifiée par la télémedecine => Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité sociale</i>
Proximité institutionnelle	ENT 9 : « La tendance actuelle est de concentrer et mutualiser des hôpitaux dans des territoires qui ont été définis par des institutionnels. Des thèses commencent à montrer que ces territoires ne correspondent pas au bassins de vie ou à l'image que les gens se font de leur territoire. » ENT 8 : « La télémedecine, c'est la première fois que j'en parle avec quelqu'un ici... Nous sommes tout près du CHU mais nos cultures sont très différentes ». <i>Précision des auteurs : 50 mètres séparent l'entrée des deux structures.</i> ENT 24 : « Les pionniers de la télémedecine sont les radiologues. Ils n'ont jamais de problème de format car ils utilisent tous le même. Pour eux, c'est fluide... Si on considère le DMP (<i>Dossier Médical Partagé, précision des auteurs</i>) par exemple, ou la biologie, c'est le grand foutoir ! Chacun a son système. La normalisation, c'est la clé. » ENT 6 : « La mise en place de normes communes à tous est importante pour les échanges de données : certaines professions (...) ont du mal à rentrer dans un cadre normatif. »	Le partage de valeurs, d'une identité commune, etc., définit un territoire différent de celui qui est institutionnellement défini par le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). La très faible distance n'est pas associée à une culture commune. Des normes techniques partagées améliorent la perception de la qualité des soins. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur la qualification distincte de la proximité au sein d'un même champ. => Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité institutionnelle.</i>
Proximité organisationnelle	ENT 3 : « La présence de PU-PH (<i>Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, précision des auteurs</i>) dans le CJP (<i>Centre Jean Perrin, CLCC JP dans le tableau 1, précision des auteurs,</i>) et dans le CHU permet de faire un trait d'union entre les deux. (...) La faculté est un terrain neutre. » ENT 3 : « Il sort de l'hôpital, il n'y a plus la sonnette, il	La proximité qu'offrent les outils d'interface résout un problème lié à la distance : la proximité est vécue comme rassurante.

	est angoissé en HAD. (...) D'être connecté rassure le patient, grâce au suivi rapproché, à la possibilité de contacter plus rapidement une infirmière. (...) Le mot qui ressort souvent avec le télésuivi c'est : rassurer. » ENT 9 : « Les téléconsultations permettraient de recréer cet humain en liant expertise et contact ou mise en relation. » ENT 7 : « Mais le principal obstacle, au-delà de l'obstacle technique, est la sacralisation du temps : quand on a une réunion physique on y va, moins vrai quand c'est en visio. » ENT 23 : « Les tablettes restent au domicile du patient. Il y a donc un problème éthique lié à la confidentialité des données... » ENT 13 : « Le suivi du patient pose un vrai problème. L'outil, le média, ne remplacera jamais la relation praticien - patient. Ce n'est pas possible d'envisager que l'outil soit pertinent. »	La proximité qu'offrent les outils d'interface laisse à penser qu'une implication moindre des acteurs est possible. Les outils supports de la télémédecine (comme la tablette) donnent le sentiment aux soignants d'une perte de contrôle du secret médical. L'outil crée une distance en technicisant la relation. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur le contrôle relatif de la distance que permet la proximité => Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité organisationnelle.</i>
--	--	---

Source : auteurs

Le tableau 2 ci-dessus nous invite à aller plus loin dans l'analyse et à proposer, sous la forme d'une synthèse, des propositions intermédiaires (Dumez, 2013) qui seront ensuite discutées pour énoncer les résultats théoriques que nous soutenons ici. Ainsi, le tableau 3 ci-après met en exergue, non seulement le caractère subjectif de chacune des proximités canoniques, mais en révèle également le caractère ambivalent.

Tableau 3 : la part subjective et ambivalente des dimensions de la proximité

Les cinq dimensions de la proximité (Boschma, 2005)	L'ambivalence révélée de la part subjective des dimensions de la proximité dans le cas de la télémédecine
Proximité géographique	Les distances, y compris métriques, sont perçues comme relatives : la distance éloigne et rapproche à la fois. La proximité géographique est perçue à la fois comme : • un facteur permettant un meilleur jugement • un facteur non indispensable par rapport à l'enjeu du soin • un facteur essentiel à l'établissement de la confiance (ici, entre le patient et le médecin) • un facteur permettant d'améliorer l'activité (ici, la qualité du service rendu aux malades par les soignants) • un facteur limitant l'autonomie face au soignant
Proximité cognitive	La télémédecine devrait décloisonner et affranchir les acteurs des barrières cognitives. La télémédecine devrait être un moyen de donner un sens commun à l'action collective.

Proximité sociale	La technicisation de la télémédecine est contraignante et habilitante : • facilite l'intime entre le patient et le médecin • déshumanise la proximité sociale entre le patient et le médecin La télémédecine est perçue comme : • facilitant le diagnostic • un risque pour la proximité sociale • redonnant du pouvoir au patient
Proximité institutionnelle	La proximité au sein d'un territoire pensé par des institutions ne correspond pas nécessairement avec celle vécue par la population. La proximité institutionnelle : • n'est pas associée à une culture commune • améliore la qualité des pratiques de soins • permet de partager les normes du système technique
Proximité organisationnelle	La proximité organisationnelle : • est vécue comme rassurante par les acteurs • laisse à penser que les acteurs peuvent s'impliquer moins La proximité qu'offre les outils d'interface (la tablette) donne le sentiment aux soignants d'une perte de contrôle du secret médical. L'outil crée une distance en technicisant la relation.

Source : auteurs

4. Discussion

La discussion s'articule autour de la validation d'un résultat théorique esquissé par de précédentes recherches et par l'apport de deux nouveaux résultats pour l'Ecole de la Proximité.

Premièrement, notre travail valide les écrits existant sur la proximité géographique subjective qui la comprennent comme une perception de la distance géographique, cette perception étant fonction des caractéristiques de l'espace et des individus. Deuxièmement, nous montrons que cette perception conduit, de façon plus ou moins nette, à créer un sentiment global, indifférencié, de proximité. La part subjective de la proximité s'exprime dans toutes ses dimensions, mais le sens de l'expression n'est pas univoque. Il est même ambivalent. Ce qui nous conduit, troisièmement, vers ce que nous considérons être notre principal résultat : une définition nouvelle de la proximité pensée « au singulier », c'est-à-dire autrement que par ses dimensions canoniques.

4.1. *De la proximité géographique subjective : une perception de la distance géographique*

La proximité géographique subjective apparaît comme une perception. Cette perception varie selon les caractéristiques individuelles et de l'espace géographique.

4.1.1. Une distance géographique perçue

La dimension subjective de la proximité relève d'une perception de la distance qui sépare les individus. En effet, les proximités se fondent toujours sur une faible distance, ce qui leur confère un caractère objectif. Par exemple, la proximité géographique réunit des agents objectivement co-localisés dans une même ville. Mais la proximité n'est pas réductible à cette faible distance : elle incorpore en même temps un jugement, une interprétation sur cette distance, prenant alors un aspect profondément subjectif. En outre, la proximité géographique relève en dernier ressort d'une perception portée par les individus sur la nature de la distance géographique qui les sépare. Cette perception est fonction notamment de la capacité de chacun à mesurer les distances, à se représenter un itinéraire ou à s'estimer en mesure de franchir les obstacles (comme des frontières) (Lussault, 2007). On comprend alors que, selon les individus, la perception de la distance induite par la télé médecine puisse varier en fonction de ses capacités cognitives.

Nos entretiens confirment qu'il existe bien une perception de la distance portée par nos interlocuteurs : ainsi un interlocuteur nous indique qu'« *aujourd'hui, les distances se sont allongées* » (ENT 8), signifiant ainsi qu'une distance réputée fixe et objective ne l'est pas en réalité, tandis qu'« *il y a une difficulté humaine qu'est la distance* » (ENT 1), spécifiant que la distance ne peut se réduire à des seuls aspects concrets et qu'elle est finalement propre à une personne en particulier. Ces résultats vont dans le sens des travaux Wilson et al. (2008) et O'Leary, Wilson et Metiu, (2014) qui explorent la question de la « proximité perçue » (*perceived proximity*) définie comme « *[...] a dyadic and asymmetric construct that reflects one person's perception of how close or how far another person is* » (O'Leary, Wilson et Metiu, 2014, p. 1222). C'est aussi la position de Lussault (2007) pour qui toute distance euclidienne fait l'objet d'une interprétation par les acteurs, chacun déployant ses propres notions du proche et du lointain malgré l'apparente objectivité que confère un repère euclidien.

Nos résultats confirment en outre que le niveau de revenu, la position sociale, le niveau d'études, la profession, etc., sont autant de facteurs qui influent sur la capacité des individus à franchir la distance, à rendre accessible pour les uns ce qui est lointain pour les autres (O'Leary, Wilson et Metiu, 2014). On comprend ainsi pourquoi la proximité est propre à un sujet. Ainsi la perception de la distance entre un médecin et son patient varie d'un individu à l'autre. Certains de nos interlocuteurs jugent une relation en face à face, tout comme une proximité sociale d'ailleurs, comme étant rassurantes et essentielles pour la relation de soin. A l'inverse, d'autres voient le face à face comme une menace et misent sur le développement de la télé médecine pour pacifier leur pratique (ENT 2 : « *Dans l'échange à distance, on n'est pas dans la menace (...). Le patient peut s'énerver, on n'est pas dans le risque physique.* »). La distance géographique peut donc être vécue comme une protection face à autrui.

De façon plus générale, une autre manière de caractériser la dimension subjective de la proximité géographique consiste à montrer qu'elle est associée à des ressentis divers, tels que confiance, qualité ou perte de contrôle. En ce sens, elle relève bien d'une perception.

Nos entretiens font émerger une série de verbatim dans lesquels nos interlocuteurs perçoivent divers effets positifs et négatifs de proximité (cf. tableaux 1 et 2). Ainsi, la proximité géographique est perçue comme essentielle à l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le médecin du fait des possibilités de face à face qu'elle offre, confirmant de nombreux travaux antérieurs (Dupuy et Torre, 2004 ; Nilsson et Mattes, 2015). La personnalisation et la singularité du contact sont jugées comme le ciment de la confiance entre malades et soignants. Dans le même ordre d'idées, le face à face permis par la proximité géographique est entendu comme un facteur permettant d'apprécier une situation, devenant indispensable à certaines étapes de la relation médecin patient : il est ici fait référence au colloque singulier, véritable ciment fondateur de la médecine qui, comme son nom l'indique,

établit un dialogue protégé de toute interférence entre un soigné et un soignant. Il convient de noter ici que des soignants nous ont confié être certains que la télémedecine signifiait probablement la fin du colloque singulier, tel qu'ils l'ont connu, pratiqué et enseigné. Les uns le regrettant profondément, voire le craignant, tandis que les autres voyant, dans l'effacement de la distance géographique, l'opportunité de développer d'autres relations, autrement, avec les malades.

De plus, pour certains praticiens, la distance est à l'origine d'une perte de contrôle dans la relation au profit du patient. Concrètement, les outils d'interface comme une tablette donnent le sentiment aux soignants d'une perte de contrôle du secret médical. Accentuant ce sentiment, une faible proximité géographique donne le sentiment au patient d'avoir plus d'autonomie par rapport au praticien.

Enfin, au-delà de la seule proximité géographique, la proximité est associée à une qualité perçue : une forte proximité institutionnelle (normes du système technique partagées) améliore la qualité perçue des pratiques de soins, tandis que les proximités sociale et géographique sont perçues comme plus impliquantes, facilitant alors le diagnostic et améliorant la qualité du service rendu aux malades par les soignants. La proximité cognitive crée une « émulation positive » et conduit à la formation d'un sens commun aux actions entreprises.

4.1.2. Une perception fonction de l'espace géographique

Nos entretiens confortent l'idée que la perception est aussi fonction des caractéristiques de l'espace géographique (Cariou, Ferru et Rallet, 2018). La topographie compte, comme la présence d'infrastructures de transport, lesquelles jouent positivement sur la capacité de chacun à se déplacer. Rappelons que l'espace offre des ressources matérielles créées par les acteurs, auxquelles la proximité géographique donne accès (Torre et Talbot, 2018). La localisation devient, dans ce cas, synonyme de maîtrise de ressources locales : accès à l'offre culturelle, aux meilleures écoles et hôpitaux, etc. L'espace est alors doté en facteurs qui fondent son attractivité : des économies d'agglomération, des technologies, des aménités exprimables monétairement (Cariou, Ferru et Rallet, 2018). Ces dotations physiques de facteurs modifient plus ou moins favorablement la perception des acteurs. Elles modifient également le jugement des décideurs publics, lesquels, en fonction des caractéristiques d'un espace géographique donné, peuvent décider d'investir dans tel ou tel équipement (un scanner par exemple) pour telle partie du territoire, afin de le « désenclaver ».

En outre, les patients eux-mêmes font un lien entre gravité et distance (ENT 6 : « *La notion de gravité s'installe quand on fait plusieurs centaines de kilomètres pour aller voir un médecin.* »). Le jugement porté sur un degré de gravité modifie la perception des distances à franchir : plus la situation est jugée critique, plus la distance perçue paraît faible. Plus le patient juge son cas grave, plus il se sent capable de franchir de fortes distances.

4.2. Une perception qui conduit à un sentiment « global » de proximité

Parfois, le propos de nos interlocuteurs a pu sembler plus confus, voire contradictoire. Cela provient du fait qu'ils convoquent la proximité dans ses diverses dimensions, toujours de façon implicite. Par exemple, une même relation est vécue à la fois comme proche et distante, en fonction des dimensions auxquelles il est fait référence : le Centre Jean Perrin et le CHU de Clermont-Ferrand sont proches spatialement (50 mètres séparent l'entrée des deux structures), proches cognitivement (les praticiens ont les mêmes compétences en

cancérologie, mais éloignés culturellement (ENT 8 : « *nous sommes tout près du CHU mais nos cultures sont très différentes* »). Cela provient du caractère ambivalent mis en évidence de cette part subjective perçue (cf tableau 3 *supra*). Nous avons ainsi pu observer que la proximité organisationnelle, en déployant des solutions techniques, est à la fois vécue comme rassurante par les acteurs tout en ouvrant la voie à une dés-implication de chacun.

De la même façon, la part subjective de la proximité est fonction de l'étendue géographique du réseau organisationnel des acteurs : chacun évalue la proximité géographique avec autrui relativement à l'ensemble de ses partenaires (Lethiais, 2018). Plus le réseau est éclaté spatialement, plus un acteur distant géographiquement sera considéré comme tout de même proche : par exemple, si le réseau de partenaires, de clients ou de fournisseurs d'une firme est mondial, un partenaire, client ou fournisseur national sera déclaré comme proche par cette même firme (Talbot, 2013). Si le réseau est national, un fournisseur localisé dans la même région que son client sera perçu par ce dernier comme proche. De fait, la proximité organisationnelle (réseau d'organisations) est associée par les acteurs à leur proximité géographique pour élaborer leur propre proximité perçue.

Ajoutons que la proximité sociale (réseau interindividuel) entre deux individus vient renforcer le sentiment global de proximité. Wilson et al. (2008) expliquent que le degré de sympathie influe positivement sur le sentiment de proximité. Aguilera et al., (2014) ont ainsi montré que deux dirigeants d'entreprises se déclarent être proches l'un de l'autre, alors que plus de 50 km les séparent. La proximité sociale peut compenser un éloignement géographique et ainsi influencer la perception de la proximité elle-même (Cariou, Ferru et Rallet, 2018), que Wilson et al. (2008) résument par le paradoxe du « Far-but-Close ». Inversement, deux dirigeants co-localisés qui ne se connaissent pas se pensent éloignés (« Close-but-Far »).

Cariou, Ferru et Rallet (2018) suggèrent que la dépendance des proximités les unes aux autres compterait dans les perceptions, ce que valide nos résultats. Les diverses dimensions de la proximité sont mobilisées diversement par chacun pour développer une vision plus intuitive d'une proximité au singulier, synthétique. Ainsi, un interlocuteur parle de « rapport de proximité », sans autre précision. On retrouve d'ailleurs cette idée dans les expressions déjà citées en introduction de « démocratie de proximité », de « justice de proximité », de « police de proximité » ou encore de « management de proximité ». La perception se construit alors *via* les diverses dimensions canoniques de la proximité. Ici semble s'esquisser une définition de la proximité au singulier, comme synthèse des diverses proximités classiquement distinguées.

4.3. *Une définition au singulier de la proximité*

De façon étonnante, l'Ecole de la Proximité ne propose pas de définition du concept de proximité, autrement qu'à travers ses diverses dimensions (Torre et Talbot, 2018). Finalement, comment définir la proximité « au singulier » ? Comme le simple inverse de la distance ? Avec cette recherche, nous allons plus loin en proposant une définition de la proximité : **La proximité se définit comme une interprétation de la distance par des acteurs en situation.** La dimension subjective de la proximité révèle le caractère ambivalent du jugement porté sur une faible distance, par des acteurs en situation.

Selon Le Boulch (2001), l'idée de distance permet à chacun de penser l'espace qui sépare deux objets et/ou deux individus, deux organisations, etc. Bien entendu, il existe une mesure euclidienne et donc universelle de la distance, hors des acteurs. Cet « écart » peut faire l'objet d'une mesure par la métrique, par le temps de parcours, tout en tenant compte du coût

monétaire de son franchissement. L'espace devient générateur de coûts liés à son franchissement. D'un point de vue sémantique, on associe alors le concept de distance à celui d'un espace-obstacle.

Schéma 1 : La proximité : une perception de la distance

Source : à partir de Le Boulch (2001)

Plusieurs enseignement, d'ordres divers, découlent de notre proposition théorique.

Deuxièmement, si la proximité est une perception, elle apparaît alors profondément encadrée par un ordre institutionnel. Le jugement opéré, « je suis proche » et/ou « je suis loin » est certes d'ordre individuel comme nous l'avons souligné ici, mais aussi d'ordre collectif. Talbot (2010) qualifie d'ailleurs la proximité de fait institutionnel au sens de John Searle, tandis que la distance reste un fait brut. Selon Searle (1998, 2005), les faits bruts - Paris est au nord de Clermont-Ferrand - existent, que nous le croyons ou non. Les faits institutionnels quant à eux, à l'instar de la monnaie, les propriétés foncières, les gouvernements, n'existent que parce que nous y croyons et nous le voulons. Ces faits, s'ils ont l'apparence de l'objectivité, sont dépendants des croyances et de la volonté des interprètes. « *Cet accord collectif n'a rien de spontané : il est le résultat d'un travail politique de régulation des conflits, d'imposition*

d'intérêts, d'arbitrages considérés comme légitimes. Cet accord exprime un rapport de force à un moment donné entre des parties prenantes aux positions sociales et aux ressources inégales. » (Talbot, 2010, p. 134). Ainsi, il devient possible de mener un travail conduisant à un accord collectif permettant de « créer » des proximités, d'influencer la perception collective des acteurs.

Troisièmement, parce que la proximité est une perception, le « seuil de proximité » ne peut être fixé dans l'absolu car il dépend de facteurs objectifs et subjectifs (Rallet et Torre, 2007). Ceci converge avec les travaux récents d'Allaert et Quantin (2018) qui mettent en évidence l'intérêt d'étudier l'efficacité des dispositifs techniques de la télémédecine toujours en évolution, et en particuliers ceux s'appuyant sur les smartphones, sous l'angle de la proximité qu'ils autorisent avec le malade. Plus généralement, on comprend qu'il est difficile de mesurer mathématiquement la proximité : comment mesurer quantitativement une appréciation ? Les méthodologies qualitatives ou mixtes sont alors plus adaptées pour en rendre compte.

Conclusion

En spécifiant dans quelle(s) mesure(s) un dispositif de télémédecine constitue une réponse aux problèmes que pose la distance, nous proposons de nouvelles compréhensions de la dimension subjective de la proximité. Et, ce faisant, nous nous inscrivons pleinement au sein du programme de recherche proposé par les auteurs majeurs du champ. Mobilisant une méthode qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs, nous avons étudié cinq expériences de télémédecine de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Nous obtenons plusieurs résultats théoriques. Nous confirmons les travaux qui font de la dimension subjective de la proximité géographique, une perception des acteurs sur la distance qui les sépare. Cette perception varie selon les acteurs et la nature de l'espace géographique. Mais nous dépassons cette lecture pour proposer une définition « au singulier » de la proximité, qui devient une perception de la distance. Il s'agit là d'un apport théorique à l'Ecole de la Proximité en proposant à la fois une définition du concept et une distinction avec le concept de distance. Finalement, le concept de distance se fonde sur un espace euclidien subi par les acteurs qui cherchent à combler un écart. Le concept de proximité se fonde, quant à lui, sur une compréhension d'un espace choisi et offreur de ressources. Au final, la distance sépare, la proximité associe et qualifie la distance.

Sur le plan managérial cette fois, tenir compte de la dimension subjective de la proximité est l'occasion de réinterroger la relation patient médecin en impliquant plus le malade dans son parcours de soin : ce dernier, plus distant du médecin, peut gagner en autonomie et en implication dans le traitement de sa maladie, si le praticien lui en laisse l'occasion. Dans même ordre d'idées, les offreurs de solutions sur les marchés (de type Be Patient) et ceux qui les financent (les centres de soins, les systèmes de sécurité sociale) pourraient intégrer davantage les points de vue et les usages des patients, mais aussi des soignants. Dans certaines applications de télésurveillance ou de téléobservance de traitements de certaines maladies chroniques par exemple, la géolocalisation de « patients experts » devient, pour le malade, un moyen de se sentir plus proche du monde physique du soin. De la même manière, les vidéos de médecins qui expliquent les suites opératoires sur des applications smartphones, vidéos qui peuvent être regardées plusieurs fois sans contrainte par le malade, encouragent une proximité avec le corps médical. Cette proximité est plus subjective qu'objective... Enfin, sur le plan des politiques publiques, nos travaux permettraient d'envisager plus finement l'allocation des ressources de la part de différentes catégories d'acteurs opérant dans le champ

de la télémédecine. Les pouvoirs publics pourraient ainsi réévaluer certaines décisions d'investissements, jusqu'ici uniquement prises en fonction de la seule capacité d'un dispositif à effacer la distance géographique. La prise en compte de la dimension subjective de la proximité géographique a ainsi d'importants impacts en termes de management des systèmes de santé et de e-santé demain.

Bibliographie

- Adam-Ledunois S., Renault S. (2008). « La coordination spatiale des parcs industriels fournisseurs », *Revue française de gestion*, vol. 34, n°184, 167-180.
- Aguilera A., Lethiais V., Rallet A. (2015). « Spatial Proximity and Intercompany Communication: Myths and Realities », *European Planning Studies*, vol. 23, n°4, 798-810.
- Allaert, F., Quantin, C. (2018). « Les applications sur smartphones permettront-elles une généralisation de la télémédecine ? », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36, n°2, 145-151.
- Bellet M., Colletis G., Lung Y. (eds) (1993). « Economie de proximités », *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, n°3.
- Boschma R. (2005). « Proximity and innovation. A critical assessment », *Regional Studies*, vol. 39, n°1, 61-74.
- Boschma R., Frenken K. (2010). « The spatial evolution of innovation networks. A proximity perspective », in Boschma, R., Martin, R. (eds), *The Handbook of Evolutionary Economic Geography*, Edward Elgar, Cheltenham, 120-135.
- Boschma R., Iammarino S. (2009). « Related variety, trade linkages, and regional growth in Italy », *Economic Geography*, vol. 85, n°3, 289-311.
- Bouba-Olga O., Grossetti M. (2008). « Socio-économie de proximité », *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, n°3, 311-328.
- Broekel T., Boschma R. (2012). « Knowledge networks in the Dutch aviation industry: the proximity paradox », *Journal of Economic Geography*, vol. 12, n°2, 409-433.
- Capello R. (2014). « Proximity and regional innovation processes: is there space for new reflections? », in Torre, A., Wallet, F. (eds), *Regional Development and Proximity Relations*, Edward Elgar, Cheltenham and Northampton M.A, 163-194.
- Cariou C., Ferru M., Rallet A. (2018). « Perceptions des lieux et proximités subjectives : une analyse des dynamiques créatives franciliennes », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n°5, 1121-1151.
- Cassi L., Plunket A. (2014). « Proximity, network formation and inventive performance: in search of the proximity paradox », *The Annals of Regional Science*, vol. 53, n°2, 395-422.
- Dauids M., Frenken K. (2018). « Proximity, knowledge base and the innovation process: towards an integrated framework », *Regional Studies*, vol. 52, n°1, 23-34.
- Dumez H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative - les 10 questions clés de la démarche compréhensive*, Vuibert Edition, Paris.
- Dumez H., Minvielle E. (2017). « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, n°1, 9-37.
- Dumez H., Minvielle E., Marraud L. (2015). *Etat des lieux de l'innovation en santé numérique*, Rapport remis à la Fondation Pour l'Avenir publique, 90 p.
- Dupuy C., Torre, A. (2004). « Confiance et proximité », in B. Pecqueur, J.B. Zimmermann (eds), *Economie de Proximités*, Hermès, Lavoisier, Paris.
- Gaglio G., Mathieu-Fritz A. (2018). « Les pratiques médicales et soignantes à distance », *Réseaux*, n°1, 9-24.
- Gilly J.P., Torre A (eds) (2000). *Dynamiques de proximité*, L'Harmattan, Paris.
- Gomez P.Y., Rousseau A., Vandangeon-Derumez I. (2011). « Distance et proximité : esquisse d'une problématique pour les organisations », *Revue française de gestion*, vol. 4, n°213, 13-24.
- Granovetter M. (1985). « Economic action and social structure: the problem of embeddedness », *The American Journal of Sociology*, vol. 91, n°3, 481-510.

- Hautala J. (2011). « Cognitive proximity in international research groups », *Journal of Knowledge Management*, vol. 15, n°4, 601-624.
- Kirat T., Lung Y. (1999). « Innovation and proximity-Territories as loci of collective learning processes », *European Urban and Regional Studies*, vol. 6, n°1, 27-38.
- Kirat T., Torre A. (eds) (2008). *Territoires de conflits. Analyses des mutations de l'occupation de l'espace*. L'Harmattan, Paris.
- Lauriol J., Perret V., Tannery F. (2008). « Stratégies, espaces et territoires. Une introduction sous le prisme géographique », *Revue française de gestion*, vol. 4, n°184, 91-103.
- Le Boulch G. (2001). « Approche systémique de la proximité : définitions et discussion » III^{èmes} Journées de la Proximité, Université Paris Dauphine. Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00140280/document>.
- Lethiais V. (2018). « Proximités, coopération et innovation : que nous apprennent les travaux empiriques menés sur les PME ? », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n°5, 1187-1211.
- Levy R., Talbot D. (2015). « Control by Proximity: Evidence from the "Aerospace Valley" Competitiveness Cluster », *Regional Studies*, vol. 49, n°6, 955-972.
- Loilier T. (2010). « Innovation et territoire. Le rôle de la proximité géographique ne doit pas être surestimé », *Revue française de gestion*, vol. 36, n°200, 15-35.
- Lussault M. (2007). *L'homme spatial*, Seuil, Paris.
- Mathieu-Fritz A., Esterle L. (2013). « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales », *Revue française de sociologie*, vol. 4, n°2, 303-329.
- Nicolini D. (2006). « The work to make telemedicine work: A social and articulative view », *Social Science and Medicine*, vol. 62, n°11, 2754-2767.
- Nicolini D. (2007). « Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine », *Human Relations*, vol. 60, n°6, 889-920.
- Nilsson M., Mattes J. (2015). « The spatiality of trust: Factors influencing the creation of trust and the role of face-to-face contacts », *European Management Journal*, vol. 33, n°4, 230-244.
- Nooteboom B., Van Haverbeke W.P.M., Duijsters G.M., Gilsing V.A., V.D. Oord A. (2007). « Optimal cognitive distance and absorptive capacity », *Research Policy*, vol. 36, n°7, 1016-1034.
- O'Leary M., Wilson J., Metiu A. (2014). « Beyond being there: the symbolic role of communication and identification in perceptions of proximity to geographically dispersed colleagues », *MIS Quarterly*, vol. 38, n°4, 1219-1243.
- Ologeanu-Taddei, R., Paré, G. (2017). « Technologies de l'information en santé : un regard innovant et pragmatique », *Systèmes d'information et management*, vol. 22, n°1, 3-8.
- Pecqueur B., Zimmermann J.B. (eds) (2004). *Economie de Proximités*, Hermès, Lavoisier, Paris.
- Rallet A., Torre A. (2007). *La proximité à l'épreuve des technologies de communication*, Paris, L'Harmattan, 238 p.
- Raulet-Croset, N., Amar, L., Charue-Duboc, F., Kogan, A. (2010). « La structuration de l'offre de téléassistance pour les personnes âgées : créer la proximité à distance », *Management et Avenir*, vol. 5, n°35, 254-272.
- Talbot D., Kirat T. (2005). « Proximité et Institutions : nouveaux éclairages », *Economie et Institutions*, n°6 et 7, 1^{er} et 2^e semestres, 8-16.
- Talbot D. (2008). « Les institutions créatrices de proximités », *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, n°3, 289-310.
- Talbot D. (2010). « La dimension politique dans l'approche de la proximité », *Géographie, Economie, Société*, vol. 12, n°2, 125-144.
- Talbot D. (2013). « Clustérisation et délocalisation : les proximités construites par Thales Avionics », *Revue française de gestion*, vol. 39, n°234, 15-26.
- Torre A. (2008). « On the role played by temporary geographical proximity in knowledge transfer », *Regional Studies*, vol. 42, n°6, 869-889.
- Torre A. (2009). « Retour sur la notion de proximité géographique », *Géographie, Economie, Société*, 11, 63-75.
- Torre A., Rallet A. (2005). « Proximity and localization », *Regional Studies*, vol. 39, n°1, 47-60.
- Torre A., Talbot D. (2018). « Proximités : retour sur 25 années d'analyse », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n°5, 917-936.
- Vicente J., Balland P.A., Brossard O. (2011). « Getting into Networks and Clusters: Evidence from the

- Midi-Pyrenean Global Navigation Satellite Systems (GNSS) Collaboration Network », *Regional Studies*, vol. 45, n°8, 1059-1078.
- Wilson J. M., O’Leary M. B., Metiu A., Jett Q. R. (2008). « Perceived Proximity in Virtual Work: Explaining the Paradox of Far-but-Close », *Organization Studies*, vol. 29, n°7, 979-1002.
- Yin R.K. (2017). *Case Study Research and Applications, Design and Methods*, sixth edition, Sage Publication, Los Angeles, 352 p.

Annexe : guide d'entretien

Ce guide constitue une trame principale. Certaines questions ont pu être (re)contextualisées ou précisées, selon les personnes interrogées et selon les situations de gestion.

I – Contexte et présentations respectives

1. Présentation de l'étude et de son contexte. Anonymat de l'entretien, qui sera enregistré et retranscrit pour les besoins de l'analyse.

De nombreuses études ont souligné l'influence de la télémédecine sur les pratiques professionnelles dans la transmission des connaissances, sur la hiérarchie des savoirs et dans l'organisation des relations entre spécialistes et généralistes ainsi que patients. De fait, la télémédecine serait susceptible de modifier la pratique professionnelle des médecins au cours de ces interactions répétées et induirait de nouvelles formes d'organisation du travail et de nouvelles pratiques, que nous souhaitons interroger.

2. La situation de l'interlocuteur : sexe, âge, formation, parcours professionnel, depuis quand êtes-vous dans la structure ?, engagements personnels associatifs ou culturels...

3. Si vous êtes un(e) praticien(ne), quelles sont vos fonctions actuelles ? : poste, discipline, responsabilité, lieu et contexte de travail ?

4. Où êtes-vous localisé.e ? Où sont, *a priori*, localisés vos patients ?

4 bis. Que pouvez-vous nous dire de la télémédecine pour votre pratique ? Avez-vous participé à une expérimentation ? Si oui, à quel titre ?

II – Votre expérience de télémédecine

5. Pouvez-vous décrire votre rôle dans l'acte de télémédecine (avant la consultation, pendant et après, le cas échéant) ?

6. Quelle est la fréquence de cet acte ?

6 bis. Y a-t-il quelque chose qui vous a surpris dans cette pratique ?

III – Effets de la distance géographique

7. Par rapport à une consultation en face à face, le fait d'être à distance géographique modifie-t-il la consultation ? Si oui, en quoi ?

8. Diriez-vous que la distance géographique affecte la confiance du patient de manière générale ? Ou qu'elle ne l'affecte pas ? Affecte-t-elle la vôtre ?

10. Pour vous, la confidentialité de la consultation est-elle modifiée du fait de la télémédecine ? Si oui, de quelle manière ?

11. Pour vous, la nature du dialogue praticiens/patients est-il modifié du fait de la distance ? Si oui, de quelle manière ? Auriez-vous un exemple ?

12. Avez-vous l'impression, parfois, d'avoir plus de mal à comprendre les demandes de vos patients lorsqu'elles sont formulées *via* des dispositifs distants ? Un exemple ?

12 bis. A l'inverse, avez-vous l'impression que le patient a plus de mal à vous comprendre du fait de la distance ? Si oui, auriez-vous un exemple à nous citer ?

13. Le diagnostic est-il facilité ou à l'inverse rendu plus difficile du fait de la distance ?

14. Qu'auriez-vous envie de dire à de jeunes collègues en formation à propos de la télémédecine ?

15. Ressentez-vous le besoin d'échanger entre praticiens à propos de cette pratique nouvelle ?