



HAL
open science

De l'usager connecté au citoyen sauveteur dans l'urgence médicale

Louise Robert, Bruno Bonu

► To cite this version:

Louise Robert, Bruno Bonu. De l'usager connecté au citoyen sauveteur dans l'urgence médicale. Coloquio Internacional de Humanidades Digitales, Universidad de Caldas en Manizales (Colombia); Université Paul-Valéry Montpellier 3 (France), Oct 2019, Manizales, Colombie. hal-03600435

HAL Id: hal-03600435

<https://hal.science/hal-03600435>

Submitted on 7 Mar 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Louise ROBERT

Unité de Recherche LHUMAIN
Université Paul-Valéry Montpellier 3
34199 Montpellier (France)
louise.robert@univ-montp3.fr

et

Bruno BONU

Unité de Recherche LHUMAIN
Université Paul-Valéry Montpellier 3
34199 Montpellier (France)
bruno.bonu@univ-montp3.fr

De l’usager connecté au citoyen sauveteur dans l’urgence médicale

Résumé. —

L'application pour smartphones Sauv Life met en relation le Samu avec des citoyens-sauveteurs disposés à porter secours à des victimes d'arrêt cardio-respiratoire. L'article explore le renouvellement de la figure du tiers dans ce type d'intervention urgente, où le délai d'intervention est vital. Cette innovation socio-sanitaire est présentée dans une capsule vidéo. L'analyse détaillée de cette configuration filmique permet d'observer la multiplicité de catégories (implicites et explicites, Sacks 1992) produites et transformées en situation, ainsi que d'examiner les statuts de participation mobilisés dans le traitement de l'urgence (Goffman 1987). Des applications comme Sauv Life changent profondément les activités d'aide et les catégories d'appartenance en référence aux individus, en tant qu'acteurs de la « chaîne de survie » soutenue par l'artefact technologique. L'étude de l'intégration dans la pratique de cette application mobile s'inspirant de réseaux sociaux très connus, s'inscrit dans des recherches au long cours sur les interactions tripartites au SAMU et sur l'analyse de documents filmiques.

Mots clés. — catégories ; technologie ; socio-sanitaire ; innovation ; réseaux sociaux.

Robert, Bonu, Del usuario conectado al ciudadano rescatador en la emergencia médica
Résumé.

Resumen —

La aplicación para smartphone Sauv Life conecta el Número Único de Seguridad y Emergencia (NUSE) con ciudadanos que, asumiendo el rol de rescatistas, están dispuestos a ayudar a las víctimas de paro cardiorrespiratorio. El artículo explora la renovación de la figura del tercero en este tipo de intervenciones urgentes, en las que el tiempo de intervención es vital. Esta innovación socio-sanitaria se presenta en una cápsula de vídeo. El análisis detallado de esta configuración filmica permite observar la multiplicidad de categorías (implícitas y explícitas, Sacks 1992) producidas y transformadas en situación, así como examinar los estados de participación movilizados en el tratamiento de la emergencia (Goffman 1987). Aplicaciones como Sauv Life cambian profundamente las actividades de ayuda y las categorías de pertenencia, en referencia a los individuos, como actores en la “cadena de supervivencia” sustentada por el artefacto tecnológico. El estudio de la integración práctica de esta aplicación móvil, inspirada en conocidas redes sociales, forma parte de una investigación a largo plazo sobre interacciones tripartitas en el NUSE y el análisis de documentos filmicos.

Palabra clave — categorías ; tecnologia ;salud ; innovacion ; red social

Robert, Bonu, From connected citizen to volunteer citizen-paramedics in Emergency medicine

Abstract. —

The smartphone application Sauv Life brings together french emergency services and volunteer citizens willing to give first aid to victims of cardiac arrest. This article examines a reconfiguration of third party figures in emergency interventions, where every minute counts. It examines this innovation in the field of social media and healthcare through analysis of a video clip introducing the technology. Detailed analysis of the video allows us to observe the multiplicity of categories (implicit and explicit, Sacks 1992) produced and transformed in the interaction as it proceeds, as well as examining participation frameworks in emergency responses (Goffman 1987). Applications such as Sauv Life profoundly transform rescue activities and categories membership of individuals, turning citizens into active participants in a « rescue chain » achieved through a technological artifact. The study of the adoption of this smartphone application drawn from social media models, is part of a long term research project on tripartite interactions in french emergency services and video analysis.

Key-words — categories ; technology , healthcare ; innovation ; social media

Les formes renouvelées des technologies de la santé ouvrent des perspectives inédites de coopération entre les citoyens et les acteurs de la médecine d'urgence, notamment dans les centres de régulation des appels. Le projet « Centre 15 et Humanités Numériques » (C15HN) s'inscrit dans ces environnements professionnels singuliers, où la relation téléphonique est la pierre angulaire de l'activité d'intervention de secours d'urgence. Si un ensemble d'outils est d'ores et déjà mis à disposition des professionnels dans leur activité, nous nous intéressons ici à un dispositif technique récent qui propose de faire participer des citoyens (sur la base du volontariat) au traitement des arrêts cardio-respiratoires (ACR) : l'application pour smartphones Sauv Life. Lancée en 2018, elle suggère une pratique de la médecine d'urgence hors des schémas de régulation institués, avec pour effet un renouvellement de la figure du tiers dans l'interaction professionnel de santé-patient. Après avoir présenté ce nouveau dispositif nous nous intéresserons aux activités dans lesquelles il s'inscrit, et à la place qui lui est donnée dans la chaîne des métiers de l'intervention d'urgence. Pour ce faire nous questionnerons « la place et le statut de l'objet technique – l'instrument de communication – dans l'espace interactionnel » (de Fornel, 1988), d'abord du côté des professionnels, puis du côté des citoyens. Nous verrons également comment le dispositif propose un nouveau terme circulant : *les citoyens sauveteurs*. Un terme qui décrit un statut participationnel (Goffman 1987, Zimmerman 1989) mais aussi l'appartenance à un réseau solidifié (Cardon et alii, 2008) d'individus qui s'organisent et se structurent en un groupe autour de pratiques ou d'activités partagées, et qui a été stabilisé par le droit français. Dans une seconde partie nous esquisserons une perspective méthodologique interdisciplinaire pour l'analyse de données filmiques à notre disposition, des vidéos produites par les fondateurs pour présenter leur dispositif, des reportages et témoignages proposés par les instances de production médiatique. Enfin, nous procéderons à l'analyse dans ces données filmiques de la multiplicité de catégories (implicites

et explicites, Sacks 1992) produites, ainsi que les statuts de participation mobilisés dans cette activité d'aide (Goffman 1987).

1. Sauv Life, une communauté de citoyens volontaires à la disposition des SAMU

Lancée en novembre 2018 par le docteur Lionel Lamhaut, médecin urgentiste au SAMU 75 et Arnaud Libert, formateur secouriste, Sauv Life met en relation des citoyens et des médecins régulateurs dans des situations impliquant un individu en malaise cardiaque. Le choix du développement d'un dispositif spécifique à l'intervention liée aux arrêts cardiaques se veut être une réponse au faible taux de 5% de survie des patients en ACR. Un chiffre qui peine à s'améliorer malgré les avancées des sciences, des techniques et des moyens organisationnels. Ce nouvel outil de l'intervention urgente vise à accélérer la prise en charge des victimes avant l'arrivée des secours, en permettant de géolocaliser des volontaires disposés à réaliser les premiers gestes d'urgence et ainsi de tenter de maintenir les fonctions vitales de la victime, en intervenant avant l'arrivée des secours. Nous présenterons ici le dispositif, tel qu'il nous apparaît dans les discours produits par ses fondateurs et par les instances de production médiatique, en proposant de l'observer à la fois comme un nouvel objet technique de la régulation médicale et comme un lieu d'émergence d'un réseau solidifié de secouristes. Les arrêts cardiaques représentent aujourd'hui presque 10% des décès par an en France soit dix fois plus que les accidents de la route. Alors qu'au-delà de trois minutes sans massage cardiaque, les lésions cérébrales sont irréversibles, le temps d'intervention est un facteur décisif dans les chances de survie des victimes. Les secours en France mettent en moyenne treize minutes pour arriver et vingt minutes à une heure dans les zones sanitaires, dites blanches, c'est-à-dire

fortement éloignées des centres de soins. Face au caractère incompressible des délais actuels d'intervention, Sauv Life propose la mise à disposition d'un maillage de citoyens volontaires disposés à intervenir en amont pour réduire le temps avant le premier massage cardiaque des victimes. Lorsque le SAMU reçoit un appel téléphonique pour un arrêt cardiaque et respiratoire, il envoie une équipe médicale et dans le même temps déclenche l'application. Les citoyens volontaires inscrits sur le dispositif sont géolocalisés et ceux se trouvant à proximité, c'est à dire à moins de 500 mètres, reçoivent une notification sur leur téléphone mobile et sont dirigés vers la victime de l'arrêt cardiaque. Les régulateurs leur indiquent à distance les gestes à effectuer en attendant les secours. Pour les fondateurs du dispositif, ces « bénévoles » sont des *citoyens sauveteurs*.



Illustration 01. Document de présentation. Source : SauvLife

Les concepteurs de l'application distinguent deux types de citoyens sauveteurs, selon qu'ils sont formés ou non aux gestes des premiers secours, mais insistent sur la valeur vitale de toute intervention visant la reprise de l'activité cardiaque et respiratoire. Lorsqu'un centre d'appels du SAMU est alerté pour un ACR, l'assistant de régulation en charge de l'appel déclenche le dispositif afin que tous les volontaires se trouvant à proximité soient alertés. Le système invite certains d'entre eux à aller chercher un défibrillateur, ce grâce à la localisation sur une carte

collaborative des défibrillateurs disponibles à proximité directement intégrée à l'application et d'autres à se rendre auprès de la victime. Ainsi, lorsqu'un citoyen est « déclenché » il reçoit une notification push, un S.M.S et des indications cartographiques distinctes selon s'il est sollicité pour prodiguer un massage cardiaque ou pour localiser et apporter le défibrillateur.

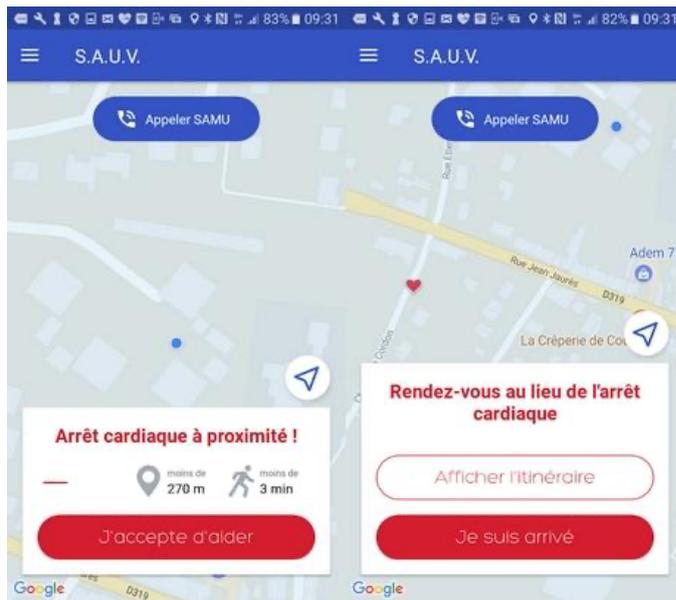


Illustration 02. Capture d'écran Sauv Life



Illustration 03. Sauv Life présentée dans l'émission Télématin (2019)

Le Conseil national de l'ordre des médecins reconnaît depuis 2015 que ce type de dispositif peut constituer un moyen permettant d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge. La mise à disposition de la connaissance des médecins régulateurs au citoyen,

contribue ainsi à créer de nouveaux intermédiaires de santé. Sauv Life est reconnue et agréée par les autorités médicales et surtout intégrée directement dans la chaîne de déclenchement des secours. Selon ses concepteurs, le dispositif a permis à deux cents victimes d'un arrêt cardiaque d'avoir la vie sauve en 2020. Ils revendiquent également un nombre de 600 000 citoyens ayant téléchargé l'application depuis la création et environ soixante-dix SAMU français qui en bénéficient, avec pour objectif un déploiement sur l'ensemble du territoire.

1.1 La chaîne de survie : objectifs de progression dans la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire

En médecine d'urgence, le concept de la chaîne de survie propose d'identifier les différentes actions permettant d'améliorer la survie des patients en arrêt cardiaque. De fait, la réanimation d'un ACR est le fruit d'une succession d'actions, dont la rapidité et la continuité sont primordiales à sa réussite. Dans sa thèse de médecine, Samsel (2013) affirme que cette chaîne de survie est composée de 4 maillons : reconnaissance et alerte au SAMU-Centre 15, réanimation cardio-pulmonaire de base (RCPB) précoce par les premiers témoins, défibrillation, et la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) par les membres des équipes préhospitalières et hospitalières. La RCPB est un élément fondamental de cette chaîne de survie, en effet en son absence le taux de survie diminue de 10% chaque minute. La défibrillation automatisée externe¹ doit également être réalisée le plus précocement possible. Cette organisation a pour finalité une prise en charge globale la plus rapide possible. Le témoin ou tiers appelant, joue un rôle primordial : il est l'intervenant principal des deux, voire trois premiers maillons. Impliquer des citoyens dans cette chaîne de survie s'inscrit dans une dynamique nationale de mise en place de protocoles d'aide à la régulation de l'ACR extra-

¹ Appareil portatif dont le rôle est d'analyser l'activité électrique du cœur d'une personne en arrêt cardio-respiratoire. Si l'appareil détecte une absence de pulsation/battement cardiaque ou des battements irréguliers ou anarchiques du cœur, alors la machine propose et permet de délivrer un choc électrique d'environ 400 volts.

hospitalière. Samsel (2013) dans son évaluation de ce protocole d'aide fait mention d'un taux de guidage, de 31% des RCP par les assistants de régulation médicale du Samu de Moselle en 2012, alors que cette pratique était inexistante en 2010 avant que le protocole ne soit mis en place. L'usage du dispositif Sauv Life reconfigure le guidage téléphonique, avec la mise à disposition de la connaissance des professionnels de la régulation aux citoyens volontaires et non plus exclusivement au tiers appelant. L'accessibilité aux défibrillateurs sur l'ensemble du territoire français et l'information et la formation du grand public s'inscrivent également dans les objectifs de santé publique de progression dans la prise en charge de l'ACR. En 2016, on relevait toutefois que si 70% des ACR ont lieu devant témoins, seulement 20% d'entre eux mettent en route spontanément une RCP (Decaen 2016). La Croix Rouge Française estime que 49% des Français sont formés aux gestes de premiers secours contre 95% dans les pays nordiques, soit une différence considérable de 46 points.² L'étude affirme que 10 000 vies pourraient potentiellement être sauvées chaque année en France, si 20% supplémentaires de la population étaient formés. Outre la formation, la désacralisation des gestes de premiers secours favoriserait la prise en charge des RCP.

1.2 Un nouvel artefact dans le traitement de l'urgence

L'activité de régulation est intrinsèquement une activité de parole soutenue par des technologies. On observe une étroite imbrication de cette parole-en-interaction et de l'utilisation d'objets matériels. Si une des spécificités des agents des centres d'appels d'urgence était de pouvoir articuler un grand nombre de modalités de communications simultanées, Sauv Life est un dispositif supplémentaire, accentuant cette pluralité et diversité d'engagements se réalisant dans des temps très courts qui demandent aux agents de savoir changer rapidement de « position dans un cadre de participation » (Goffman, 1987 et 1991).

² Ibid, page 32.

Dans cet environnement technologique qui apparaît déjà complexe, de par la pluralité des écrans, des logiciels et des dispositifs de communication, l'enquête ethnographique au long cours relèvera l'appropriation effective du dispositif par les professionnels. En effet, ces objets techniques de la communication urgente matérialisent un ensemble de pratiques socialement constituées. Leur mise à disposition et leur pertinence se construisent à travers un travail d'orientation mutuelle des acteurs, une « dimension matérielle de la communication, faite d'objets, de corps et de pratiques existant dans le temps et l'espace » (Dalle-Nazébi & Hénault-Tessier, 2012 : 79).

1.3 Le statut de “citoyen sauveteur”

Intervenir auprès d'une victime est un devoir civique mentionné dans le Code pénal français. Depuis mai 2007, tous les citoyens, même non formés aux premiers secours, ont le droit d'utiliser des Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE), bien que les dispositifs ne doivent être utilisés qu'en complément des instructions de professionnels. Pourtant, plus le nombre de témoins augmente, moins la victime a de chances d'être secourue (Chekroun 2008). Ce phénomène, qui se traduit par l'inhibition de l'action par la présence d'autrui est appelé l'effet du témoin, ou l'effet spectateur (Darley et Latané, 1968). Les auteurs décrivent trois processus de cet effet témoin : l'influence sociale (Qu'ont fait les autres et que vont faire les autres ?), l'appréhension de l'évaluation (De quoi vais-avoir l'air si j'agis ?) et la diffusion de la responsabilité (Pourquoi devrais-je agir plutôt qu'un autre ?). Lors d'une appréhension de l'évaluation, il est observé que les témoins n'interviennent pas de peur de mal évaluer la situation ou de prodiguer des gestes inappropriés sur la victime les exposant à des risques juridiques. Quant à la diffusion de la responsabilité, l'étude démontre que si de nombreux témoins sont présents, ceux-ci pourront supposer que quelqu'un d'autre va intervenir auprès de la victime, ou que quelqu'un l'a déjà fait. Ainsi, plus le nombre de témoins augmente, plus

la responsabilité individuelle s'atténue. Le 19 février 2019 une proposition de loi déposée par les fondateurs de Sauv Life a été acceptée par l'Assemblée nationale. Elle vise à « créer le statut de citoyen sauveteur, lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent ». Elle stipule en outre que « Lorsqu'il porte secours, le citoyen sauveteur agit comme un collaborateur occasionnel du service public (...) Il est exonéré de toute responsabilité civile pour le préjudice qui, le cas échéant, résulte pour la personne par lui secourue, à moins que le préjudice ne résulte d'une faute lourde ou intentionnelle de sa part. »

1.4 Le citoyen sauveteur, une communauté de tiers

L'étude des discours produits autour du dispositif, tant par ses fondateurs ou usagers que par les instances de production médiatique, permet d'observer la constitution d'un réseau solidifié de citoyens sauveteurs. Alors que le succès du dispositif réside dans son déploiement le plus large possible, il est soutenu par l'émergence d'une communauté de tiers, résultat d'une stratégie de communication construite à la fois par une campagne de financement participatif et par une forte présence du dispositif tant sur les réseaux sociaux numériques que dans la sphère médiatique. Si le statut de citoyen sauveteur est désormais reconnu par une loi, on observe qu'il se déploie aussi en ligne et qu'il participe de la construction de l'identité sociale des tiers (Georges 2008). On relève que régulièrement après un « déclenchement » à l'issue positive, les membres le relaient sur les réseaux sociaux numériques, avec une description des circonstances et la révélation d'une partie de l'identité desdits citoyens sauveteurs. Cette mise en visibilité semble participer à l'adhésion des volontaires à la communauté de tiers. L'activité observée sur les réseaux sociaux numériques montre chez les utilisateurs une forte disposition à faire part de leur engagement et à participer à l'élargissement de la communauté. Une propension à communiquer qui s'exprime aussi dans les médias, où l'on retrouve de nombreux témoignages de sauveteurs et de rescapés. Ce qui

peut apparaître comme un événement exceptionnel pour cette communauté de tiers semble pourtant s'inscrire dans un parcours de volontariat. En effet, l'usage de dispositifs qui permettent un altruisme numérique, est encore majoritairement le fait de membres déjà actifs dans des réseaux de solidarité et/ou de secourisme. Pour Lionel Lamhaut, un tiers des utilisateurs a déjà une activité de secouriste, un autre tiers est personnel de santé et le dernier tiers n'appartient à aucune des deux autres catégories.

Les activités de la santé et notamment les interventions d'urgence sont dispensées dans des structures et des équipes déjà existantes confrontées aux multiples mutations technologiques, dans le cadre du développement des soins à distance (*Telecare*, Gaglio et Mathieu-Fritz 2018 : 11). Ces changements impliquent des processus des modalités d'organisation des soins, de pilotage des projets et de développement de l'innovation, ainsi que l'engagement dans les activités de travail, ou leur abandon (Mathieu-Fritz et Gaglio 2018 : 54). Dans les descriptions « endogènes » (produites par les concepteurs et praticiens) ou « exogènes » (énoncées par les journalistes) et mises en scène dans des reportages ou dans des capsules vidéos de présentation de l'application, un certain nombre des dimensions du changement intéressent plus particulièrement les applications comme Sauv Life³: l'inscription spatiale des dispositifs avec la déterritorialisation et la transformations des espaces de soins, les formes de coopération, de délégation et d'apprentissage, la formation de communautés d'utilisateurs d'applications (professionnels et profanes), les interactions, le caractère situé et distribué des pratiques et des savoirs, avec l'hybridation des espaces professionnels et de vie, ainsi que les identités professionnelles.

³ Nous relèverons ici les applications suivantes: *Staying Alive*, *Be my Eyes*, *Israel Rescue*, *Help Bridge*.

Ces dimensions, dans le cadre des *Science and Technology Studies* (STS) de la santé font l'objet de recherches en cours et à venir (Oudshoorn, 2011 ; Pols, 2012). Dans cet article, nous nous intéresserons plus particulièrement aux nombreuses catégories produites par la participation de tiers dans l'utilisation de l'application et dans l'activité de secours, tels qu'ils sont configurés dans les vidéos à notre disposition (*infra*). En fait, l'engagement de tiers dans l'activité d'urgence projetée par l'application, nécessite des actions appropriées aux contingences de l'événement exceptionnel de la crise ACR et des transformations catégorielles (implicite ou explicites) des différents acteurs de la chaîne de survie. Après avoir présenté notre méthodologie adaptée aux matériaux à notre disposition, nous procéderons à l'analyse des catégories endogènes et exogènes produites dans l'activité d'urgence en ACR, supportée par la configuration technosociale soumise à examen. Notamment, l'observation portera sur les transformations multiples que la catégorie générique « tiers » et celle de « citoyen » vont subir dans le déroulement des situations représentées dans les matériaux audiovisuels.

2. Analyse de l'interprétation filmique : une affaire de catégories

Comment répondre à ces questionnements avec les données filmiques à disposition ? Comment procéder à une analyse de la portée interprétative des vidéos ? Cela concerne à la fois la structuration, la préparation de leur réception par les différentes phases de conception, de tournage et de montage, ainsi que le travail de compréhension effectué dans les situations de réception⁴. Nous nous intéresserons plus particulièrement à cette dernière phase. Un premier

⁴ En fait, l'ethnométhodologie et l'Analyse de Conversation prônent principalement l'accès à l'action en train de se faire, examinée dans son déroulement effectif. Les matériaux filmiques sont un produit « fini » de l'action en

pas peut être représenté par le questionnement suivant : comment les vidéos sont immédiatement interprétables pour un spectateur ? Quels sont les phénomènes filmiques qui exhibent le travail catégoriel dans les vidéos en examen ? Et comment est organisé ce travail de l'activité de catégorisation pour référer aux personnes (explicitement ou implicitement) en termes de pratiques filmiques et interprétatives, sonores et interactionnelles (mises en scène) ? Les réponses à ces interrogations peuvent être orientées dans une perspective de Sémantique Procédurale.

Dans le texte présent, nous centrerons notre analyse sur « les activités culturelles méthodiques de catégorisation » pour référer aux personnes (Watson 1994 : 152). Domaine inauguré par Harvey Sacks et poursuivi par un certain nombre d'auteurs. Dans ce sens, Sacks a insisté à la fois sur l'attention à porter à la conversation comme objet d'étude à part entière et sur la reproductibilité des méthodes examinées. Cela implique que l'intérêt dû aux formes linguistiques doit être couplé avec une forme spécifique d'enquête qui privilégie l'examen du placement séquentiel des références aux personnes, les raisonnements pratiques, ainsi que les méthodes utilisées par les participants dans une situation donnée. Les travaux de Sacks contribuent en même temps aux versants sociologique et interdisciplinaire de l'examen de l'activité de catégorisation. Les Dispositifs de catégorisation (Dc) en effet impliquent non seulement des collections de catégories, autrement dit, des ensembles cohérents pour caractériser soit une population toute entière (âge, sexe, nationalité, pour caractériser des groupes avec une taille non prédéterminée, désormais DcPn), soit un groupe limité (famille, équipe), avec des places que l'on peut anticiper, selon le collectif en question, « le père, le défenseur central », soit encore un appariement de catégories (médecin – patient, ami – ami,

train de se faire (dans ce cas, le tournage et le montage). Néanmoins, Macbeth (1999) affirme que « ...je voudrais proposer une sociologie qui va produire un discours analytique spécifique pour mettre en évidence les pratiques et les accomplissements des opérateurs dans le champ » (136).

dans une paire relationnelle standardisée, PRS) mais aussi leurs principes d'application, simples, en nombre limité, contextuellement adaptés, mais extrêmement productifs. Les questions analytiques actuelles avec des données filmiques sont alors les suivantes : Quels sont les phénomènes narratifs qui exhibent le travail procédural dans l'interaction ? Et comment est organisé ce travail sémantique, en termes de pratiques interprétatives ? (Deppermann 2011 : 116). Il faut alors construire une sémantique « occasionnée » entendue comme « l'étude des structures des expressions signifiantes dans les occasions actuelles de la conversation » (Bilmes 2011 : 129). Ou « un ensemble de pratiques organisées » doit être examiné tout aussi bien dans la conversation (Deppermann 2011a) que dans les configurations vidéos « semi-fictionnelles ». La Sémantique Procédurale veut ainsi contribuer à l'exploration des méthodes sémantiques utilisées dans l'interaction.

3. Émergence d'un nouvel acteur : des nouvelles figures du tiers ?

Dans les enquêtes menées actuellement dans le projet « Centre 15 et Humanités Numériques » (C15HN) nous avons observé l'importance du rôle du tiers aidant, l'appelant, largement présent dans les appels d'urgences, souvent impliqué émotionnellement dans la situation exceptionnelle, en train d'être vécue avec le « patient urgent ». Ce déclenchement de l'activité peut poser un certain nombre de problèmes (identification, localisation, présentation du problème et des symptômes, etc.), ou en revanche peut faciliter le traitement de la requête d'aide par le SAMU. Dans les appels au 15, les appelants sont parfois les patients urgents, mais souvent la démarche est initiée par un professionnel de santé, un proche, ou encore un passant, tous aidants occasionnels à différents titres, en tant que tiers. Ces intervenants constituaient les

principaux interlocuteurs des acteurs de la régulation médicale, avec un partage des tâches et responsabilités distribuées entre eux (*infra*) en tant qu'acteurs de la régulation médicale⁵.

Des applications comme Sauv Life changent profondément les activités d'aide et les catégories d'appartenance en référence aux individus, en tant que des acteurs de la chaîne de survie soutenue par l'artefact technologique⁶. En fait, les aidants potentiels sont sollicités via l'application, préalablement téléchargée dans leur téléphone, ce qui vaut adhésion à la communauté créée autour de l'application. Une démarche positive qui suspend la confidentialité de certaines données, notamment en termes d'autorisation de géolocalisation. Le dispositif technologique s'insère ainsi dans une chaîne de survie⁷. Le citoyen qu'il soit badaud, passant, client de café, s'il est membre de la communauté peut être appelé (par l'application, via l'algorithme), par géolocalisation. La première vidéo (épisode 1) est une vidéo de présentation produite par les concepteurs et mise à disposition sur leurs interfaces (site web, réseaux sociaux numériques) et exploitée par les médias. Elle porte sur la première et fondamentale transformation catégorielle : la cliente attablée dans un café est géolocalisée et reçoit un appel.

⁵ Pour Chave (2010) cette tiercéité est omniprésente et constitutive du secours d'urgence et c'est ce rapport, complexe, qui s'établit entre professionnels et requérants, patients ou accompagnants qui détermine en grande partie le déroulé de la prise en charge des victimes. Pour toutes les parties prenantes aux interactions urgentes, se met en place d'une part un processus de coordination intra-individuelle en acceptant d'être membre de l'interaction et de l'autre de coordination interindividuelle en favorisant son déroulé en co-construction avec tous ses acteurs. Cette tiercéité intrinsèque de la prise en charge de l'urgence, la distingue de la relation médicale traditionnellement centrée sur le duo professionnel-patient. Pour l'auteur, (op. cit.) elle est une forme caractéristique des interactions en régulation médicale urgente. On observe que dès les premières secondes de l'appel urgent se joue le degré de coopération du tiers avec le corps médical.

⁶ Le dispositif c'est un élément dans l'environnement qui donne des informations pour une action à venir (Norman 1988).

⁷ La conception de Sauv Life est proche des usages des smartphones, notamment en ce qui concerne la géolocalisation, hérité du modèle des applications visant à favoriser les rencontres ou dans le cadre du déplacement urbain.

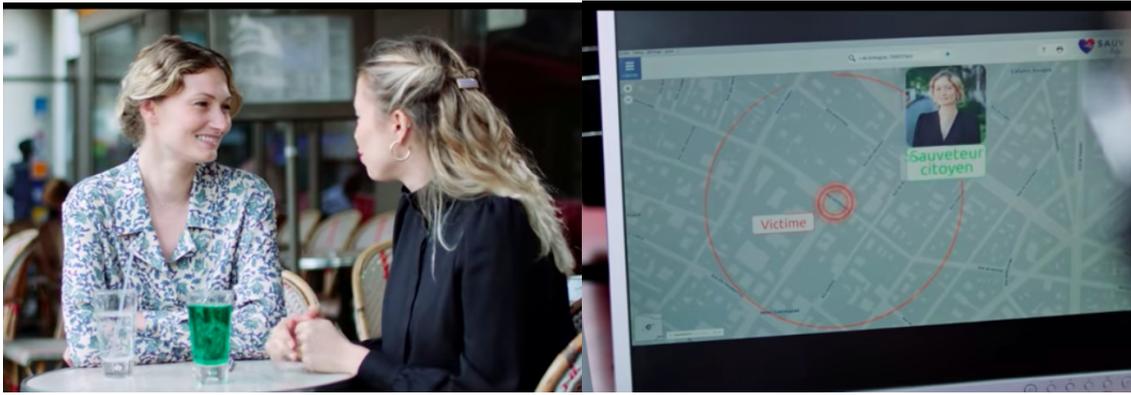


Illustration 04. Images extraites de la vidéo Sauv Life : localisation d'un citoyen sauveteur

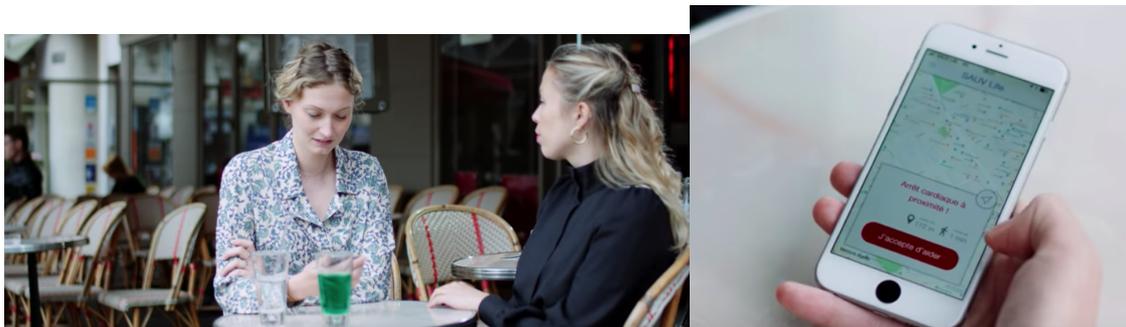


Illustration 05. Images extraites de la vidéo Sauv Life : notification du citoyen sauveteur

L'appel téléphonique arrive généralement de manière inopinée, souvent au cours d'une autre activité. L'interpellation de l'appel ici est acceptée. La réponse ne traite pas seulement une interpellation téléphonique, (Schegloff 1986), mais aussi un engagement spécifique et un changement d'appartenance catégorielle. L'appel et son acceptation projette une trajectoire qui transforme la cliente de café attablée avec une proche, en une personne en mouvement rapide vers une personne en détresse, engagée dans une activité d'aide d'urgence.



Illustration 06 . Images Sauv Life : le citoyen sauveteur se rend auprès de la victime et pratique la RCP

Ce changement catégoriel implique un ensemble de devoirs liés à l'activité d'aide (Bonu 2014). Cette transformation peut être comprise par tout le monde, sans que des paroles soient audibles dans les plans consacrés à l'activité d'aide directe de la volontaire Sauv Life⁸. En revanche sont perceptibles à l'arrière-plan sonore les interactions produites lors du traitement de l'urgence par le Centre 15 montrant la partie institutionnelle - organisationnelle de la chaîne de survie.



Illustration 07. Images extraites de la vidéo Sauv Life : le SAMU se rend sur le lieu d'intervention

⁸ Un travail spécifique sur l'agencement des sons, du montage et des actions représentées est accompli dans Bonu, dans les Actes de ce même Colloque.

L'épisode 2 (extrait d'un reportage de France 3, diffusé le 22 juin 2018) porte sur un exercice de secours mis en scène pour les besoins du reportage dans le cadre de l'application. La trajectoire de l'intervention est ainsi représentée, dès l'appel montré à la caméra, jusqu'à l'intervention sur la personne qui représente le patient urgent. Ici les catégories mobilisables par le spectateur qui rendent parfaitement intelligible la vidéo sont nombreuses. En fait, deux cadres d'activité, de participation et de signification sont constamment pertinents. Lors du déclenchement de l'appel la personne cadrée dans les images peut être catégorisée à la fois comme femme, secouriste volontaire, appartenant à la communauté Sauv Life, ainsi que démonstratrice de l'exercice pratiqué devant la caméra.

Le reportage continue, avec la même protagoniste, par son témoignage portant sur un épisode douloureux vécu par le témoin. Elle raconte une intervention du SAMU qui se passe mal (Whalen et alii 1988). Le récit commence pour reporter un échange problématique entre l'appelante et le Centre 15. La narration se conclut avec le pic du récit : la mort de la mère de la narratrice, à cause de l'envoi tardif de l'ambulance. Ce retard est provoqué par des problèmes de compréhension entre l'appelante et le SAMU qui ne permettent pas d'évaluer de manière appropriée l'état du patient urgent. De plus, l'épisode raconté a lieu un 14 juillet, fête nationale en France, journée traditionnellement chargée pour tous les centres de contrôle et d'intervention. Le récit semble implicitement justifier l'adhésion de la femme à une association (3A) qui participe au projet Sauv Life et constitue un réseau d'intervenants en zone rurale⁹. Ici aussi pour comprendre la situation il est nécessaire de mobiliser une configuration catégorielle complexe. Dans le récit, la narratrice est interrogée comme appelante dans une intervention qui

⁹ « Un récit, une anecdote, c'est-à-dire une reprise une séquence rejouée, n'est jamais le simple compte-rendu d'un événement passé. Dans son sens plein, c'est la formulation personnelle d'un locuteur, effectif ou virtuel, lui-même situé de telle sorte que certains développements temporels et dramatiques de l'événement qu'il rapporte découlent de ce point de départ. Une séquence rejouée, c'est donc, incidemment, une expérience dans laquelle ceux qui nous écoutent peuvent eux-mêmes s'insérer par empathie, qu'ils peuvent revivre par délégation... » (Goffman 1988 : 494).

se termine mal. L'exercice est interrompu, la personne interrogée garde la même posture corporelle (à genou, à côté du mannequin qui sert pour pratiquer le massage cardiaque) et traite l'activité latérale de l'entretien, sans quitter l'adresse corporelle de l'activité précédemment accomplie. La catégorie de démonstratrice de l'exercice est suspendue. Les catégories interactionnelles de répondeur à un entretien (sans que la question soit reportée dans la vidéo) de narratrice et de personnage important de la narration sont mobilisables en même temps.



Illustration 08. Images extraites du reportage France 3

Après l'examen de ces deux épisodes, on peut mettre en évidence des points qui caractérisent les appels de Sauv Life. L'appel représente généralement une incursion dans l'espace d'autrui et l'appelant mesure et atténue l'intrusivité de l'appel (Watson 1994). L'appel Sauv Life dès sa conception, emprunte une démarche positive pour le problème de l'incursion dans l'espace d'autrui. Le volontaire a accepté par le téléchargement de l'application, d'être appelé. Il peut accepter par un simple geste la demande d'intervention ou refuser. Dans une perspective supra-conversationnelle, ce n'est pas un appel anodin, quotidien et répété, mais le refus est chargé de signification, puisqu'un événement exceptionnel est en cours, il implique la survie d'une personne.



Illustration 09. Image extraite du reportage France 3

La téléphonie met en place une dynamique entre catégories endogènes et exogènes. Les premières catégories sont générées à l'intérieur de l'interaction, par le système de l'organisation des tours et projettent un appariement entre « appelé » et « appelant » dans les conversations téléphoniques. Les secondes, existantes à l'extérieur de l'espace conversationnel, comme client, usager, demandeur d'aide, patient urgent, etc., rentrent dans l'interaction par un travail de médiation, habituellement accompli par des catégories d'appartenance médiatrices. En fait, secrétaire, standardiste, assistant personnel ont la tâche de « traduire » pour un Dispositif de catégorisation spécifique (*supra*), dans un échange institutionnel, les catégories d'appelé et d'appelant. Ici en revanche, l'application s'occupe de changer les catégories des répondants, appelés par Sauv Life et qui ont accepté la requête, en deux sous-groupes distincts d'intervenants : ceux qui s'avancent pour pratiquer le massage (ils peuvent être secouristes formés ou pas, en rouge dans la photo) ; et ceux qui devront chercher le défibrillateur (en vert sur l'image). En gris sont représentés les aidants potentiels qui n'ont pas répondu à la requête. Le cadre de participation avec la projection des devoirs de chacun est ainsi configuré par l'application.

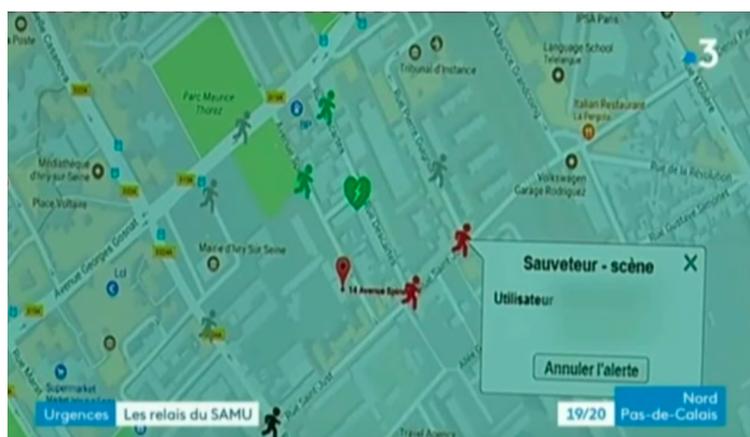


Illustration 09. Image extraite du reportage France 3 : la géolocalisation

Ces points analytiques que nous avons voulu mettre en évidence, parmi beaucoup d'autres montrent la trajectoire de l'accomplissement du changement de la catégorie de « tiers » à celle de catégorie de « citoyen » (anonyme, ou supposée tel, Mondada 2002) accompagnée par le modificateur catégoriel « sauveteur » (Sacks 1992), avec un ensemble spécifique de droits et d'obligations.

4. Conclusions et perspectives

On retiendra que l'originalité de ce dispositif tient d'abord au fait qu'il reconfigure la catégorie tiers dans l'interaction médicale urgente. Notre analyse de la portée interprétative de données filmiques à disposition montre des pratiques, des méthodes et des actions inédites qui s'inscrivent dans cet nouvel artefact technologique. Nous avons également porté attention à la communauté de tiers qui émerge avec le dispositif, un processus d'orientation mutuelle qui vient soutenir l'initiative des fondateurs de Sau Life, celle-ci agissant comme la traduction, au sens de Latour et Callon (2006) de ce que le collectif dont ils sont le porte-parole dit et veut. En effet, pour répondre à un besoin de santé publique, les fondateurs déplacent des forces et

des acteurs, ils intéressent, ils enrôlent, ils mobilisent. Il est attendu du dispositif socio-sanitaire qu'il agisse comme une forme nouvelle de réponse à un besoin social existant ou émergent. La pertinence de l'innovation collaborative en santé dépend en effet *in fine* d'une adhésion suffisante par la population, les processus d'adoption et d'appropriation sont donc primordiaux, ils président sa conception et définissent le cadre de sa diffusion, ici une puissante campagne médiatique, pour parvenir à une modification des représentations et l'émergence de nouveaux objectifs partagés qui se traduisent par un téléchargement actif de l'application. Moulin (2018) rappelle les conditions d'existence d'une innovation, ainsi ce ne serait pas uniquement sa découverte ou son invention, qui ne serait d'ailleurs plus exclusivement technique, mais bien le processus social qui mène à son usage (ou son rejet). Dans la lignée de cette conception du contexte social des innovations, celui que nous observons actuellement semble favorable à Sauv Life, avec à la fois une opinion publique parfois critique envers les SAMU, la temporalité des réformes et innovations dans la santé, dont les médias sont le relais, si ce n'est l'impulsion, et une mise en visibilité croissante des actions citoyennes et collaboratives. En effet l'appropriation par les citoyens du dispositif Sauv Life s'inscrit dans une adhésion de plus en plus forte du public aux objets connectés citoyens et solidaires, dans un mouvement où nos relations au voisinage tendent à disparaître au profit d'adhésions à des réseaux solidifiés (Cardon et alii, 2008) basés sur la géolocalisation et des préoccupations et valeurs partagées. De plus, alors que les réformes de santé sont généralement axées sur la maîtrise et la pertinence des coûts avec un patient-citoyen qui reste un acteur passif d'un système qui ne lui demande pas de véritable participation, l'initiative associative Sauv Life traduit un désir de revalorisation du statut même des citoyens, dans une logique *peer-to-peer* ou le public devient un partenaire direct des équipes médicales.

On notera également la volonté d'intégrer un lien visuo-gestuel au lien audio-phonatoire jusqu'alors utilisé comme unique possibilité de communication entre les citoyens-sauveteurs et le SAMU. Ce nouveau canal participe d'une dynamique de reconfiguration de la relation de secours d'urgence par l'intégration de la visiocommunication aux logiciels métiers de régulation médicale. Si les nouveaux dispositifs techniques de communication ont des effets sur les pratiques, ce qui entraîne leurs transformations, un des présupposés est que plus le nouveau dispositif technique transmet d'indicateurs non verbaux, meilleure est l'interaction. Pour Hénault-Tessier (2015) la vidéo offrant une prise visuelle et auditive directe sur l'appelant et son environnement elle permet la collecte de renseignements au plus près possible de la source. Dans son étude, elle relevait une hiérarchisation des moyens communicationnels par les acteurs du SAMU, pour qui la vidéo, le téléphone et le texte étaient, dans cet ordre, les moyens de communication les plus performants pour traiter une demande de secours. On relèvera à ce titre que l'application pour smartphones n'est pas le seul dispositif socio-sanitaire porté par l'association Sauv Life. En 2020, elle met en place des véhicules de télémédecine permettant à des citoyens bénévoles d'intervenir directement chez les patients, notamment pour des cas de Covid-19 et particulièrement pour les habitants des zones rurales. Les véhicules sont équipés de mallettes connectées qui permettent la visiocommunication et la vidéo transmission des constantes du patient au SAMU afin que celui-ci décide ensuite de l'hospitalisation éventuelle du patient. Les volontaires sont des soignants bénévoles, toujours en binôme, qui peuvent être étudiants, praticiens ou encore infirmiers et agissent toujours en coordination avec le SAMU. Ce dispositif a pour objectif de réduire les trop fréquents transports vers des services d'urgence pour les patients qui peuvent être pris en charge à domicile. Le projet de recherche C15HN participera, par l'étude des interactions visiocommunicatives dans les dispositifs Sauv Life à l'anticipation et l'accompagnement de l'élargissement des possibilités de communication offertes par les formes actuelles des logiciels de régulation médicale.

Références

- Bilmes, J. (2011). *Occasioned semantics: A systematic approach to meaning in talk*. *Human Studies* 34, 129-153. doi : 10.1007/s10746-011-9183-z
- Bonu, B. (2014). *L'interaction de part et d'autre des barreaux : catégorisations dans la vidéocommunication*, in L. Greco, L. Mondada & P. Renaud (éds), *Identités en interaction*, Limoges : Lambert Lucas, 115-136.
- Callon M., Latour B., Akrich M. (2006). *Sociologie de la traduction. textes fondateurs*. Presses Des Mines. doi : 10.4000/books.pressesmines.1181
- Cardon D., Crepel M., Hatt B., Pissard N., Prieur C. (2008). *10 propriétés de la force des coopérations faible*. *Internet Actu, La Fing*. Consulté le 20 février 2020.
<https://www.internetactu.net/2008/02/01/le-design-de-la-visibilite-un-essai-de-typologie-du-web-20/>
- Chekroun P. (2008). *Pourquoi les individus aident-ils moins autrui lorsqu'ils sont nombreux ?*. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, n°2, 9-1.
- Darley J., Latane B. (1968). *Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 377–383. doi : 10.1037/h0025589

Decaen A. (2016). *Apprendre à porter secours*. Mémoire professionnel

Deppermann A. (2011). *The study of formulations as a key to an interactional semantics*.

Human Studies 34, 115-128. doi : 10.1007/s10746-011-9187-8

Fornel, M. de (1988). Contraintes systémiques et contraintes rituelles dans l'interaction visiophonique. *Réseaux. Communication-Technologie-Société*, 6(29), 33-46.

France 3. (2018). *Sauv Life, le SAMU et l'association 3A*. Consultée le 20 février 2020.

<https://www.youtube.com/watch?v=7Fiq3VmHGRI>

Gaglio G., Mathieu-Fritz A. (2018). *La télémédecine en actes*. No. 207. doi :

10.3917/res.207.0009

Georges F. (2008). *L'identité numérique dans le web 2.0*. hal-01575199f

Goffman E. (1987). *Façons de parler*. Éditions de Minuit.

Goffman E. (1991). *Les Cadres de l'expérience*. Éditions de Minuit.

Hénault M., Dalle-Nazébi. (2012). *Traiter les appels d'urgence. Fabriquer une information pour l'action*. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6(1), 89-114. doi :

10.3917/rac.015.012

Jayyusi L. (1988). *Toward a socio-logic of the film text*. *Semiotica*, 68(3-4), 271-296. doi :
10.1515/semi.1988.68.3-4.271

Macbeth, D. (1999). *Glances, trances, and their relevance for a visual sociology*", In *Media Studies: Ethnomethodological Approaches*. Paul L. Jalbert, ed. Lanham, NY; Oxford :
University Press of America, 135–170.

Mathieu-Fritz A., Gaglio G. (2018). *À la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine*. *Réseaux*, (1), 27-63. doi : 10.3917/res.207.0027

Mondada, L. (2002). La ville n'est pas peuplée d'êtres anonymes : Processus de catégorisation et espace urbain. *Marges linguistiques*, 3, 72-90.

Moulin A-M. (2018). *L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements*.
Introduction. Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

Oudshoorn N. (2011). *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*,
London : Palgrave Macmillan.

Pols J. (2012). *Care at distance: on the closeness of technology*. Amsterdam : Amsterdam
University Press.

Sacks H. (1972a). *An initial investigation of the usability of conversational data for doing*

sociology in D. Sudnow (ed.), *Studies in Social Interaction*, New York: Free Press, 31-74.

Sacks H. (1967). *The search for help: no one to turn to* in E.S. Shneidman (ed.), *Essays in Self-Destruction*, New York : Science House, 203–223.

Sacks H. (1972b). *On the analyzability of stories by children* in J.J. Gumperz & D. Hymes (eds.), *Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication*, New York : Rinehart & Winston, 325–345.

Sacks H. (1992). *Lectures on Conversation*. Oxford : Basil Blackwell.

Samsel A. (2013). Evaluation d'un protocole d'aide à la régulation de l'arrêt cardiaque extra-hospitalier au SAMU de Moselle. Thèse de médecine. hal-01733961

Sauv Life. (2019). *Sauv life – Samu - présentation de l'application*. Consultée le 20 février 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=iGpPhYzc8hQ>

Schegloff E. A. (1986). "The Routine as Achievement." *Human Studies* 9: 111-151.

Watson R. (1994). *Catégories, séquentialité et ordre social : un nouveau regard sur l'œuvre de Sacks* dans B. Fradin, L. Quéré & J. Widmer (éds), *L'Enquête sur les catégories, Raisons pratiques*, 151-184.

Whalen J., Zimmerman D. H., Whalen M.R. (1988). *When words fail: A single case analysis*.

Social problems, 35(4), 335-362. doi : 10.2307/800591

Zimmerman D. H. (1989). *Prendre position*. In I. Joseph & E. Goffman, *Le parler frais*. Les Éditions de Minuit.