



HAL
open science

Dans les paradoxes du virage numérique en santé : juridiction professionnelle et pratiques de soin connectées en médecine d'urgence libérale

Marie Ghis Malfilatre

► To cite this version:

Marie Ghis Malfilatre. Dans les paradoxes du virage numérique en santé : juridiction professionnelle et pratiques de soin connectées en médecine d'urgence libérale. *Anthropologie et Santé*, 2024, 28, 10.4000/11r35 . hal-04603149

HAL Id: hal-04603149

<https://hal.science/hal-04603149v1>

Submitted on 11 Jan 2025

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 - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

28 | 2024

Santé numérique

Dans les paradoxes du virage numérique en santé

Juridiction professionnelle et pratiques de soin connectées en médecine d'urgence libérale

The paradoxes of the digital turn in healthcare. Professional jurisdictions and connected care practices in liberal emergency medicine.

Marie Ghis Malfilatre



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/13715>

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Ce document a été généré automatiquement le 29 mai 2024.

Dans les paradoxes du virage numérique en santé

Juridiction professionnelle et pratiques de soin connectées en médecine d'urgence libérale

The paradoxes of the digital turn in healthcare. Professional jurisdictions and connected care practices in liberal emergency medicine.

Marie Ghis Malfilatre

Introduction

- 1 De nombreux acteurs – politiques, industriels, médicaux – plaident pour « accélérer le virage numérique » en santé (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2019). Dans un contexte de réduction des ressources et des dépenses allouées à ce secteur, de crise de l'hôpital public et de la médecine libérale (Pierru, 2022), la transformation numérique du système de santé suscite de fortes attentes et fait émerger une importante « économie de la promesse » (Joly, 2015). La dernière « feuille de route du numérique en santé », détaillant la stratégie nationale dans ce domaine (2023-2027), avance à ce titre que, grâce au numérique, « la France pourra être un champion de la santé en Europe, au service des patients » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). D'après ses promoteurs, le virage numérique en santé devrait permettre d'améliorer l'organisation et le pilotage de l'offre de soin ou encore de libérer du temps médical (Villani & Nordlinger, 2018). Les patients et leurs proches expriment quant à eux l'espoir de voir la prise en charge et le traitement des maladies améliorés (Petersen, 2019) ou encore l'asymétrie de connaissances entre soignants et soignés réduite (Akrich *et al.*, 2009).
- 2 Alors que la digitalisation croissante des pratiques et des organisations de soin s'impose comme une dimension clé des politiques publiques de santé, elle suscite des réactions contradictoires parmi les professionnels concernés. Certains célèbrent les vertus d'une médecine « augmentée » par les technologies informatiques et numériques (Topol,

2019) quand d'autres s'inquiètent au contraire du développement d'une « technomédecine », symptôme d'un monde professionnel en crise (Falissard, 2022), d'un « faux progrès » déshumanisant les pratiques de soin (Syndicat de la médecine générale, 2022).

- 3 Au-delà de cette controverse, cet article analyse le déploiement de la santé numérique (ou e-santé) en partant du point de vue des activités concrètes des médecins qui la mettent en œuvre, des contextes dans lesquels elle prend place et des différents sens que les professionnels lui donnent. Pour ce faire, nous nous appuyons sur une ethnographie du travail médical en médecine d'urgence libérale, celle-ci offrant un terrain original pour étudier les manières dont les acteurs se saisissent des technologies numériques¹.
- 4 Si l'analyse des mutations technologiques et des manières dont elles transforment l'organisation sociale du travail médical est une perspective classique en sociologie du travail soignant, celle-ci a principalement été mise en œuvre pour étudier des configurations et professions hospitalières, dans lesquelles les professionnels de santé sont salariés. Anselm Strauss et son équipe ont par exemple décrit l'hôpital comme le lieu d'un travail nécessairement distribué entre une multitude d'acteurs et de sites, dans lequel la coordination des activités est confrontée à un problème central, celui de l'incertitude, lié à la fragmentation des soins mais aussi au développement des nouvelles technologies (Strauss *et al.*, 1985). L'étude des transformations numériques du travail soignant a éclairé les mécanismes de mise à distance du corps des patients dans les soins infirmiers (Malone, 2003). De même, l'étude de la généralisation des dossiers médicaux informatisés (*electronic health records*) a mis en lumière ses effets en termes de bureaucratisation de l'expertise médicale (Reich, 2012), de déprofessionnalisation ou d'effacement du patient derrière des dispositifs numériques (Hunt *et al.*, 2017).
- 5 De récents travaux ont par ailleurs identifié d'autres processus à partir de l'étude du cas de la télémédecine, laquelle s'accompagne de nouvelles formes de coopération entre acteurs du soin, en accordant une place plus importante à des professionnels paramédicaux désormais en charge de réaliser des gestes techniques jusque-là assurés par des médecins (Mathieu-Fritz, 2021). Cette délégation s'accompagne toutefois de tensions et d'épreuves, comme dans le cas des aides-soignantes qui craignent de réaliser des électrocardiogrammes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), invoquant les risques potentiels en termes de responsabilité juridique si le tracé n'est pas analysé par un médecin (Gaglio, 2018).
- 6 Dans ces différentes configurations observées, les professionnels de santé sont salariés. Ils travaillent dans des établissements le plus souvent publics, et l'initiative des transformations numériques revient aux directions de ces derniers. Le déploiement des technologies numériques semble subi par de nombreux soignants. À l'inverse, les manières dont les soignants installés en libéral se saisissent de ces outils restent encore peu étudiées. Comment des professionnels qui représentent un idéal-type de l'autonomie médicale (Freidson, 1984), maîtres du choix de leurs outils et de l'organisation de leur activité, s'approprient-ils ces technologies numériques et à quelles fins ?
- 7 Cet article² répond à ces questions en analysant, dans un premier temps, le contexte historique et les logiques professionnelles qui ont conduit à une digitalisation précoce de la médecine d'urgence libérale. Il relate ensuite l'expérience que les médecins font d'un ensemble hétérogène d'outils numériques, les raisons pour lesquelles ils se les

approprient et les manières dont ils équipent leurs pratiques de soin dans le contexte actuel de crise du système de santé. L'attention porte sur les usages d'un ensemble d'outils par des cliniciens : leurs téléphones portables, à partir desquels ils accèdent à des messageries instantanées, les ressources en ligne, leur logiciel médical, et différents appareils d'examen connectés (tensiomètre, électrocardiogramme, échographe, etc.). Cet ensemble d'objets constitue des dispositifs (Dodier & Barbot, 2016) dont il s'agit de comprendre l'influence qu'ils exercent sur les conduites des médecins.

- 8 En mobilisant la sociologie des professions médicales (Abbott, 1988 ; Freidson, 1984), cette étude montre que l'entrée des outils numériques et leur degré d'appropriation dans cette organisation professionnelle dépendent d'une configuration marquée à la fois par une pratique spécifique de la médecine qui s'exerce essentiellement, à ses débuts, en mobilité et par des luttes de pouvoir entre acteurs médicaux. Il examine également comment et pourquoi les médecins intègrent ces ensembles numériques à leurs pratiques professionnelles et les modifications observables sur le plan des pratiques elles-mêmes. Cet article entre ainsi en discussion avec les travaux qui ont mis en évidence que le déploiement de technologies « froides » (*cold technology*) dans le travail soignant n'exclut pas des « pratiques de soin humaines » (*warm care*) (Pols, 2012). Il contribue à la compréhension des conditions et des pratiques par lesquelles elles parviennent à être investies de qualités « soignantes » (Dagiral *et al.*, 2022) du point de vue des professionnels ; autrement dit de quelles manières elles servent de bonnes pratiques médicales du point de vue de ces médecins. Il s'agit d'étudier les prises, les attachements et les éventuelles formes de « solidarité technique » (Dodier, 1995) que les médecins développent vis-à-vis d'un ensemble hétérogène d'objets numériques, tout en analysant les tensions que leur déploiement fait émerger au sujet de ce qui constitue le « vrai travail » (Bidet, 2011).
- 9 L'enquête repose principalement sur une ethnographie multisites du travail médical dans quatre associations SOS Médecins (Caen, Grenoble, Nantes, Rennes). À l'exception d'une recherche sociologique sur les urgences sanitaires et le transport des patients qui mentionne le rôle de ces médecins dans la coordination des soins aigus non programmés en France (Morel, 2014), ces cliniciens demeurent un angle mort de la sociologie de la médecine générale (Bloy & Schweyer, 2010) comme des travaux de sociologie de la santé intéressés par la relation entre professionnels de santé et patients aux urgences (Dodier & Camus, 1997 ; Peneff, 1992 ; Ridel, 2021 ; Vassy, 2004).
- 10 L'enquête porte sur des généralistes singuliers dans le paysage médical national. SOS Médecins rassemble 1 300 médecins libéraux présents dans 63 villes en France. Ces villes sont unifiées dans une fédération dont le principe fondateur est la prise en charge des urgences 24 h/24 au chevet du patient. Ces médecins jouent ainsi un rôle clé dans la permanence des soins en France, laquelle peut être définie comme la réponse donnée aux demandes de soins non programmées et exprimées par les patients en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, c'est-à-dire en soirée, en « nuit profonde » (entre minuit et 8 h) ou pendant le week-end.
- 11 Si ces médecins travaillent en partie dans des cabinets médicaux, ils ont pour spécificité de réaliser près de la moitié de leurs actes au chevet du patient, à domicile comme en institution (Ehpad, maisons de retraite, prisons, foyers, commissariats), là où leurs confrères de la médecine de ville consultent essentiellement au cabinet (Bloy & Schweyer, 2010). Spécialisés dans la prise en charge des soins aigus non programmés, ces médecins ont le plus souvent choisi la médecine d'urgence libérale pour la plus

grande diversité des cas cliniques observés et pour la grande variation des gestes techniques et thérapeutiques réalisés par rapport à ce que pratiquent leurs confrères médecins traitants (Gouyon, 2006). Il s'agit par ailleurs d'une organisation de médecins essentiellement masculins, là où la médecine générale s'est fortement féminisée ces dernières années (Anguis *et al.*, 2021). Enfin, ces médecins ne représentent qu'un peu plus de 1 % des généralistes en France³ mais leur activité, en raison de ses différentes spécificités, cristallise les difficultés et carences actuelles du système de santé comme ses transformations : ils font partie des derniers médecins généralistes à réaliser des visites à domicile, une grande partie étant réalisées pour prendre en charge des patients âgés, dans des contextes (péri-)urbains touchés par la désertification médicale et une crise du système hospitalier (avec engorgement si ce n'est fermeture des urgences hospitalières).

- 12 Le travail de terrain a consisté à recueillir des matériaux aussi divers et denses que possible, en procédant à des immersions répétées parmi ces médecins, à des observations et à des entretiens approfondis. L'enquête a impliqué un fort engagement propre à ce type de démarche ethnographique (Cefaï, 2003 ; Cefaï *et al.*, 2010). Entre décembre 2021 et juin 2023, j'ai accompagné vingt médecins dans leurs gardes, de jour comme de nuit. Parmi eux, quatre ont été revus à plusieurs reprises. Au total, j'ai ainsi pu observer 83 visites médicales au chevet des patients et 49 consultations au cabinet pour un total de 93 heures d'observations d'actes médicaux, près de la moitié ayant été réalisées en début de nuit (entre 20 h et minuit) et en nuit profonde (entre minuit et 8 h). S'ajoutent à ces matériaux dix-huit entretiens sociologiques semi-directifs enregistrés avec des médecins, ainsi que de nombreux échanges informels au cours des déplacements aux domiciles des patients ou encore à l'occasion des réunions organisées à l'échelle locale des associations ou à l'échelle nationale.
- 13 L'enquête porte sur l'expérience du travail médical aux prises avec les transformations numériques, mais j'ai parfois aussi pu échanger avec des patients, dans certains cas à mon initiative et dans d'autres cas en réponse à la sollicitation directe des patients eux-mêmes, selon le statut que j'avais pu négocier avec les médecins en amont. J'ai tour à tour été présentée aux patients, à qui le consentement concernant ma présence était systématiquement demandé par les médecins, comme une « collègue », une « interne », une « assistante » ou encore « une docteure *mais* en sciences sociales ». Les immersions répétées sur le terrain m'ont par ailleurs permis de tisser des relations de confiance avec certains de ces médecins, qui ont accepté que je les accompagne à plusieurs reprises. J'ai pu établir, avec quelques-uns d'entre eux, des échanges réguliers autour de mes observations, interprétations et premiers résultats.
- 14 Dans un premier temps, cet article analyse la genèse et les ressorts de l'identité de ce groupe professionnel ainsi que les logiques qui conduisent ces médecins particulièrement attachés à la pratique clinique et à leur autonomie à être précurseurs dans le développement informatique et numérique. La démarche ethnographique permet de comprendre comment l'appropriation du numérique en santé s'inscrit dans une quête plus générale de reconnaissance et de défense de leur « juridiction » professionnelle (Abbott, 1988). L'article montre que si les dispositifs numériques peuvent soutenir le travail médical en permettant une meilleure coordination des soins entre professionnels de santé ainsi qu'une consolidation de l'expertise clinique à travers l'usage d'appareils connectés, ils servent aussi à bricoler une réponse médicale dans un système de santé en crise, comme le cas de la télémédecine l'illustre.

L'appropriation controversée de cette dernière au sein de ce groupe, tout comme certains usages des dispositifs numériques relèvent de pratiques jugées limites par ces médecins, qui y consentent tout en questionnant la qualité des soins ainsi prodigués. Ces résultats conduisent à envisager avec la plus grande prudence les promesses de temps médical libéré et d'amélioration de la qualité des soins par le numérique en santé tant les qualités soignantes des dispositifs numériques dépendent d'agencements locaux et de la culture professionnelle des médecins qui en font usage.

Genèse d'une identité professionnelle ouverte à l'innovation numérique

- 15 Le développement des technologies numériques dans cette association de médecins urgentistes est tributaire d'une culture et d'une configuration professionnelles spécifiques. Revenir brièvement sur l'histoire de cette association et le contexte dans lequel son activité s'est développée permettra de mieux comprendre comment les technologies numériques ont fait leur entrée et s'actualisent dans cette association de médecins libéraux pour qui la reconnaissance et l'autonomie professionnelles constituent un enjeu de lutte récurrent.
- 16 L'émergence d'un réseau de médecins urgentistes libéraux, mobiles et coordonnés est relativement récente dans le paysage médical français. SOS Médecins a été créé en 1966 par le docteur Marcel Lascar, généraliste installé dans le 11^e arrondissement de Paris. Dans un ouvrage autobiographique (Lascar, 1977), il raconte comment il en est venu à créer l'association après qu'un de ses patients, professeur d'histoire à la retraite qui souffrait d'une cardiopathie, soit décédé d'une crise cardiaque faute d'avoir réussi à le joindre un dimanche où il était absent (le SAMU n'existait pas encore à cette époque, il sera créé deux ans plus tard, en 1968). Après cet événement, le médecin n'ose plus quitter son domicile. Un incident domestique va toutefois provoquer chez lui un déclic. Victime d'une inondation dans sa salle de bain, il contacte « SOS Plombiers », association regroupant des artisans radioguidés qui le dépannent dans la demi-heure. Il constate alors avec indignation qu'« en France, on traite mieux les tuyaux de plomb que les coronaires » (Barrier, 2017 : 12.). Cette expérience le conduit à convertir son trouble en motif d'action : devant ce qu'il analyse comme une carence du système de santé en France, il décide de reprendre la formule de « SOS plombiers » pour l'appliquer à la médecine. Une première association rassemblant une poignée de généralistes munis d'une formation aux urgences voit ainsi le jour, à Paris, sous le nom de SOS Médecins, avec, pour étendard, l'examen au chevet du patient 7 jours/7 et 24 h/24, et en particulier la nuit et le week-end, quand les cabinets médicaux sont fermés.
- 17 Dans cette période pionnière de leur activité, ces médecins exercent uniquement dans le cadre de la visite à domicile et ne disposent pas de cabinet de consultation. Cette spécificité leur attire les foudres d'une partie de leurs confrères généralistes, qui ont dû assumer pour leur part le coût de l'investissement dans un cabinet. Les médecins qui cherchent à lancer des structures « SOS Médecins » sont dans cette première période fréquemment attaqués en justice, par l'Ordre national des médecins ou les syndicats de médecine générale, pour « exercice illégal de la médecine », « médecine foraine » ou encore « manquement à la déontologie ». Ils sont accusés de détourner la patientèle ou encore de faire commerce en lieu et place de soigner, ce qui constitue l'une des accusations les plus infamantes dans une profession où le mobile du profit est exclu,

l'activité étant pensée comme une vocation, celle d'aider les autres. Si l'on adopte une échelle de temps plus large, ces anathèmes ressurgissent régulièrement dans les controverses relatives à l'établissement de nouveaux professionnels de santé, comme des travaux en histoire ont pu le montrer (Faure, 2020).

- 18 Face à la montée des contentieux, SOS Médecins cherche à gagner en légitimité professionnelle et à consolider sa place dans le paysage médical. Alors qu'au cours des décennies 1960 et 1970, l'organisation connaît un essor modeste, avec la création d'une douzaine d'associations sur l'ensemble du territoire, un important tournant s'engage au début des années 1980. Une fédération est créée en 1982 et SOS Médecins devient une marque déposée et la propriété d'une société anonyme. La fédération passe alors de 15 associations en 1982 à 50 en 1989, puis à 63 en 2023. Le docteur Frédéric Bastian, fondateur de l'antenne SOS Médecins à Cherbourg et ancien président de la fédération de 1998 à 2003, estime que le fait de « grossir » et d'avoir associé à cet essor un travail de lobbying auprès des représentants politiques – sénateurs et parlementaires – a permis à l'association de « gravir les échelons de la reconnaissance »⁴.
- 19 Cet enjeu de la reconnaissance – des professionnels de santé comme des pouvoirs publics – est fréquemment évoqué dans les récits autobiographiques des pionniers comme dans la revue de la fédération, les assemblées générales ou les entretiens. Dans un environnement libéral conflictuel, ces médecins estiment avoir dû se battre pour ne pas périr et ont en retour développé un fort sentiment d'appartenance vis-à-vis de leur organisation, si ce n'est une forme de « patriotisme »⁵. Ce sentiment d'appartenance est indissociable d'une identité et d'une activité professionnelles qu'ils estiment particulières. Les médecins SOS se décrivent le plus souvent comme des médecins « atypiques », attachés à une médecine de terrain, mobile, spécialisés dans les soins aigus non programmés et la visite à domicile, une pratique qui les distingue des médecins de ville et dont ils tirent une plus-value morale. Ils estiment ainsi réaliser un « service public de santé » en assurant une importante part de la permanence de soins et en exerçant au chevet des patients, lesquels seraient, pour certains d'entre eux, privés d'accès aux soins sans leur intervention. Ils considèrent également jouer un rôle important vis-à-vis du système hospitalier en prenant en charge des patients qui, grâce à l'intervention rapide d'un médecin libéral, peuvent être maintenus à domicile en lieu et place d'une orientation vers des urgences hospitalières déjà saturées.
- 20 La mobilité géographique imposée par l'examen médical au chevet du patient conduit ces médecins à porter une attention particulière à leur équipement matériel. La question du poids, de l'ergonomie des outils et de leur interconnexion est cruciale pour se déplacer rapidement, avoir accès aux motifs d'appels et aux coordonnées des patients à examiner. Les voitures des médecins sont d'abord équipées de radio-cibi, à partir desquelles ils communiquent avec les standardistes et dispatcheurs qui leur attribuent les visites selon leur localisation, le motif d'appel ou encore le degré d'urgence. Les médecins s'orientent sur le territoire suivant des plans de ville et autres cartes IGN. Dans le but d'alléger et d'accélérer leurs interventions, les médecins s'équipent ensuite, au début des années 1990, de boîtiers de radiomessagerie, aussi appelés « pager » ou « bip » (Tatoo, TamTam, Kobby), permettant de recevoir par écrit et en permanence les informations nécessaires à leurs interventions. Ces boîtiers sont remplacés à la fin des années 1990 par les téléphones portables puis par les smartphones tactiles.
- 21 L'évolution des équipements de télécommunication s'accompagne également de changements à l'échelle de la fédération, qui décide, au cours de son assemblée

générale de 1999, de financer la construction d'un réseau informatique sécurisé pour l'ensemble de la structure (Bastian, 1999). Ce réseau informatique, qui implique des investissements importants tant pour créer l'infrastructure que pour en assurer la maintenance, est alors présenté comme un projet de modernisation de l'organisation mais aussi comme un instrument permettant de développer un projet de veille épidémiologique suivant un partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (Bastian, 1999). La fédération annonce aussi à cette même période son choix de financer un site internet destiné à faire connaître l'activité de SOS Médecins auprès du « grand public ». La publication dans le journal de la fédération du bilan comptable de l'année 2000 donne ainsi à voir les coûts liés à l'informatique et au développement numérique (Titoulet, 2001), lesquels n'ont depuis cessé de croître pour constituer désormais le troisième poste de dépenses des médecins après le salaire des standardistes et le loyer des cabinets de consultation.

Le numérique comme instrument de lutte pour la reconnaissance professionnelle

- 22 Pour ce groupe professionnel comme pour d'autres professions établies réputées attachées à leur autonomie (à l'image des juges, par exemple), assurer les conditions matérielles de leur autonomie et protéger les frontières de leur activité constituent des enjeux centraux. Dans un contexte de reconfiguration (infra)structurelle du secteur médical, qui voit notamment émerger de nouveaux acteurs économiques (tels que Doctolib) et de nouvelles obligations réglementaires relatives au numérique en santé et aux procédures de certification des logiciels médicaux (via notamment le Ségur du numérique), le développement informatique et numérique joue un rôle déterminant tant à l'échelle de la pratique médicale que dans les relations de ces médecins à leur écologie professionnelle.
- 23 La sociologie des professions d'Andrew Abbott (1988) offre ici des outils pour analyser la place que prend le numérique en santé dans les pratiques médicales, et ce en relation avec l'environnement professionnel dans lequel il se déploie. Si le développement des technologies numériques répond à un impératif de mobilité et de coordination de l'activité pour ces médecins, la démarche ethnographique permet de comprendre comment les usages du numérique dans les pratiques de soin permettent aussi à ces professionnels de faire valoir et de défendre leur « juridiction », au sens de domaine de savoirs, de compétences techniques et d'expertise réservé, dans un environnement marqué par des luttes de reconnaissance et pour l'autonomie entre différents acteurs médicaux et par la montée de nouveaux acteurs économiques.
- 24 Alors même que le contexte qui a vu émerger SOS Médecins a fortement évolué ces trois dernières décennies et que cette organisation est désormais solidement implantée dans le paysage médical national, ces médecins continuent à se mobiliser pour la reconnaissance de leur expertise. Faisant encore régulièrement l'objet de critiques publiques, notamment de la part des représentants nationaux des principaux syndicats de médecine générale, nombre de médecins SOS expriment en effet le besoin de voir la qualité de leur pratique reconnue par leurs confrères médecins généralistes, comme le montre bien le témoignage du docteur P., médecin SOS à l'antenne de Grenoble depuis une dizaine d'années.

25 Comme une partie des médecins enquêtés, le docteur P. se sert de son équipement numérique comme d'un instrument de légitimation de son expertise professionnelle. Il pensait au départ s'installer en cabinet dans une des vallées des Alpes situées au Nord de Grenoble, mais, au cours de remplacements à SOS Médecins, il est séduit par cette activité, la diversité dans le recrutement des cas cliniques tout comme la liberté d'emploi du temps dont il peut bénéficier. À ce moment de sa vie où il se projette comme père de famille, rejoindre SOS Médecins lui donne, estime-t-il, l'assurance de voir grandir ses enfants en lieu et place d'une activité en cabinet qui suscite la crainte d'être « mangé par les patients ». Le docteur P. exprime ici une volonté partagée par de nombreux (jeunes) médecins, indépendamment de leur sexe, qui souhaitent consacrer davantage de temps à leur vie personnelle que leurs aînés (Bloy & Schweyer, 2010). Ce rapport qu'il souhaite mesuré à son engagement au travail se combine toutefois chez lui à une forte implication dans son activité au sein de SOS Médecins, où il occupe des responsabilités collectives à l'échelle locale, comme dans le réseau de la permanence des soins, où il assure de surcroît deux gardes par mois à la régulation du SAMU, un engagement qu'il estime important pour mieux comprendre l'environnement médical dans lequel s'inscrit sa pratique libérale. Ce positionnement dans différents espaces professionnels et la fréquentation de confrères libéraux et hospitaliers dans le cadre de ses multiples fonctions le rendent sensible à l'image des médecins SOS, comme en témoigne l'extrait du journal de terrain tiré de l'observation d'une de ses gardes.

Grenoble. 8 février 2022. 22h. Visite à la demande du 15 pour « troubles respiratoires évoluant depuis plus de 3 mois » chez une patiente âgée de 17 ans. P. commence son interrogatoire tout en examinant la patiente, qui est allongée dans son lit, au domicile parental où elle vit avec ses frères et sœurs. La patiente décrit une sensation fréquente d'oppression thoracique, avec palpitations et sensation de mort imminente (la nuit surtout). Bien que le docteur P. juge les constantes très bonnes, il décide de pratiquer un électrocardiogramme (ECG), afin de mesurer son activité cardiaque.

Les mesures de l'ECG, consultables depuis son téléphone portable, tout comme l'examen clinique sont rassurants. En poursuivant l'échange avec la patiente au sujet de l'histoire de ses crises, elle en vient à mentionner un événement traumatisant au cours d'une opération chirurgicale qu'elle a subie 6 mois plus tôt. Le docteur P. explique alors à la patiente qu'il s'oriente vers des crises d'angoisse. Il cherche à la rassurer, met en place un traitement de son anxiété et de ses troubles du sommeil « doux », « à base de plantes », prescrit un bilan biologique et l'oriente vers son médecin traitant pour une prise en charge ajustée et un accompagnement psychologique éventuel. Dans cette perspective, il indique à la patiente qu'il va télétransmettre un courrier à son médecin traitant, pour qu'il ait accès à ses observations et aux résultats de l'ECG.

Tout en remplissant les différentes rubriques de son logiciel médical depuis son téléphone portable au domicile de la patiente, le docteur P. m'explique l'importance à ses yeux de cette démarche de télétransmission : *« Ça nous professionnalise que de télétransmettre le courrier au médecin traitant. Nous, à SOS, on est un peu à l'écart du système des médecins généralistes. Ils peuvent avoir l'impression qu'on est des "uber-médecins", qu'on vient et qu'on prescrit des antibiotiques à tout va. Or, ce n'est pas le cas. Ce qui est bien dans ce cas, c'est que le médecin va tout avoir : mes observations, l'ECG, ce qui est particulièrement intéressant dans le cas de cette problématique d'angoisse qui n'avait apparemment pas été formulée comme telle jusqu'ici devant un médecin. »*

26 À l'instar du docteur P., les médecins SOS évoquent régulièrement la mauvaise réputation dont ils estiment pâtir. Se sachant régulièrement qualifiés d'« uber-médecins » ou encore de « machines à cash qui ne serviraient à rien pour les patients » (Favereau, 2023), attirés par une activité plus lucrative, ils cherchent à démontrer leur

professionnalisme suivant différentes stratégies. L'une d'elle consiste à visibiliser et à faire reconnaître leur expertise via les outils numériques. Plusieurs médecins enquêtés se sont ainsi appropriés une fonction récemment développée dans leur logiciel médical permettant de télétransmettre au médecin traitant un courrier comprenant leurs observations et les résultats éventuels des examens pratiqués au chevet du patient. Alors que l'envoi d'un courrier papier au médecin traitant relevait auparavant d'une pratique exceptionnelle pour ces urgentistes, les possibilités offertes par leur logiciel de rédiger des observations et de les faire basculer instantanément dans un courrier numérisé transmissible en quelques clics présente différents avantages à leurs yeux. Interrogés sur cette pratique, ils mettent en avant les bénéfices pour les patients d'une communication facilitée entre soignants. Ils soulignent également l'enjeu de « se professionnaliser », c'est-à-dire de faire reconnaître leur expertise professionnelle. Cet usage révèle le positionnement paradoxal de ces médecins : tout en ayant fait le choix de la médecine d'urgence, en opposition le plus souvent à la médecine de ville qu'ils estiment moins technique et finalement moins intéressante, ils expriment néanmoins le besoin de voir leur expertise reconnue par leurs confrères installés en ville et cherchent à s'inscrire dans une chaîne médicale autour du patient.

- 27 L'enquête donne à voir une logique semblable en direction des médecins hospitaliers. Par exemple, plusieurs enquêtés disent avoir déjà transmis à leurs confrères du SAMU, via des messageries instantanées, les résultats des ECG pratiqués au chevet des patients. Tout en sachant que leurs examens ne sont pas nécessairement pris en compte par leurs confrères hospitaliers, qui préfèrent évaluer la situation des patients à partir de leurs propres examens et mesures, ils estiment que cette transmission peut avoir un intérêt pour la prise en charge du patient, en donnant à voir une éventuelle évolution de son état. Cette pratique est aussi l'occasion pour eux de faire valoir une habileté technique et une montée en compétences auprès de pairs qui occupent une position dominante dans la hiérarchie des urgences médicales.
- 28 L'environnement technique et numérique de SOS Médecins constitue également un argument vitrine pour recruter de nouveaux associés, et en particulier de jeunes médecins. Dans un contexte général de déclin de la démographie médicale et de féminisation de la formation en médecine générale, les médecins SOS anticipent des difficultés de recrutement de nouveaux associés, un problème auquel certaines associations se confrontent déjà. Les membres du bureau de la fédération ont ainsi fait le choix de mettre en avant l'équipement technique et numérique des médecins sur les pages du site internet dédiées au recrutement.

Figure 1 – Capture d'écran de la page dédiée au recrutement sur le site internet de SOS Médecins France



La technologie au coeur de votre exercice au quotidien :

- l'échoscopie au lit du patient,
- l'équipement informatique en mobilité du médecin,
- des véhicules d'intervention blancs, débanalisés, équipés (ECC, oxygène médical, matériel de perfusion, oxymètre de pouls, lecteur de glycémie...),
- des centres d'appels médicaux interconnectés,...

Source : <https://sosmedecins-france.fr/rejoignez-nous-2/mutualisation-du-materiel/> (avec l'aimable autorisation de SOS Médecins France)

- 29 Pour l'un des médecins enquêtés, le docteur R., qui occupe également des responsabilités à l'échelle nationale de la fédération, l'attrait des jeunes diplômés en médecine pour les technologies numériques ne fait aucun doute. Développer et mettre en avant cet aspect de la pratique médicale à SOS Médecins est par conséquent un moyen de garantir l'attractivité du réseau et le renouvellement des effectifs. De son point de vue, développer des outils numériques efficaces, c'est-à-dire performants et fiables pour une pratique soignante en mobilité constitue un moyen de recruter parmi les meilleurs médecins. Rester à la pointe de la transformation informatique et numérique constitue donc de longue date un enjeu majeur pour ce réseau de médecins libéraux à la fois pour équiper une pratique en mobilité et pour garantir la reconnaissance et l'attractivité d'un groupe qui occupe une position spécifique dans le paysage médical national.

Téléconsultations : tensions autour d'une médecine « en mode dégradé »

- 30 Tandis que les dispositifs numériques ont pris une place grandissante dans l'activité des médecins SOS, ces derniers continuent à revendiquer la place centrale dans leur pratique de l'examen au chevet du patient, de la relation soignant-soigné ou encore de la dimension « artisanale » de la clinique. L'observation combinée aux entretiens et échanges continus donne à voir des usages et des expériences contrastés de cet ensemble de dispositifs, ainsi que les tensions et les interrogations que leur déploiement suscite parmi ces médecins. La télémédecine représente un cas emblématique de la pluralité des réceptions et des usages des dispositifs numériques au sein de ce réseau. Alors même qu'elle était rejetée en dehors des frontières de la pratique médicale par une majorité de médecins SOS avant la crise du covid-19, ils se sont, comme d'autres professionnels de santé particulièrement attachés à la clinique, emparés de la téléconsultation, ce qui a toutefois suscité tensions et controverses parmi eux.
- 31 Comme pour la plupart des professionnels de santé en France, la télémédecine n'est pas une pratique à SOS Médecins avant l'épidémie de covid-19. Aucun des trois logiciels

médicaux en service à l'échelle de la fédération ne dispose de cette fonctionnalité. La possibilité de pratiquer des téléconsultations est pourtant inscrite à l'agenda de l'association, plus encore à partir de 2018, date à laquelle la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) annonce rembourser ces actes. L'emprise exercée par la plateforme numérique Doctolib sur les téléconsultations conduit alors certains médecins du réseau à argumenter en faveur du développement d'une solution interne à SOS Médecins. Dans cette organisation horizontale où les décisions sont prises en assemblées générales, ces enjeux ne suscitent toutefois pas encore l'intérêt escompté au-delà des médecins « modernisateurs », ceux qui sont le plus investis dans le développement des outils numériques suivant les évolutions du monde de la santé. Le financement des développements informatiques nécessaires à la téléconsultation est alors ajourné.

- 32 Au début de la crise du covid-19, les associations SOS Médecins ne disposent par conséquent d'aucune solution technique de téléconsultation. Or, dans le contexte du premier confinement cette pratique jusque-là controversée dans les mondes de la médecine s'impose à grande échelle (Mathieu-Fritz, 2021). En mars 2020, son poids relatif dans l'ensemble des consultations passe de 0,1 % à 11 % en quelques jours seulement, une « croissance record » selon la CNAM (Mathieu-Fritz, 2021 : 44-45). À SOS Médecins, où l'autonomie professionnelle représente toujours un enjeu central, la question de la téléconsultation refait surface devant l'absence de solution technique offerte par les logiciels médicaux et le refus de s'en remettre à Doctolib. Pressés d'offrir une solution aux patients, une partie des médecins recourent alors à la messagerie instantanée WhatsApp, une pratique devenue possible dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire qui autorise de nouvelles initiatives pour lutter contre l'épidémie de covid-19. Solution technique transitoire permise par un régime d'exception, la télé-médecine via WhatsApp est pratiquée à SOS Médecins entre février et mai 2020⁶, date à partir de laquelle les logiciels médicaux agrémentés prennent le relais grâce aux efforts de développement assurés par les informaticiens et autres acteurs économiques du numérique en santé.
- 33 La télé-médecine fait donc son entrée dans ce réseau de médecins urgentistes particulièrement attachés à la clinique et au départ peu intéressés, si ce n'est hostiles, à cette pratique dans le contexte exceptionnel de la crise du covid. Elle rencontre néanmoins de vives résistances parmi les médecins du réseau. Sa diffusion demeure inégale à l'échelle des associations, restant « médecin-dépendant ». Les variations de l'engagement individuel des médecins dans cette pratique constituent bientôt un objet de controverse au sein des collectifs de travail. De même que chaque associé doit assurer sa part de gardes sur la permanence des soins (soir, nuit et week-end), certains médecins souhaitent que chaque médecin assure une part de téléconsultations, ce à quoi la majorité s'oppose, faisant valoir que cette pratique doit se faire sur la base du volontariat et ne peut en aucun cas devenir une obligation.
- 34 Des associations SOS cherchent à mettre en place des lignes de garde de téléconsultations sans parvenir toutefois à les remplir faute de volontaires, comme l'illustre l'exemple de la ville de Caen. Cette association représente un milieu ouvert au tournant numérique, suivant l'influence du docteur E. qui fait figure d'« usager-innovateur » (Berthou & Gaglio, 2020), dévoué au développement des outils informatiques et numériques depuis les années 2000 et dont les compétences sont reconnues. Malgré cette configuration locale propice à une appropriation large de la

télé médecine, l'enrôlement des médecins reste limité, un quart d'entre eux demeurant fermement opposés à cette pratique quand le docteur E. s'y engage pleinement.

- 35 Convaincu que la télé médecine peut devenir une troisième voie d'accès aux soins, en plus des visites à domicile et des consultations au cabinet, le docteur E. a aménagé une pièce de son domicile familial pour optimiser les conditions d'exercice des télé consultations. Cette pièce est équipée d'un grand écran, qui projette l'image du patient, connecté à un ordinateur équipé d'une caméra externe à laquelle le médecin s'adresse depuis son canapé éclairé d'un projecteur. Pratiquant la télé médecine depuis presque deux ans au moment de l'enquête, ce médecin en mesure aussi les limites, comme le donne à voir cette séquence extraite d'une matinée d'observation :

26 janvier 2022. 11 h. Télé consultation pour « vertiges et céphalée forte » chez un patient âgé de 37 ans. Avant de faire entrer le patient dans la salle de consultation virtuelle, le docteur E. ouvre le dossier numérique du patient, qui a déjà consulté à SOS Médecins Caen. Parmi les antécédents indiqués dans le logiciel médical figure une « suspicion d'AVC ». Le docteur E. souligne cet élément et indique qu'il va devoir pousser l'interrogatoire pour cerner au mieux les symptômes et donc les risques graves. Le docteur E. commence par demander au patient de décrire le motif de son appel. Le patient évoque un malaise vagal au réveil ainsi qu'un mal de tête fort et persistant. Compte tenu de ses antécédents, le docteur E. signale être « à la limite de la visio » mais propose tout de même de poursuivre en passant à l'examen :

Médecin : Je vais vous faire faire des grimaces. Tirez la langue, gonfler les joues, écarquillez les yeux. Bon... Avez-vous ressenti un engourdissement dans les mains ?

Patient : Non.

Médecin : Des troubles de l'élocution ?

Patient : Non.

Médecin : Des troubles de la vue ?

Patient : Non.

Avant de conclure la télé consultation, il exprime à nouveau son inconfort : « *dans ce cas de figure, la télé consultation n'est vraiment pas idéale.* » Il regrette de ne pas pouvoir proposer au patient une visite à domicile du fait de son lieu de résidence, qui se situe au-delà du secteur couvert par SOS Médecins Caen. Le patient de son côté n'a pas accès à un médecin autour de chez lui et ses malaises l'empêchent de conduire, ce qui exclut de programmer une consultation en urgence dans l'un des cabinets SOS Médecins de Caen. Avant le clic de fin de télé consultation, le docteur E. invite le patient à contacter le 15 si son état se dégrade.

- 36 Tiré de l'observation d'un cas jugé « limite » par le docteur E., cet extrait de journal de terrain dit bien l'inconfort, voire le malaise, que peut susciter l'exercice médical à distance pour des médecins privés des possibilités de la clinique à main nue, d'instruments de mesure et d'examen complémentaires. Contrairement à d'autres configurations de télé consultation déjà étudiées où le médecin peut déléguer la pratique de certains examens à d'autres professionnels de santé, comme dans le cas de la télé gériatrie (Gaglio, 2018 ; Mathieu-Fritz, 2021), il reste ici seul face à des éléments manquants, et donc face à une incertitude concernant l'acuité du diagnostic et la conduite à tenir. De son côté, le patient est livré à lui-même, avec pour seule option la possibilité de contacter le SAMU si son état se dégrade. Tout en exprimant sa frustration devant ce cas de figure, le docteur E. estime néanmoins que la télé consultation est ici « mieux que rien », ce patient se trouvant dans un désert médical et sans relais pour être accompagné dans un cabinet médical.

- 37 Interrogé sur l'évolution de la téléconsultation à SOS Médecins plus d'un an après cette séquence, le docteur E. dresse un bilan mitigé. L'association de Caen constitue la dernière à l'échelle du réseau où les médecins exercent encore la télé médecine de manière régulière, avec un total de 10 000 consultations réalisées en 2022, soit dix fois plus que dans les autres associations où cette pratique est sporadique quand elle n'a pas complètement disparu. Le maintien relatif de l'exercice de la télé médecine à Caen s'explique par le rôle moteur du docteur E., particulièrement engagé de longue date dans le développement du logiciel médical utilisé à l'échelle nationale, et en qui les associés de cette ville ont confiance. Ce médecin défend une philosophie de « *la télé médecine comme couteau-suisse* », mise au service d'une approche centrée sur le « *parcours de soins aigus* »⁷. Dans cette perspective, la télé médecine pourrait permettre de faire de la régulation, du télé-conseil, mais aussi du suivi de patient déjà vu en consultation ou en visite à domicile (pour ajuster le traitement après la réception des examens complémentaires, par exemple). Si ce médecin rejoint ici ses confrères en estimant que l'exercice de la téléconsultation s'apparente à du téléconseil, il estime qu'elle présente l'avantage d'apporter une réponse médicale dans une organisation de l'offre de soin défaillante. Pour que cette médecine en « mode dégradé » soit acceptable, selon lui, elle doit toutefois s'exercer sur un territoire donné, que le médecin maîtrise pour pouvoir trouver une solution de repli où orienter le patient rapidement si le cadre de la téléconsultation ne convient pas. Dans cette perspective, la télé médecine est investie de « qualités soignantes » dans la mesure où elle ne se pratique pas hors-sol. Exercice à distance, la téléconsultation prend une dimension soignante à condition, paradoxalement, d'être territorialisée. La réflexion que développe ce médecin autour des conditions qui permettent de donner à la télé médecine une dimension soignante contribue à ce qu'une réflexion soit engagée au niveau de la fédération sur les conditions de son inscription dans l'offre de soin à l'échelle nationale.

Entre accélération et bricolage : usages pluriels et situés des dispositifs numériques dans les pratiques médicales

- 38 Dans les discours des acteurs médicaux engagés dans la promotion de la e-santé, les arguments les plus fréquents portent sur les retombées attendues de cette « révolution large de l'organisation de la santé pour le bien du patient : un système de santé plus fluide, plus efficace, moins onéreux » (Babinet & Isnard Bagnis, 2020). En contrepoint à ces promesses, la démarche ethnographique donne à voir une pluralité d'usages des dispositifs numériques dans les pratiques de soin allant des plus formalisées dans le cadre de la coordination des soins au bricolage pour pallier les carences du système de santé, en particulier dans le cas des personnes vulnérables et âgées.
- 39 La coordination entre professionnels de santé apparaît comme une dimension déterminante de la qualité et de l'efficacité des soins aigus non programmés. Dans la chaîne d'interactions nécessaires à la prise en charge des patients, SOS Médecins représente un maillon spécifique dans la mesure où les médecins sont en « première ligne » en exerçant au chevet des patients. Le développement numérique a de ce point de vue apporté certaines transformations dans les pratiques de soin, en permettant d'accélérer l'organisation des soins. Cette accélération sert dans différentes

configurations l'intérêt du patient, comme dans le cas de ce patient de 83 ans, vu à son domicile à Caen par le docteur T. en janvier 2021 :

Caen. Mardi 25 janvier 2021. 11 h 30. Visite à domicile pour problèmes urinaires chez un homme de 83 ans équipé d'une sonde urinaire et vivant chez lui avec sa femme. L'interrogatoire du patient révèle que celui-ci a chuté dans la nuit : le dossier de sa chaise de bureau où il allait s'installer a cédé, lui s'est écroulé. Tôt ce matin, il a constaté qu'il avait des fuites urinaires. À l'issue de l'examen clinique, le docteur T. s'oriente pour une sortie mécanique de la sonde urinaire consécutive à la chute du patient. Ce diagnostic induit une conduite à tenir spécifique : le changement de la sonde urinaire en milieu stérile. Ce geste doit être pratiqué au plus vite, dans l'idéal dans l'heure, pour limiter le risque infectieux. T. demande au patient le contact de son cabinet infirmier, appelle depuis son smartphone et laisse un message sur le répondeur. En l'absence de réponse du cabinet infirmier et vu l'importance de pratiquer le remplacement de la sonde rapidement, T. décide de passer par SOS Infirmiers, structure créée sur le modèle de SOS Médecins à Caen avec qui ils partagent une application permettant la prise de rendez-vous par les médecins SOS pour des soins infirmiers pratiqués sans délai. Il quitte le patient en lui expliquant qu'une infirmière va passer dans l'heure, lui épargnant ainsi les urgences hospitalières où il aurait été orienté sans cela.

40 Cette intervention à domicile donne à voir les agencements locaux qui permettent d'investir, dans certaines conditions, les dispositifs numériques de « qualités soignantes » (Dagiral *et al.*, 2022). En première ligne du système de soins aigus non programmés, cet urgentiste a pu se coordonner avec d'autres professionnels de santé depuis son secteur d'intervention grâce à une interface numérique entre médecins et infirmiers. La prise de rendez-vous facilitée avec des infirmiers a un effet immédiat pour la prise en charge de ce patient et son maintien à domicile. Ce soin aigu peut être réalisé en urgence à domicile en comptant sur une coordination optimisée entre professionnels de santé. Le numérique permet ici d'accélérer la coordination des soins, de maintenir le patient à son domicile et d'éviter ainsi un passage aux urgences hospitalières. Maintenir à domicile est souvent dans l'intérêt du patient, en particulier dans le cas des patients âgés, dont les études montrent que leur temps de passage aux urgences est en moyenne supérieur à celui des autres patients (polypathologies, désorientation liée au vieillissement, etc.) (Boisguérin & Mauro, 2017).

41 Au-delà de cet exemple d'usage d'un dispositif numérique conçu pour améliorer la coordination des soins aigus non programmés entre professionnels de santé, la démarche ethnographique a permis d'observer des usages moins formalisés du numérique, en particulier dans des situations dégradées de pénurie de médecins et dans des structures de prise en charge de personnes dépendantes. Une série de cas atteste ainsi d'un usage palliatif et bricolé du numérique pour combler des carences structurelles de moyens humains dans certaines institutions. La pénurie de médecins en particulier plonge les soignants et les patients dans des situations difficiles, comme le montre bien le cas de cette visite dans un Ehpad d'Échirolles, situé en banlieue populaire de Grenoble, où les médecins SOS sont régulièrement sollicités :

Grenoble. Mercredi 25 janvier 2023. 10 h 30. Visite d'un patient de 73 ans (déjà vu avant-hier par SOS Médecins). Devant un bilan sanguin avec « plusieurs anomalies » et dans l'impossibilité de joindre le médecin traitant, une infirmière de l'Ehpad a demandé une nouvelle visite médicale via l'interface développée par SOS Médecins qui permet aux institutions partenaires de programmer directement le passage d'un médecin. Une infirmière rejoint la docteure M. dans la chambre du patient et lui remet son dossier en mentionnant les résultats de son dernier examen biologique qui font état d'un taux de potassium élevé. L'infirmière ressort pour

poursuivre sa tournée dans les chambres des résidents. La docteure M. commence son interrogatoire au patient.

Médecin : Vous avez mal dans la poitrine monsieur Martin⁸ ?

Patient : Mal... C'est beaucoup dire !

Médecin : D'accord. Est-ce que vous êtes gêné ?

Patient : Je ne sais pas...

Médecin : Vous avez quel âge monsieur Martin ?

Patient : Bonne question !

Médecin : On vous a aidé à sortir de votre lit pour aller vous asseoir aujourd'hui monsieur Martin ?

Patient : Non, pas encore...

La docteure M. ausculte ce patient atteint d'une pathologie invalidante et dont la motricité est fortement réduite. Après avoir terminé son examen à main nue, elle prévient le patient qu'elle va réaliser un électrocardiogramme (ECG) pour « vérifier son cœur ». Tout en disposant les électrodes sur le corps du patient, elle explique que ce dernier souffre d'une « insuffisance rénale », ce qui peut expliquer ce niveau élevé de potassium puisque les reins sont supposés éliminer le potassium. Il reste que le potassium élevé peut entraîner un trouble du rythme cardiaque, ce qui motive la pratique de l'ECG. « *Les résultats sont rassurants monsieur Martin. Tout va bien de ce côté-là.* », rassure la médecin après avoir consulté le tracé de l'ECG sur son smartphone.

L'usage d'un appareil de mesure connecté permet ici d'écarter un motif d'inquiétude mais la performance des outils semble toutefois dérisoire par rapport au problème fondamental d'absence de médecin coordinateur depuis plus d'un an dans cet établissement. Dans le couloir, la docteure M. dit son malaise devant la situation de ce patient et la gestion de cet établissement « *alors que les familles payent des milliers d'euros pour que leurs proches soient pris en charge dignement* ». Elle pense avoir été appelée « juste » pour examiner à nouveau le patient en raison des résultats inquiétants de sa biologie et dans un contexte où le médecin de ville qui a prescrit la prise de sang reste injoignable depuis plusieurs jours.

Sur 65 résidents dans cet Ehpad, trois n'ont plus aucun suivi depuis le départ du médecin coordinateur, dont ce patient. La docteure M. reprend le dossier papier du patient conservé à l'infirmierie et constate effectivement que le dernier renouvellement d'ordonnance a été effectué par SOS Médecins. Or, compte tenu des résultats de sa biologie, elle estime qu'il faut revoir l'ensemble de son traitement : « *C'est un monsieur qui a beaucoup de traitements qui ne sont pas adaptés. Certains de ses médicaments sont néphrotoxiques, en particulier ceux pour la tension. Je dois modifier tout son traitement, mais ce n'est pas mon rôle normalement, je ne suis pas médecin traitant !* »

Pendant que la docteure M. regarde sur le Vidal en ligne depuis son smartphone les contre-indications du nouveau traitement qu'elle pense prescrire, une autre infirmière s'approche et demande un avis au sujet de l'évolution des escarres au scrotum d'un des résidents tout en montrant les photos qu'elle a prises avec son smartphone personnel. La docteure M. accepte de prescrire des pansements adaptés, tout en précisant qu'elle ne peut pas vraiment donner un avis dans ces conditions. En entendant cela, la première infirmière saisit l'occasion : « *Est-ce que je peux abuser de votre temps encore ? J'ai refait le chariot d'urgence et on a beaucoup de pérимés, il faudrait qu'on renouvelle. C'est possible de nous faire une ordonnance ?* »

- 42 D'une durée totale d'1 h 10, cette visite éclaire la multiplicité des soins et des actes que ces urgentistes libéraux sont amenés à pratiquer dans un contexte de crise du système de santé, notamment caractérisée par une pénurie de personnels soignants et de médecins dans de nombreux Ehpad (dont l'enquête montre que la structure observée dans ce cas n'est pas une exception). L'enquête donne à voir la variété des usages qui sont faits des dispositifs numériques et de quelles manières ceux-ci servent de prise aux

pratiques de soin dans ce contexte de désert médical en institution : en donnant la possibilité de réaliser un ECG au chevet d'un patient handicapé, en permettant de consulter via le smartphone l'historique du patient conservé dans le logiciel métier, de naviguer sur des sites internet d'information médicale pour ajuster un traitement et éviter une intoxication médicamenteuse, ou en donnant un simple avis sur la base d'une photo à une infirmière démunie devant les plaies d'un résident qu'elle ne parvient pas à soigner.

Conclusion

- 43 Les cas observés depuis ce poste d'observation singulier que représente la médecine d'urgence libérale permettent d'interroger la dynamique et les modalités du virage numérique en santé que de nombreux acteurs appellent de leurs vœux. Si des travaux ont mis en évidence les « mobiles » économiques (Al Dahdah, 2020) et les logiques gestionnaires de la digitalisation de la santé ainsi que leurs effets en termes de bureaucratisation pour la profession médicale (Reich, 2012 ; Hunt *et al.*, 2017), cette recherche contribue à comprendre à l'inverse pourquoi et comment des acteurs médicaux s'engagent de manière précoce et se maintiennent dans un virage numérique. Le positionnement à la pointe du numérique des médecins urgentistes libéraux enquêtés est tributaire d'une pratique médicale et d'une culture professionnelle spécifiques, qui articulent la recherche d'équipements performants pour une activité mobile et la quête de reconnaissance dans une arène où leur réputation est disputée. Dans leur cas, la digitalisation de leur activité sert à défendre et étendre leur juridiction professionnelle.
- 44 Cet article permet également d'analyser comment le déploiement accéléré de dispositifs numériques peut tout à la fois servir à défendre les frontières de l'activité de ces médecins et remettre en cause leur identité professionnelle, comme l'exemple de la téléconsultation le montre bien. L'enquête permet de comprendre les tensions que ces dispositifs peuvent susciter ainsi que la pluralité des usages qui en sont faits. Les dispositifs numériques étudiés permettent des soins jugés de qualité par les enquêtés dans la mesure où ils rendent possible une meilleure coordination des soins et une réponse aux déserts médicaux, de maintenir des patients à domicile, de désengorger les urgences hospitalières ou encore de bricoler une réponse médicale dans des situations de crise comme celle que connaissent de nombreux Ehpad. Les qualités soignantes (Dagiral *et al.*, 2022) des dispositifs numériques ne sont en rien données d'avance, mais sont susceptibles d'advenir selon les médecins qui s'en saisissent, des agencements locaux, territorialisés et négociés entre les acteurs du soin et avec les patients.
- 45 Les différents usages observés conduisent à considérer avec prudence les promesses concernant les bénéfices de la santé numérique pour les patients comme pour les professionnels. Présentée comme une solution en soi pour l'amélioration de la qualité des soins et pour les économies qu'elle permettrait de réaliser, la digitalisation accélérée des activités et des organisations de santé est susceptible d'avoir des conséquences imprévues et involontaires (Petersen, 2019 ; Ziebland *et al.*, 2021). Ces premiers résultats invitent à poursuivre l'analyse des appropriations des dispositifs numériques à partir d'enquêtes qualitatives pour mieux saisir les enjeux et les effets de l'accélération de leur déploiement pour les professionnels comme pour les patients et leurs proches. Ces questionnements pourront alimenter des discussions théoriques

anciennes mais néanmoins actuelles sur le déterminisme technologique et la manière dont les systèmes sociotechniques orientent l'action, favorisent le développement de certaines pratiques au détriment d'autres, ce qui ne manque pas de soulever des interrogations fortes sur le monde médical qui vient.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT A. D., 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, The University of Chicago Press.
- AKRICH M., MÉADEL C., RABEHARISOA V., DONNET-KAMEL D. P. et DELBECQJ. P., 2009. *Se mobiliser pour la santé : Des associations témoignent*. Paris, Presses des Mines.
- AL DAHDAH Marine, 2020. « Le téléphone portable, promoteur de la santé comportementale dans les Suds », *Réseaux*, 219, 1 : 39-69.
- ANGUIS M., BERGEAT M., PISARIK J., VERGIER N. et CHAPUT H., 2021. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constats et projections démographiques », *Les dossiers de la DRESS*, 76 [en ligne], <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf> (page consultée le 21/04/2024).
- BABINET O. et ISNARD BAGNIS C., 2020. *La E-santé en question(s)*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- BARRIER J.-B., 2017. *SOS Médecins : un pionnier raconte*. Paris, L'Harmattan.
- BASTIAN F., 1999. « Le mot du Président », *Journal SOS Médecins France*, n° 1.
- BERTHOU V. et GAGLIO G., 2020. « L'enrôlement différencié des usagers dans les living labs en santé et autonomie en France », *Réseaux*, 222, 4 : 165-198.
- BIDET A., 2011. *L'Engagement dans le travail*. Paris, PUF.
- BLOY G. et SCHWEYER F.-X., 2010. *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- BOISGUÉRIN B. et MAURO L., 2017. « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », *Études & Résultats*, 1008 [en ligne], <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1008.pdf> (page consultée le 24/04/2024).
- CEFAÏ D. (dir.), 2003. *L'Enquête de terrain*. Paris, La Découverte.
- CEFAÏ D., COSTEY P., GARDELLA E., GAYET-VIAUD C., GONZALEZ P., LE MÉNER E. et TERZI C. (dir.), 2010. *L'Engagement ethnographique*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- DAGIRAL É., DERBEZ B., PEERBAYE A. et SAINT-MARC D., 2022. « Entre technologies de santé et soin des technologies : Produire des matérialités soignantes », *Anthropologie & Santé*, 25 [en ligne], <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/12308> (page consultée le 21/04/2024).
- DODIER N., 1995. *Les hommes et les machines : la conscience collective dans les sociétés technicisées*. Paris, Métailié.
- DODIER N. et BARBOT J., 2016. « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 71, 2 : 421-450.

- DODIER N. et CAMUS A., 1997. « L'hospitalité de l'hôpital », *Communications*, 65, 1 : 109-119.
- FALISSARD B., 2022. « La médecine est le meilleur alibi de l'hubris technoscientifique », *Le Monde*, 13 septembre.
- FAVEREAU É., 2023. « Agnès Giannotti, en santé de vous rencontrer », *Libération*, 10 février.
- FAURE O., 2020. *Contre les déserts médicaux. Les officiers de santé en France dans le premier XIX^e siècle*. Tours, Presses universitaires François-Rabelais.
- FREIDSON E., 1984. *La Profession médicale*. Paris, Payot.
- GAGLIO G., 2018. *Du neuf avec des vieux ? Télémedecine d'urgence et innovation en contexte gériatrique*. Toulouse, Presses universitaires du Midi.
- GOUYON M., 2006. « Le recours aux médecins urgentistes de ville », *Études & résultats*, 480 [en ligne], <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-aux-medecins-urgentistes-de-ville> (page consultée le 21/04/2024).
- HUNT L. M., BELL H. S., BAKER A. M. et HOWARD H. A., 2017. « Electronic Health Records and the Disappearing Patient », *Medical Anthropology Quarterly*, 31, 3 : 403-421.
- JOLY P.-B., 2015. *Le Régime des promesses technoscientifiques. Sciences et technologies émergentes : Pourquoi tant de promesses ?* Paris, Hermann.
- LASCAR, 1977. *Médecin SOS*. Paris : Stock.
- MALONE R. E., 2003. « Distal nursing », *Social Science & Medicine*, 56, 11 : 2317-2326.
- MATHIEU-FRITZ A., 2021. *Le Praticien, le patient et les artefacts. Genèse des mondes de la télémédecine*. Paris, Presses des Mines.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, 2019. « Feuille de route stratégique du numérique en santé », dossier d'information « Accélérer le virage numérique », mai [en ligne], https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Dossier_virage_numerique_masante2022.pdf (page consultée le 21/04/2024).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, 2023. « Lancement de la Feuille de route du numérique en santé 2023-2027. Mettre le numérique au service de la santé », 17 mai [en ligne], <https://esante.gouv.fr/actualites/lancement-de-la-feuille-de-route-du-numerique-en-sante-2023-2027> (page consultée le 21/04/2024).
- MOREL S., 2014. « L'urgence à plusieurs "vitesses" : Fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence », Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes.
- PENEFF J., 1992. *L'Hôpital en urgence : Étude par observation participante*. Paris, Éditions Métailié.
- PETERSEN A. R., 2019. *Digital Health and Technological Promise: A Sociological Inquiry*. Londres & New York, Routledge.
- PIERRU F., 2022. « Le "système de santé" français ou la réforme par la crise », In GIRAUD O. et PERRIER G. (dir.), *Politiques sociales : L'état des savoirs*. Paris, La Découverte : 79-96.
- POLS J., 2012. *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*. Amsterdam, Amsterdam University Press.
- REICH A., 2012. « Disciplined Doctors: The Electronic Medical Record and Physicians' Changing Relationship to Medical Knowledge », *Social Science & Medicine*, 74, 7 : 1021-1028.
- RIDEL D., 2021. « La violence aux urgences : Une ethnographie du travail soignant », Thèse de doctorat en sociologie et démographie, Université de Lille.

- STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B. et WIENER C., 1985. *Social Organization of Medical Work*. Chicago, University of Chicago Press.
- SYNDICAT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE, 2022. « Réflexions sur la e-prescription », 13 décembre.
- TIROULET M., 2001. « Bilan comptable 2000 », *Journal SOS Médecins France*, n° 5.
- TOPOL, 2019. *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York, Basic Book.
- VASSY C., 2004. « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 32, 2 : 67-74.
- VILLANI C. et NORDLINGER B. (dir.), 2018. *Santé et intelligence artificielle*. Paris, CNRS Edition.
- ZIEBLAND S., HYDE E. et POWELL J., 2021. « Power, Paradox and Pessimism: On the Unintended Consequences of Digital Health Technologies in Primary Care », *Social Science & Medicine*, 289, 3 : 114419.

NOTES

1. Cette recherche a été menée dans le cadre d'un contrat postdoctoral de dix-huit mois réalisé au sein de la chaire « Société algorithmique » du MIAI de Grenoble et du laboratoire PACTE. Pour leur confiance, leur ouverture et le temps qu'ils auront pu accorder à cette recherche, je tiens à remercier les médecins qui ont accepté que je les accompagne de jour comme de nuit dans leurs gardes ainsi que les patients.
2. Pour leurs relectures et commentaires sur une version préliminaire de cet article, je remercie Gilles Bastin et Séverine Louvel du laboratoire PACTE, ainsi que mes collègues de l'atelier de sociologie du travail du LABERS. J'ai également pu bénéficier des remarques formulées à l'occasion d'une présentation de ce travail dans le cadre du séminaire organisé par l'équipe de recherche PRATO.
3. Selon le dernier recensement sur la démographie médicale publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 94 500 médecins généralistes exerçaient en 2021 en France (Anguis *et al.*, 2021 : 12).
4. *Le Fabuleux destin de SOS Médecins*, documentaire réalisé en 2014 par le docteur Éric Guillemette (SOS Médecins Caen), disponible sur YouTube : www.youtube.com/watch?v=w0-DLFReiOs&t=138s (page consultée le 26/04/2024).
5. *Ibid.*
6. L'ethnographie montre que l'usage de WhatsApp perdure au-delà de cette période exceptionnelle du premier confinement, mais de manière très sporadique, selon des configurations locales spécifiques et au gré des aléas techniques rencontrés sur les logiciels médicaux.
7. Entretien téléphonique avec le docteur E., 27 juin 2023.
8. Le nom du patient a été modifié.

RÉSUMÉS

De nombreux acteurs – politiques, industriels, médicaux – plaident pour « accélérer le virage numérique » en santé. Dans un contexte de réduction des ressources et des dépenses allouées à ce secteur, de crise de l'hôpital public et de la médecine libérale, la transformation numérique du système de santé suscite de fortes attentes et porte de nombreuses promesses. Cet article propose d'analyser le déploiement de la santé numérique en partant du point de vue des activités concrètes des médecins qui la mettent en œuvre et des contextes dans lesquels elle prend place, ainsi que les différents sens que les professionnels lui donnent. Pour ce faire, nous nous appuyons sur une ethnographie du travail médical au sein de SOS Médecins, la médecine d'urgence libérale offrant un terrain original pour étudier les manières dont les acteurs se saisissent des technologies numériques et les conditions dans lesquelles ces dernières peuvent être investies de qualités soignantes.

Many players – political, industrial, and medical – are pushing to “accelerate the digital turn” in healthcare. Against a backdrop of reduced resources and spending in this sector, and a crisis in public hospitals and private medicine, the digital transformation of the healthcare system is giving rise to high expectations and many promises. This article analyzes the deployment of digital healthcare from the point of view of the concrete activities of the general practitioners who implement it, the contexts in which it takes place, and the different meanings that professionals give to it. It does so by drawing on an ethnography of medical work in liberal emergency medicine, within SOS Médecins, which offers an original terrain for studying the ways in which actors seize digital technologies and the conditions in which they can be granted caring qualities.

INDEX

Keywords : Digitalization, healthcare work, general practice, professional autonomy, ethnographic approach

Mots-clés : Digitalisation, travail soignant, médecine générale, autonomie professionnelle, ethnographie

AUTEUR

MARIE GHIS MALFILATRE

PACTE – CNRS/IEP, BP48, 38040 Grenoble cedex 9, France.

marie.ghis-malfilatre@umrpacte.fr