

Université-Paris-Panthéon-Assas
école doctorale d'économie, gestion, information et
communication

Thèse de doctorat en sciences de gestion
soutenue le 30 novembre 2022

La numérisation des soins de proximité : une
approche phylogénétique en sciences de gestion



Elisa Chanial

Sous la direction du Professeur Etienne Maclouf
Co-directeur : Professeur Guillaume Lecointre

Membres du jury :

Madame Véronique Chanut, professeur à l'université Panthéon-Assas,
suffragante ;

Monsieur Guillaume Delalieux, professeur à l'IAE de l'université de La
Rochelle, rapporteur ;

Madame Sylvie Le Bomin, professeure à Sorbonne Université, suffragante ;

Monsieur Guillaume Lecointre, professeur du Muséum national d'Histoire
naturelle, co-directeur de thèse ;

Madame Célia Lemaire, professeure à l'IAE de l'université Jean Moulin
(Lyon 3), suffragante ;

Monsieur Etienne Maclouf, professeur à l'université Panthéon-Assas,
directeur de thèse ;

Monsieur Eric Pezet, professeur à l'université Paris-Nanterre, rapporteur.

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Je tiens à remercier pour leur soutien, conseils et accompagnement les professeurs Étienne Maclouf et Guillaume Lecointre, directeurs de cette thèse. Vos enseignements ont été précieux, recevez ici toute ma gratitude.

Mes remerciements vont également au professeur Véronique Chanut. Merci de m'avoir accueillie au sein du Largepa et d'avoir suivi mon travail.

Je remercie le professeur Nathalie Guibert, pour le temps qu'elle m'a accordé et pour ses conseils.

Merci à mes chers co-doctorants, Ariane et Pierre, pour nos échanges et pour ce chemin partagé.

Merci aussi à l'UNRPA-Paris, de m'avoir permis de faire ce doctorat. Une pensée particulière au conseil d'administration, aux collègues, aux adhérents, à ceux qui ont été présents tout au long de cette thèse et à ceux qui nous ont quittés en chemin.

De tout mon cœur je remercie les personnes qui ont participé, avec leurs témoignages, à cette thèse. Sans vous ce travail n'existerait pas.

Merci aux docteurs Hourdry et Davoudian de m'avoir si bien parlé de leurs métiers. Elise, merci pour tes retranscriptions.

À ma mère Marina, à ma sœur Emmanuella, merci de m'avoir encouragée et écoutée.

Emmanuel, cette thèse est aussi la tienne, sans toi je n'aurais pas voulu la faire, sans toi je n'aurais pas pu la faire. Pour chaque jour, merci.

À mon fils, Joseph.

Résumé :

La gestion publique des soins est traversée par diverses sources de changements, la répartition des moyens et leur accès sur le territoire, l'innovation numérique, le vieillissement de la population. Centrée sur l'innovation numérique, plus particulièrement sur le développement de la téléconsultation, notre thèse suit une approche exploratoire afin de dresser un état des lieux sur ces changements et leurs conséquences à l'échelle d'une population, la population âgée de 65 ans et plus sur un territoire, celui des Quartiers Politique de la Ville de Paris (QPV). Pour ce faire nous avons réalisé une première étude afin de dresser un tableau général du phénomène de la numérisation des services de santé dans ces quartiers tel qu'il est vécu par ces habitants âgés. A partir de ce travail préliminaire, constatant l'essor de la téléconsultation comme clé-de-voûte de la gestion des soins sur le territoire durant les deux premières vagues de Covid-19, nous avons mené une analyse approfondie sur cette innovation. Afin d'appréhender les éventuels changements associés à la téléconsultation, nous avons mobilisé des outils théoriques et méthodologiques complémentaires : les dimensions représentatives de l'examen clinique, issues de l'épistémologie médicale, ainsi que les connaissances que les nouvelles technologies apportent en santé, issues des recherches en santé, pour caractériser la nature du soin produit auprès d'une population donnée ; le recueil de récits et le codage de pratiques professionnelles, utilisés en santé comme en sciences de gestion pour appréhender les situations de changement ; la reconstruction phylogénétique adaptée des sciences évolutives par les *cultural studies* afin de saisir les ressemblances et dissemblances entre consultations classiques et à distance.

Notre thèse présente quatre résultats principaux pour le management public : le numérique comme étant un déterminant potentiel de la gestion publique de la santé, une meilleure connaissance des évolutions associées à la numérisation des soins, l'importance de la dimension « paysage » pour expliquer l'évolution de l'organisation territoriale de santé, ainsi que la perception du travail des soignants par les personnes âgées.

Au vu de la mobilisation interdisciplinaire de la thèse, ses apports en sciences de gestion sont théoriques et méthodologiques ; ils sont également pratiques, pour la GRH publique et pour la gestion des politiques publiques gérontologiques.

Descripteurs : management public, reconstruction phylogénétique, gérontologie, télémédecine, téléconsultation, numérisation, épistémologie médicale, QPV.

Title and Abstract :

Digitization of primary care: a phylogenetic approach in management sciences

The public management of care is affected by various sources of change: the distribution of resources and their access to the territory, digital innovation, the aging of the population.

Centered on digital innovation, more particularly on the development of teleconsultation, this PhD. follows an exploratory approach in order to draw up an inventory of these changes and their consequences at the scale of a population, the population aged 65 and more on a specific territory, the disadvantaged areas of Paris (QPV).

To do this, we carried out a first study in order to draw up a general picture of the phenomenon of the digitization of health services in these neighborhoods as it is experienced by these elderly inhabitants.

Based on this preliminary work, observing the rise of teleconsultation as the keystone of care management in the QPV areas during the first two waves of Covid-19, we conducted an in-depth analysis of this innovation.

In order to understand the possible changes associated with teleconsultation, we have mobilized complementary theoretical and methodological tools. The representative dimensions of the clinical examination, derived from medical epistemology, as well as the knowledge that new technologies provide in health, derived from health research, to characterize the nature of the care produced with a given population; the collection of stories and the coding of professional practices, used in health as in management sciences to understand situations of change; phylogenetic reconstruction adapted from evolutionary sciences by cultural studies in order to grasp the similarities and dissimilarities between traditional and remote consultations.

Our PhD. presents four main results for public management: digital as a potential determinant of public health management, a better knowledge of the evolutions associated with the digitization of care, the importance of the "landscape" dimension to explain the evolution of the territorial organization of health, as well as the perception of the work of caregivers by the elderly.

Based on the interdisciplinary mobilization of this PhD., its contributions in management sciences are theoretical and methodological; they are also practical, for public HRM and for the management of gerontological public policies.

Key words: Public Management, phylogenetic reconstruction, e-health, elderly.

Principales abréviations

QPV : Quartiers Politique de la Ville

ARS : Agences Régionales de Santé

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

DMP : Dossier Médical Partagé

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

SI : Systèmes d'information

TM : Télémédecine

TC : Téléconsultation

DMC : Dispositifs Médicaux Connectés

OS : Objets de Santé connectés

HAS : Haute Autorité de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

EBM: Evidence Based Medicine

EBP: Evidence Based Policy

PAP : personnes âgées en situation de précarité

GIR : Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Personnalisées pour l'Autonomie

ASPA : Aide Sociale Personnes Âgées

ESP : Équipes de Soins Primaires

NPM : New Public Management

HPST : (loi) Hôpital, patients, santé et territoires

LFSS : (lois) de financement de la Sécurité Sociale

HAD : hospitalisation à domicile

PAERPA : (dispositif) Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

MSP : maisons de santé pluri professionnelles

CDS : Centres de Santé

ETP : Éducation thérapeutique du patient

T2A : Tarification à l'activité

PRS : Projet Régional de Santé

Table des matières

<i>Introduction</i>	15
<i>Partie 1 : La numérisation des services de santé et la téléconsultation, observer des changements en cours</i>	27
Chapitre 1 — Mieux comprendre la numérisation des services de santé dans les Quartiers Politique de la Ville de Paris	28
Introduction	28
1.1 Une première exploration empirique : comment parle-t-on de la numérisation des services de santé ? Comment la vit-on dans les quartiers ?	28
1.2 Nécessité d'évaluer les effets de la santé numérique sur le soin	36
Conclusion du chapitre 1	38
Chapitre 2 — La téléconsultation comme clé de voûte d'une dynamique globale	41
Introduction	41
2.1 Numérisation des services en santé : une dynamique globale	41
2.2 De la télémédecine à la santé connectée : deux conceptions différentes de la santé	46
2.2.1 Cadres conceptuels mobilisés pour observer la télémédecine : la télémédecine comme diffusion d'innovations	48
2.2.2 Identification d'un manque dans la littérature en sciences de gestion : la nature du soin produit par la téléconsultation.	56
2.3 Appréhender l'essor de la téléconsultation : l'examen clinique au cœur de la structuration des pratiques médicales	60
2.3.1 Entre artisanat et standardisation, la place de l'examen clinique dans la téléconsultation et l'ensemble du système de soin	61
2.3.2 Les dimensions représentatives de l'examen clinique comme cadre théorique	63
2.4 Opérationnalisation de notre cadre théorique au cas de la téléconsultation	67
Conclusion du chapitre 2	70
Chapitre 3 — Le raisonnement abductif : un outil pour saisir le changement produit par la téléconsultation	72
Introduction	72
3.1 Choix de l'abduction comme démarche scientifique	72
3.1.1 Notre enquête, une exploration collective en trois temps	82
3.1.2 Communautés et productions de connaissances	87
3.1.3 La téléconsultation est-elle une habitude ?	88
3.2 La conception et l'analyse du changement dans les sciences humaines et sociales	89
3.2.1 Observer une variation par rapport à la norme : le changement comme phase de perte de repères.	90
3.2.2 Observer le passage d'un état à un autre : le changement comme dynamique d'ordre social et politique.	94
3.2.3 Observer les actions des individus : le changement comme processus d'apprentissage, cognitif	97

3.2.4 Le choix des approches évolutionnistes comme cadre intégrateur pour appréhender le changement associé à la téléconsultation	99
3.3 Stratégie empirique pour saisir le changement associé à la numérisation des services de santé	104
3.3.1 Étude préliminaire « Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés. Une expérience dans les quartiers politiques de la ville de Paris »	105
3.3.1.1 Notre évolution épistémologique : une première étude d’inspiration EBM, mais fortement axée sur le récit.	106
3.3.1.2 Description de l’accompagnement par les pairs	108
3.3.1.3 Collecte et analyse des données	110
3.3.2 Étude approfondie : le changement associé à la diffusion de la téléconsultation dans un territoire	113
3.3.2.1 La narration pour faire émerger le changement et la reconstruction phylogénétique pour l’analyser	114
3.3.2.1.1 Enquête qualitative auprès des personnes âgées	121
3.3.2.1.1.1 Inclusion des participants	124
3.3.2.2 La reconstruction phylogénétique : méthode et analyse de nos données	126
3.3.2.2.1 La construction des arbres	127
3.3.2.2.1.1 Choix du modèle d’analyse	128
3.3.2.2.1.1.1. Le fichier d’entrée	130
3.3.2.2.1.1.1.1. Comment interpréter nos arbres ?	131
Conclusion du chapitre 3	141
Partie 2 — Deux études complémentaires pour observer la numérisation des services en santé et la téléconsultation	144
Chapitre 4 — Étude préliminaire : médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés. Une expérience dans les quartiers politiques de la ville de Paris	146
Introduction	146
4.1 Contexte et terrain de l’étude : vieillissement démographique, défis sanitaires et sociaux	146
4.2 Article : accompagner les personnes âgées à l’utilisation des services publics en ligne	158
Conclusion du chapitre 4	169
Chapitre 5 — Étude approfondie : le changement associé à la diffusion de la téléconsultation dans un territoire	170
Introduction	170
5.1 Contexte et terrain de l’étude : la construction d’un secteur sous tension entre médecine libérale et hospitalière	170
5.1.1 Virage ambulatoire, parcours de santé et soins de premiers recours : explicitation des concepts	171

5.1.2 Le numérique en santé : modèle organisationnel de l'exercice regroupé pour les soins de premiers recours	179
5.2 Résultats : codage des pratiques et analyse phylogénétique	188
5.2.1 Description générale des participants	188
5.2.2 Description des téléconsultations et des consultations	192
5.2.3 Les résultats de la reconstruction phylogénétique : Les caractères propre aux TC, aux C et les caractères qui les réunissent.	193
5.2.3.1 Question n° 1 : quels sont les caractères propres aux C, qu'est-ce qui fait qu'elles sont ensemble ? Que font les TC dans ce groupe majoritairement composé de C ?	196
5.2.3.2 Questions n° 2 : quels sont les caractères propres aux TC, qu'est-ce qui fait qu'elles sont ensemble ? Que font les C dans ce groupe majoritairement composé de TC ?	198
5.2.3.3 Question n° 3: qu'ont en commun les TC et les C e dans le groupe où ces deux pratiques sont équivalentes ? Quels caractères les TC partagent entre-elles ? Quels caractères les C partagent entre-elles ?	200
5.2.4 Interprétation générale des résultats de l'arbre : les évolutions des soins associées à la téléconsultation	205
5.2.5 Identification d'autres caractères dans les récits	208
5.2.6 Les fossiles	269
5.2.7 Des modèles de référence pour la consultation	270
5.2.8 Identification des évolutions en cours	273
5.2.8.1 Présence / absence de gestes, émotions et représentations dans les consultations et téléconsultations	273
5.2.8.2 La téléconsultation n'est pas vécue comme une consultation classique	274
Conclusion du chapitre 5	276

Chapitre 6 – Analyse spécifique du caractère « tiers aidants » du corpus de données principales 277

Introduction	277
6.1 Contexte et terrain de l'étude : les nouvelles organisations territoriales à l'épreuve du Covid-19, la place du numérique dans la gestion de la crise dans les QPV.	277
6.2 Article : évolution vers le numérique en santé des métiers de l'aide à domicile	292
Conclusion du chapitre 6	311

Partie 3 — Le numérique en santé et la téléconsultation : sources de changements organisationnels dans les parcours de santé 313

Chapitre 7 — Synthèse de nos résultats pour la recherche en management public : développements, pratiques et conséquences de la numérisation des services en santé et de la téléconsultation 314

Introduction	314
7.1 Synthèse de nos résultats	315
7.2 Résultats de l'étude préliminaire : amélioration de l'accès aux droits sociaux et aux soins	315

7.3 Résultats de l'étude approfondie	319
7.3.1 Identification de relations de parenté entre la téléconsultation et la consultation.	319
7.3.2 La dimension « paysage »	324
7.3.3 Axes d'améliorations pour l'attractivité des métiers du grand-âge	325
Conclusion du chapitre 7	327
Chapitre 8 — Apports théoriques, méthodologiques et managériaux	329
Introduction	329
8.1 Apports théoriques : associer l'épistémologie médicale aux sciences de gestion pour penser le changement numérique en santé	329
8.2 Apport méthodologique : coder des pratiques de soin et les analyser au moyen de la reconstruction phylogénétique	332
8.3 Mieux comprendre les évolutions en cours	334
8.3.1 Le numérique comme déterminant potentiel de la gestion publique de la santé	334
8.3.2 Le « paysage » : dynamique sous-jacente à l'utilisation de la téléconsultation	338
8.3.3 Attractivité des métiers de l'aide à domicile.	343
8.4 Apports managériaux : proposer un regard en management public sur le numérique en santé	346
8.5 Limites de notre travail	348
8.5.1 Du point de vue de l'approche théorique	348
8.5.2 Du point de vue des résultats	350
Conclusion du chapitre 8	353
Chapitre 9 — Apports personnels : retisser une continuité d'expérience dans le soin face à la téléconsultation en période de Covid-19	354
Introduction	354
9.1 Observer un phénomène en construction : mobiliser l'enquête lors des premières vagues de Covid-19	354
9.1.1 Les conditions de l'action au début de la crise épidémique	354
9.1.2 L'organisation des actions conjointes	358
9.2 Revalorisations des actions conjointes avec des publics exclus des approches collaboratives	360
9.3 L'analyse des récits comme lieu et vecteur de production de connaissances	361
Conclusion du chapitre 9	368
Conclusion générale	370
Bibliographie	379
Table des Annexes	410
Index des figures et des tableaux	473

Préambule

J'ai commencé à me passionner pour les enjeux organisationnels, sanitaires et sociaux que pose le vieillissement quand, au début des années 2000, ma profession de formatrice de français langue étrangère m'a emmenée à travailler auprès d'un groupe d'apprenants âgés de plus de 60 ans.

L'observation de l'apprentissage des personnes âgées analphabètes a fait apparaître deux constats : d'une part, elles semblaient avoir moins de facilités d'apprentissage que les personnes âgées du même âge, mais alphabétisées. D'autre part, alors que tous les stagiaires bénéficiaient du même nombre d'ateliers, à la fin du cycle, les personnes âgées avaient des acquis plus hésitants et souvent la progression était inexistante. Comment retranscrire ces constats ? Comment en parler ? Était-ce normal ? Fallait-il les accepter en les rattachant au processus naturel du vieillissement ?

Je me suis alors intéressée au déclin cognitif, aux modifications de la mémoire, aux exercices qui permettent de la garder active, à lire des articles scientifiques sur le sujet. C'est aussi en menant ces ateliers que j'ai découvert les conditions de grande précarité sanitaire et sociale dans lesquelles vivaient ces personnes âgées, qui, faute d'éléments de culture commune et de connaissance des dispositifs, ne se faisaient pas, ou mal, soigner. Forte de ces découvertes, quand l'opportunité de m'investir dans la mise en place de la fédération de Paris de l'Union Nationale des retraités et Personnes âgées (UNRPA-Paris, voir encadré ci-dessous) s'est présentée, je m'y suis engagée pour mieux découvrir ce public et apprendre à travailler auprès des personnes âgées.

J'ai pu tout en travaillant reprendre des études en gérontologie grâce à la confiance que l'UNRPA, les partenaires institutionnels et le réseau gérontologique m'ont accordée en me donnant accès à des postes à responsabilités qui me permettaient d'asseoir une pratique, quand, dans le même temps, ma reprise d'études me permettait d'asseoir des théories.

Ainsi j'ai pu me spécialiser en santé à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, dans un parcours de formation et de recherche en expertise en gérontologie. Dans ce cursus, ce sont les enjeux de la gestion publique, de la santé et du vieillissement que j'ai choisi comme discipline de recherche.

Cette thèse, financée par l'UNRPA-Paris, est donc l'aboutissement de huit années de reprise d'études. Elle est la synthèse de la rencontre entre la première partie de ma vie professionnelle et la recherche en santé, au cœur des sciences de gestion, dont je souhaite

qu'elle devienne la deuxième partie de mon parcours professionnel. Ces quatre années de travail de thèse m'ont beaucoup apporté professionnellement et humainement. C'est avec beaucoup d'enthousiasme que je les ai traversées et que j'ai découvert la richesse et l'étendue des sciences de gestion. Elles m'ont permis de mettre des mots sur des intuitions, de confronter mes idées et d'en faire émerger des nouvelles pour m'accompagner, et, pourquoi pas, faire évoluer la gérontologie. C'est enfin un grand plaisir que j'ai eu à écrire cette thèse, c'est pourquoi j'espère qu'il se transmettra, un peu, aux lecteurs de ce manuscrit.

UNRPA – Paris

L'UNRPA est l'une des plus anciennes associations qui œuvrent en faveur des améliorations de vie pour les personnes âgées.

La fédération de Paris de l'UNRPA a été créée en 2009, elle est située dans le 20^e arrondissement de Paris, dans un des quartiers de la géographie prioritaire du « Grand Belleville ». Elle propose et met en place des projets gérontologiques en faveur de la santé¹ (OMS, 1985) qui placent l'éducation à la santé comme principe d'intervention et qui proposent des actions de prévention universelle, sélective et ciblée.

Ces projets proposent de comprendre et d'agir sur les comportements de santé des personnes âgées et particulièrement de celles qui vivent en situation de précarité (sociale et monétaire), pour, d'une part, permettre aux personnes âgées elles-mêmes, un meilleur contrôle sur leurs déterminants de santé et, d'autre part, pour permettre au territoire de mieux s'adapter aux réalités de ces personnes et à leurs besoins.

Ils se déroulent dans les quartiers prioritaires de Paris, les quartiers Politique de la Ville (QPV). Ce sont des quartiers défavorisés du point de vue des caractéristiques socio-économiques, mais qui, de point de vue de l'action publique bénéficient de mesures renforcées pour la cohésion sociale qui reposent sur un partenariat entre l'État, les collectivités territoriales et leurs partenaires (bailleurs sociaux, caisses d'allocations familiales, associations, etc.) et s'appuient sur un périmètre géographique prioritaire.

¹ Selon l'OMS « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La gouvernance est assurée par un bureau élu par l'assemblée générale, l'UNRPA-Paris, emploie quatre permanents et onze prestataires de service. Elle compte plus de 300 adhérents. L'expertise gérontologique de l'association s'organise en trois pôles : promotion de la santé ; accompagnement social et administratif ; solidarité et loisirs. Des activités spécifiques sont organisées au sein de chaque pôle. Activités physiques adaptées, stimulation cognitive, permanences sociales axées sur la retraite et l'accès aux soins. Ces pôles répondent à des besoins spécifiques de vieillissement identifiés sur le territoire. L'association, du fait de ses compétences gérontologiques, s'inscrit dans l'organisation territoriale de santé en tant que membre de la CPTS 20^e et travaille en partenariat avec la Direction de l'Action Sociale et de la Santé, à ce titre elle siège au conseil d'administration du Centre Social de Ville de Paris (la section du 20^e arrondissement), la Maison des Aînés et des Aidants, les Ateliers Santé Ville. L'UNRPA-Paris est reconnue dans ses compétences par le soutien financier qui lui est accordé par la Ville de Paris, l'État, l'ARS, la Conférence des Financeurs et d'autres mécènes privés.

Introduction

La numérisation des services de santé et la téléconsultation : mise en relation de questions scientifiques avec des observations empiriques

Vieillesse démographique et numérisation de l'action publique

Le vieillissement démographique a des implications majeures dans les politiques publiques de santé, et tout particulièrement dans leur application territoriale.

En 2003 avec la canicule, les questions relatives à la gestion du vieillissement sont apparues brusquement tant dans leur versant économique qu'organisationnel, avec la question en trame de fond : fallait-il avoir plus (de réglementations, d'outils, de moyens économiques et financiers) pour faire mieux ? En réponse, le management public a évolué vers l'échelle du territoire, nouvelle catégorie de l'action publique, depuis la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Cette territorialisation des politiques publiques de santé a un effet sur les pratiques des professionnels de santé et rencontre, en englobant parfois, des dynamiques territoriales, les personnes en situation de précarité et les personnes âgées isolées.

Avec la réforme du système de santé : *Ma Santé 2022* (Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), le management public territorial a suivi les transformations numériques de l'action publique. La rencontre de la numérisation de cette action, y compris pour l'accès aux soins, avec la territorialisation des politiques de santé est en train de créer un nouvel environnement, un nouveau milieu, combinant de nouveaux outils, numériques, de nouveaux usages, et de nouvelles formes de mobilités. Cet environnement est celui dans lequel vivent les agents comme les usagers à titre privé, et qui est donc indissociable de leurs pratiques du service public. Le service public est un système de relations ; or la numérisation s'accompagne de nouvelles formes de relations dans toutes les directions : entre les collaborateurs de tous niveaux, outrepassant les hiérarchies et les organigrammes ; entre les services publics et les usagers. Ainsi, la transformation numérique de l'action publique est au cœur du virage numérique de nos sociétés, y compris en santé.

Le développement du numérique en santé attire une grande variété de parties prenantes, avec autant de variété d'objectifs. Les industries des technologies médicales (« *medtechs* ») voient le numérique comme une révolution économique basée sur le potentiel des données massives dont le corps humain serait la source. Les approches basées sur la maximisation de la « valeur » pour le patient et la minimisation du coût pour la structure considèrent que le numérique doit « soutenir la restructuration de la prestation des soins en organisant les données autour du patient plutôt que des spécialités individuelles. » (Porter et Guth, 2012.)

À l'intersection entre systèmes d'information et gestion des ressources humaines, les recherches visent habituellement à connaître les ressorts de l'adoption des nouvelles technologies par les patients et les soignants, à partir de modèles classiques qui se basent sur l'intention d'utiliser. Face à ces dynamiques en faveur du numérique en santé, certains praticiens, notamment le Conseil national de l'Ordre des médecins, interrogent les changements que les *medtechs* apportent concrètement à l'acte médical : « à toute époque, les médecins ont incorporé dans leurs pratiques les innovations technologiques, afin d'améliorer l'exercice de leur art au service de la qualité des soins et de la prise en charge des patients. La diffusion de ces technologies a toujours conduit à de nouvelles façons d'exercer la médecine » (Raully et Gallois, 2019). Cependant, à l'heure du développement des nouvelles technologies en santé, et au vu de la place prépondérante que les dispositifs médicaux (DMC) et objets de santé connectés (OS), ont pris à l'occasion de la crise sanitaire du Covid-19, nous inscrivons notre recherche à la suite des études portant sur les perceptions des transformations par les utilisateurs (Habib, Béjean, Dumond, 2017). Notre objectif est d'observer les changements que la téléconsultation est susceptible d'entraîner à travers les expériences que les patients âgés ont de ces nouvelles modalités de consultation médicale.

La diffusion rapide de l'innovation en santé

La crise sanitaire en cours a permis une diffusion massive et rapide des innovations en santé. Cette rapidité dépasse le temps d'adoption d'une technologie (Dumez et Minvielle, 2017). Les discours de promotion de la santé numérique s'appuient donc sur une connaissance lacunaire des réalités, et s'inscrivent dans une conception techno centrée de l'avenir. Or, dans tous les domaines où les relations entre

professionnels et usagers ont été médiatisées par des technologies numériques, la réalité est plus ambivalente. En santé, on observe des situations de non-recours aux soins en lien avec la précarité numérique (personnes âgées, zones rurales), mais aussi une redéfinition de la place du patient avec des modifications de la démocratie sanitaire (ibid.).

Peu d'études regardent spécifiquement, les relations qu'entretiennent les hommes et les dispositifs, ou objets, de santé connectée. C'est donc une double préoccupation qui naît de cette disruption : l'adéquation des moyens à la finalité recherchée, si la finalité recherchée est l'amélioration de l'accès aux soins dans les zones rurales par les outils numériques, alors que précisément les zones rurales ont un taux de couverture numérique inférieur aux villes on observe alors une inadéquation ; la valeur du soin que l'on veut produire au travers des dispositifs médicaux connectés (Besnier, 2020). Enfin, alors que la participation active du patient est un élément déterminant dans le parcours de santé, le numérique médiatise la relation entre le praticien et le soignant. Le développement d'internet et de l'internet des objets (IOT) a progressivement effacé la frontière entre le médecin expert et le patient profane (Grimaldi, 2019) ainsi que la notion de territoires de santé. Ces nouveaux objets proposent aux personnes de gérer eux-mêmes leur santé et d'accroître l'autonomie des patients dans cette gestion. Autour de cette situation, Dumez et Minvielle (2017) proposent plusieurs *scenarii* possibles pour les patients, le statu quo, l'autonomie, le suivi à distance et le développement d'une expertise. Chacune de ces possibilités soulève la question de la place du patient aux prises avec un système de santé tourné essentiellement vers le numérique, tant vis-à-vis des patients ayant un accès limité ou difficile aux outils numériques (zones rurales, personnes âgées, personnes précaires), que vis-à-vis de ceux qui réduiraient leurs relations avec des professionnels de santé au profit des outils mis à disposition par les GAFAM.

Conduire et évaluer ces changements est particulièrement délicat. D'une manière générale, la rencontre clinique semble difficilement objectivable (Lindenmeyer, 2020). La notion de participation du patient n'est pas nouvelle, mais elle relève des compétences d'un médecin et/ou d'une équipe de soin : la bascule supposée depuis une position de demande (la plainte somatique) vers une position active (être acteur du soin) fait partie ontologiquement de l'acte médical. Elle n'est donc pas nécessairement accessible avec les concepts et méthodes usuels en sciences

humaines et sociales. Enfin, les observations réalisées dans les relations de soin en face à face semblent difficilement transposables aux dispositifs médicaux connectés (ibid.).

La téléconsultation, source de changements possibles dans le soin

Il est possible d'observer deux niveaux de conséquences liées au déploiement intense des dispositifs médicaux connectés et plus précisément de la téléconsultation.

Ces dispositifs modifient l'expression de la satisfaction et la mesure de la performance associée à la téléconsultation. Il faut donc analyser l'utilité de la téléconsultation en tant que dispositif visant à produire de la santé et du bien-être (si on retient la définition de la santé de l'OMS). À l'heure actuelle, l'évaluation porte majoritairement sur la mesure de la performance de la téléconsultation comme outil de soin dans une relation bénéfices-risques. Ce faisant, c'est l'émergence du glissement entre la notion de santé vers une approche du soin par le *quantified self* (Besnier, 2020) qui est mise en avant. Selon l'auteur, les dispositifs et objets de santé connectés offrent la possibilité aux personnes de mesurer à tout moment et de façon autonome toutes leurs activités, marche, sommeil mais aussi le fonctionnement et la performance de leurs organes. Ainsi, sous couvert d'autonomie les risques sont de créer une relation excessive de contrôle (se gouverner soi-même et agir sur son corps, Pezet, 2007) et de surveillance (Foucault, 1975), de ses propres données de santé, et de donner, sans contrôle, les informations personnelles issues de ces dispositifs et objets aux industries de technologies médicales. De plus, l'essor de la téléconsultation s'étant effectué dans un contexte de pénurie de soins, comme lors du premier confinement en France au printemps 2020, l'interprétation de l'expression d'une satisfaction qui lui serait associée reste délicate.

Nous proposons donc de nous intéresser au caractère inventif et innovant de la téléconsultation. Si « *l'innovation est le processus par lequel l'invention quelle qu'elle soit est reconnue socialement et trouve sa place dans les pratiques et dans les usages sociaux* » (Bourgueil, 2017), la téléconsultation, en raison des questions philosophiques et éthiques qu'elle soulève, reste entièrement à évaluer.

En tant que telle, la téléconsultation n'est pas réellement nouvelle. On trouve des situations de consultation à distance bien avant la généralisation du numérique, par

exemple la régulation téléphonique du SAMU. Cependant, nous sommes passés d'un usage réservé à des situations exceptionnelles à la généralisation ; et nous ne connaissons pas réellement la perception de cette nouvelle façon de « faire du soin » par les personnes qui sont le plus éloignées de la santé numérique, mais qui au vu de leur âge et de leurs conditions sociales ont un besoin régulier de consultation médicale.

Les technologies étant porteuses de nouvelles normes et de nouvelles connaissances, la téléconsultation s'inscrit dans cette dynamique. Il paraît donc important d'interroger les changements qu'une consultation faite par l'intermédiaire d'un écran produit sur l'inscription dans le parcours de soin des personnes âgées, notamment de celles qui sont les plus éloignées du numérique et, ou, en situation de précarité.

La téléconsultation comme outil d'amélioration du soin ? le cas des Quartiers Politiques de la Ville

Nous avons considéré les Quartiers Politiques de la Ville (QPV) comme les terrains où mener nos observations. Ces terrains présentent le double intérêt de s'inscrire dans un territoire où l'offre de santé est faible comparée aux autres arrondissements parisiens et où les attentes de téléconsultations sont importantes de la part des réseaux et des professionnels de santé. De plus, ces territoires à la géographie prioritaire, accueillent des personnes plus âgées et en moins bonne santé que dans les autres quartiers de Paris. Aussi dans ces quartiers plus qu'ailleurs, le vieillissement se vit en situation de précarité sociale et, ou économique.

Nous élaborons donc la problématique de recherche suivante. La téléconsultation est considérée comme un outil de réduction des inégalités d'accès aux soins. Son utilisation est censée faciliter et améliorer cet accès. Pour autant, les personnes les plus éloignées du numérique ou, les plus âgées pour lesquelles le vieillissement se fait en moins bonne santé, sont aussi celles qui ont le plus de difficultés à accéder à la téléconsultation. Nous identifions donc la nécessité d'explorer davantage ce que produit, dans l'examen clinique et dans l'organisation des soins de premiers recours, la téléconsultation.

Face à l'ampleur de cette problématique, nous l'abordons en plusieurs questions. Ces questions trouvent une réponse au sein des études que nous avons menées dans notre travail doctoral.

Question de recherche n° 1 : dans quelle mesure la numérisation des démarches administratives alimente-t-elle le numérique en santé et comment est-elle vécue dans les territoires ?

Notre étude préliminaire, « Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés. Une expérience dans les quartiers politiques de la ville de Paris », aborde notre questionnement à partir des habitants âgés des territoires QPV qui sollicitent un accompagnement administratif pour accomplir leurs démarches relatives aux services publics et à la santé. À partir de l'expérience des bénéficiaires des services publics, nous souhaitons observer et comprendre la dynamique de numérisation des services de santé.

Question de recherche n° 2 : comment la téléconsultation et la consultation se situent-elles l'une par rapport à l'autre, qu'on-t-elles en commun, qu'est-ce qui les différencie ?

En d'autres termes, nous souhaitons hiérarchiser les partages des caractères éventuels entre la téléconsultation et la consultation. Cette question est abordée dans notre étude approfondie, « le changement associé à la diffusion de la téléconsultation dans un territoire ». Cette étude nous permet d'observer comment la téléconsultation est vécue, en rapport à la consultation, par les patients âgés des QPV. Ceci dans une période complexe, celle des deux premières vagues du Covid-19, qui a été marquée par une réduction des lieux de soins et donc une augmentation des téléconsultations. Ces deux premières questions permettent d'observer l'organisation territoriale, notamment celle des soins de premiers recours, et l'organisation individuelle, des patients âgés à domicile, face à la numérisation des services de santé et au déploiement de la téléconsultation. Néanmoins, la téléconsultation s'inscrit aussi dans des secteurs sociaux et médico-sociaux déjà fortement bousculés par les réformes de santé, et qui ont été mis dans une difficulté toute particulière par la pandémie due au SarsCov-2. Ainsi les notions d'attractivité des métiers, de vocation et d'identité professionnelle sont au cœur des enjeux associés à la santé numérique. Observer le travail du soin et de l'accompagnement est une source importante pour comprendre ce que la téléconsultation crée en tant qu'enjeux et perspectives pour

la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé. Nous abordons cela par un des résultats de notre étude approfondie. Il s'agit d'une analyse spécifique d'un sous échantillon ($n = 28$) à partir du caractère « tiers aidants » qu'a permis de mettre en lumière notre corpus général de données, construit dans le cadre de l'étude approfondie.

Afin de répondre à ces questions, notre thèse est organisée en trois parties.

Dans la première partie, nous présentons la démarche générale et le cadre conceptuel de la thèse. Nous nous intéressons à la numérisation des services de santé et à la téléconsultation comme autant d'unités d'observations pour saisir les changements en cours produits par la numérisation des services de santé. Plus spécifiquement par la numérisation de l'examen clinique dans le cadre de la consultation. Nous présentons le contexte et la problématique dans laquelle nous ancrons notre travail (chapitre 1) puis les éléments théoriques et épistémologiques à partir desquels nous le développons (chapitre 2). Nous présentons ainsi notre cadre théorique et nous définissons le vocabulaire et les concepts qui constituent les éléments fondamentaux pour la compréhension de ce travail. Enfin, nous abordons notre méthodologie et l'analyse du matériau qualitatif récolté (chapitre 3).

Dans la deuxième partie, nous présentons les deux études et l'analyse spécifique qui nous ont permis d'apporter des réponses à nos questions de recherche. Les études ont donné lieu à deux publications que nous reproduisons dans les chapitres associés. La première étude, c'est-à-dire l'étude préalable à la thèse (chapitre 4) est dédiée à l'évolution des politiques publiques par le numérique au regard de la santé, avec une publication dans la revue académique *Retraite et Société*, publiée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (revue par les pairs, reconnue en gérontologie). Dans le chapitre 5, l'étude approfondie, présente le corpus des données constitué par notre terrain principal. À travers ce terrain, nous avons recueilli des témoignages permettant de qualifier la téléconsultation et la consultation au regard de ce qu'elles ont en commun, de ce qui les différencie. Ce chapitre est de taille beaucoup plus importante que les chapitres 4 et 6. Ce déséquilibre s'explique par le choix que nous avons fait, dans notre plan, d'explicitier au mieux la cohérence entre nos études et nos analyses. En effet, nous exposons dans ce chapitre l'ensemble de notre corpus

de données ainsi que nos résultats détaillés. Le chapitre 6 est un exemple de publication à partir de nos résultats. Ainsi, ce chapitre nous permet de mettre en valeur un des résultats de l'étude approfondie qui a été publiée dans la *Revue Management & Avenir Santé* (classée FNÈGE 3, HCERES, B). Ce résultat est le fruit d'une analyse spécifique d'un sous échantillon ($n = 28$) à partir du caractère « tiers aidants » de notre corpus général construit dans le cadre de l'étude approfondie. Cette analyse porte sur la transformation numérique des métiers du soin, par la perception du service reçu à travers l'aide pour accéder au numérique en santé.

Dans la troisième partie, nous présentons la synthèse de nos résultats, notre discussion, les apports de notre travail et notre discussion générale. Nous observons le numérique en santé et la téléconsultation comme étant des sources de changements organisationnels dans les parcours de santé. Tout d'abord, nous synthétisons nos résultats qui nous permettent d'observer les développements, les pratiques et les conséquences de la numérisation des services en santé et de la téléconsultation (chapitre 7).

Le chapitre 8 est dédié aux apports et les limites de notre thèse, nous montrons comment l'abduction et la reconstruction phylogénétique ont été, pour nous, un continuum de réflexions et de pratiques fertiles pour saisir les changements en cours au regard des nouvelles pratiques de consultation à distance.

Puis, nous proposons une discussion plus générale, mais aussi plus personnelle, qui nous permettra de prendre du recul vis-à-vis de notre thèse (chapitre 9), enfin, nous présentons nos conclusions générales.

Après avoir présenté la structure générale de la thèse, nous présentons maintenant le contenu des différents chapitres de manière un peu plus développée.

Dans le premier chapitre, nous commençons par expliciter la naissance de notre questionnement et les raisons pour lesquelles nous avons voulu observer comment la numérisation des services de santé dans les Quartiers Politique de la Ville de Paris était vécue par les habitants âgés. Cette première section permet de montrer que la relation aux services publics dans ces quartiers structure les territoires et la vie des personnes. Nous montrons dans la deuxième section que la numérisation des services publics tend à se généraliser et à s'ouvrir à tous les domaines de la vie régis par

l'offre publique. Dans la dernière section, nous montrons que, d'une part en réglementant la numérisation de l'accès aux droits et d'autre part en se généralisant à d'autres champs régis par l'offre publique, comme la santé, les pouvoirs publics créent les conditions nécessaires et préalables au développement et à l'utilisation des télé services en santé qui reposent sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) dont la télémédecine, et donc la téléconsultation fait partie.

Dans le deuxième chapitre, nous proposons tout d'abord un regard historique sur le développement de la télémédecine et puis de la téléconsultation. Ainsi nous expliquons les similitudes et les différences entre les termes associés au numérique en santé. Ce faisant, nous montrons les visions de la santé que ces termes véhiculent. Ensuite, nous portons un regard complet, bien que non exhaustif, des cadres théoriques mobilisés pour appréhender la téléconsultation tant en sciences de gestion qu'en santé. Cette étape permet de montrer qu'au sein de l'organisation de la production du soin, la téléconsultation est directement associée à l'objectif d'améliorer l'accès aux soins tant au niveau du parcours des soins, qu'à celui du suivi des patients, du *contact-tracing*, du repérage et du diagnostic. Nous montrons donc que la téléconsultation constitue un intérêt commun entre les disciplines de la gestion et celles de la santé, mais aussi que la nature du soin produit par la téléconsultation est peu ou pas abordée par ces disciplines. Nous explicitons alors notre cadre conceptuel original, mobilisé pour tenter de combler ce manque. Il s'agit de la mise en relation des dimensions représentatives de l'examen clinique avec les connaissances qu'apportent les nouvelles technologies à la santé. La structure issue de ce rapprochement nous permet d'opérationnaliser les dimensions représentatives de l'activité clinique et donc de pouvoir les observer.

Le troisième chapitre rend compte de notre approche méthodologique et se subdivise en trois sections. La première présente l'inscription de notre approche interdisciplinaire dans le raisonnement abductif pour saisir le changement que produit la téléconsultation. Tout d'abord, nous situons notre processus de découverte dans la démarche abductive, inspiré de l'enquête pragmatiste, et nous détaillons les trois temps de notre enquête. Puis, nous proposons de regarder la consultation comme étant un lieu de production de connaissances et de sens. Enfin, nous

questionnons à partir de la reconnaissance sociale associée à la consultation, l'inscription de la téléconsultation dans le cadre des habitudes de soin.

Dans la deuxième section nous proposons une vision globale des théories et des méthodes qui, en sciences de gestion, appréhendent et analysent la thématique du changement. Nous illustrons, à la suite de cela, les choix conceptuels et méthodologiques que nous avons fait pour observer le changement.

La troisième section présente la reconstruction phylogénétique comme outil de construction et d'analyse de nos données. Nous explicitons notre approche appliquée à l'observation des similitudes et des différences entre les téléconsultations et les consultations. Ce faisant, nous marquons notre inscription à la suite des travaux qui, en sciences humaines et sociales, théorisent le changement organisationnel. À la suite de cela, nous présentons et détaillons notre modèle d'analyse.

Les trois chapitres suivants présentent les deux études de terrain et l'analyse spécifique. Ces études nous ont permis de répondre à notre question de recherche et éclairent des versants, différents, mais complémentaires, de notre problématique.

Le quatrième chapitre est consacré à l'explicitation détaillée de l'étude préliminaire « Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés. Une expérience dans les quartiers politiques de la ville de Paris. ». Après avoir décrit les caractéristiques du terrain de l'étude, c'est-à-dire les quartiers Politique de la Ville (QPV) du 11^e et 20^e arrondissement de Paris, nous présentons les défis auxquels le management public est confronté dans ces territoires, en lien avec le vieillissement démographique, et, plus spécifiquement, les territoires QPV. Nous abordons les principaux enjeux sanitaires (maladies chroniques, dépendance) et sociaux (pauvreté, isolement). Nous interrogeons les politiques publiques gérontologiques et montrons les aspects qu'elles partagent avec les politiques publiques basées sur la preuve (EBP). Ceci nous conduit à aborder la question de l'industrialisation de la médecine et de son rapport privilégié avec la médecine fondée sur la preuve (EBM). Ce faisant nous, nous demandons comment la téléconsultation s'inscrit dans le mouvement de modernisation des politiques publiques de santé. À la suite de cela, nous présenterons une introduction générale

et succincte de notre étude qui dessinera les grandes lignes et les points saillants de cette recherche. Puis, nous laissons la place à l'article.

Le cinquième chapitre suit la même structure que le quatrième. Il nous permet de présenter notre étude approfondie : Le changement associé à la diffusion de la téléconsultation dans un territoire. Nous explicitons le contexte de l'étude à savoir le tournant numérique dans les soins de premier recours. Nous abordons ces enjeux et montrons en quoi, selon nous, cela incarne une nouvelle gouvernance de la production du soin. Pour ce faire, nous nous attacherons à décrire l'évolution du modèle organisationnel des soins primaires et montrerons la place centrale qu'occupe le numérique en santé dans les nouvelles formes d'exercice. Enfin, nous présenterons les résultats de notre étude.

Le sixième chapitre suit la même structure que les deux précédents. Il présente un des résultats de l'étude approfondie qui a fait l'objet d'une publication « Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé et l'accompagnement à la téléconsultation : une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires ». Nous explicitons le contexte spécifique à cette analyse d'un sous échantillon (n=28) à savoir comment la téléconsultation a été au cœur de la réorganisation des soins de premiers recours dans la réponse médicale qu'ils ont fournis lors des premières vagues de l'épidémie de Covid-19 dans ces quartiers. Pour ce faire, nous présenterons tout d'abord le portrait territorial de santé, ensuite les domaines dans lesquels nous avons pu observer la réorganisation, à savoir l'accès aux soins, puis le parcours pluri professionnel autour du patient, et enfin les actions de prévention (notamment en lien avec le Covid-19). À la suite de cela, nous présenterons une introduction générale et succincte de notre étude qui dessinera les grandes lignes et les points saillants de cette recherche. Puis, nous laissons la place à l'article.

Le septième chapitre synthétise et propose une discussion de nos résultats en tant que développements, pratiques et conséquences de la numérisation des services en santé et de la téléconsultation tels que nous avons pu les observer dans nos résultats. Nous proposons tout d'abord une synthèse de l'ensemble des résultats. Puis, nous explicitons chacun des résultats.

Le huitième chapitre nous permet de faire le point et de situer les apports de notre thèse. Tout d'abord, nous montrons nos apports théoriques et méthodologiques. Puis, nous abordons les apports spécifiques aux études, puis nous illustrons nos apports managériaux. Nous décrivons ces apports comme étant tout d'abord, le développement d'une réflexion interdisciplinaire entre les sciences de gestion et l'épistémologie médicale pour observer les pratiques de soin au cœur de l'examen clinique. Puis la mobilisation de la méthode de reconstruction phylogénétique nous permet d'observer ce qui distingue et ce qui unit les téléconsultations et les consultations. Ceci nous permet de rendre compte de la matérialité des changements, ici en rapport avec la santé numérique. Et, enfin, notre éclairage pour une meilleure compréhension de l'association du vieillissement et de la précarité pour les politiques publiques territoriales. À la suite de cela, nous proposons une réflexion sur les limites de notre travail.

Dans le neuvième chapitre, nous prenons du recul par rapport à nos terrains et à nos résultats. Nous proposons ici une discussion générale au sujet de ce que notre dispositif d'enquête basé sur la narrativité nous a permis de faire émerger autour de notre question de recherche. Nous proposons d'observer notre dispositif comme un moyen de retisser une continuité d'expérience dans le soin face à la téléconsultation en période de Covid-19. Nous développons ici des réflexions plus personnelles, écrites à la première personne, autour du recueil de récits et restituons certains récits, complexes, à la frontière de notre enquête, mais qui nous semblent porteurs de sens pour aborder les craintes que les changements que la numérisation du soin apporte auprès des personnes les plus fragiles.

Enfin, dans la conclusion, nous faisons le bilan de la thèse. Nous expliquons ce que nous avons voulu faire et ce que nous avons effectivement fait, et ce qui reste à faire. Nous évoquons enfin les perspectives de la recherche qui naissent de notre thèse. Ces perspectives sont de deux ordres : tout d'abord publier et développer notre méthodologie de reconstruction phylogénétique plus largement en gestion, à partir des enjeux que le numérique ouvre tant dans la gestion des ressources humaines, qu'en santé. Puis, mieux décrire et comprendre les mécanismes d'attractivité des métiers du soin au regard des spécificités gérontologiques et numériques.

Partie 1 : La numérisation des services de santé et la téléconsultation, observer des changements en cours

Nous présentons dans cette partie le contexte de notre travail à partir d'une série d'entretiens, informels, que nous avons mené lors des permanences administratives proposées dans le cadre de la structure qui finance cette thèse. Ces entretiens se déroulent à partir de 2018 et jusqu'en 2019. Ils ont été faits dans le cadre de la préparation de cette thèse. Il s'agissait de mieux comprendre comment la dématérialisation des services publics était vécue, par les personnes âgées, dans les QPV. Plus spécifiquement, ces entretiens nous ont permis de mener des actions utiles pour accompagner vers l'accès aux droits sociaux et aux soins via les interfaces numériques (telles que *France Connect*, les sites internet de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ou de la sécurité sociale (Ameli) les personnes âgées en situation de précarité. Le parcours d'accompagnement aux droits sociaux issus de l'ensemble des observations que nous illustrons ci-dessous a fait l'objet d'une publication et sera présenté dans la deuxième partie de ce manuscrit.

CHAPITRE 1 — MIEUX COMPRENDRE LA NUMÉRISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES QUARTIERS POLITIQUE DE LA VILLE DE PARIS

Introduction

Dans ce chapitre nous présentons la première étape de la construction de notre problématique. Nous partons du contexte dans lequel nous avons identifié l'émergence de la numérisation des démarches administratives, puis la façon dont les personnes âgées suivies dans le cadre des activités de notre association ont vécu cette numérisation. À la suite de cela, nous aborderons les questions que cette dynamique pose s'agissant de l'accès aux soins pour les personnes les plus éloignées du numérique. Enfin, nous expliciterons notre question de recherche.

1.1 Une première exploration empirique : comment parle-t-on de la numérisation des services de santé ? Comment la vit-on dans les quartiers ?

Au sein des activités que la structure associative dont j'ai la responsabilité propose, les permanences d'accès aux droits sociaux en lien avec la demande de retraite et les dispositifs gérontologiques y ont toujours eu une belle place. Très prisés, par les personnes dont les compétences langagières (personnes âgées immigrées par exemple) sont faibles, par les personnes en grande précarité sociale (personnes en situation d'errance) ou bien ayant des échecs d'accompagnements sociaux (interruption du suivi social lié à des troubles psychiques, des addictions) ils ont été un des lieux privilégiés de l'échange interpersonnel, entre participants et travailleurs sociaux. Ainsi nous avons pu observer à partir des années 2017/2018/2019, que les demandes des bénéficiaires de ces accompagnements devenaient plus spécifiquement tournées vers un usage administratif de l'outil numérique, avec des demandes pour la création de comptes mail à des fins administratives, l'utilisation des plateformes des services publics. Et de plus en plus, la curiosité pour ce nouveau média de communication laissait la place à une forme de résignation au sujet de son

utilisation à cause d'un usage contraint. Les *verbatim* que nous proposons ici sont issus de nos échanges informels avec les bénéficiaires de ces permanences sur l'année 2018-2019. Du fait du caractère spontané et informel de ces échanges, en lien avec les situations particulières vécues par les personnes reçues, nous n'avons pas structuré nos entretiens sous forme d'enquête. Mais nous avons simplement recueilli l'expression naturelle, parfois sous forme de colère, d'autre fois sous forme de curiosité, ou encore sous forme de lassitude, du rapport que ces personnes entretenaient vis-à-vis de la numérisation des démarches administratives. Sur cette période nous avons obtenu douze récits. Nous illustrons ici comment la question de la dématérialisation des services administratifs est abordée par les bénéficiaires âgés et de ce fait comment elle est vécue dans les quartiers.

Tout d'abord au sujet de la fermeture des guichets des administrations dans les quartiers, les bénéficiaires des permanences administratives nous disent que : « *L'accueil de la (nom de l'administration) il est fermé, il y a un vigile qui ne vous fait plus entrer.* ». « *Personne ne répond au téléphone, il n'y a plus personne* ». « *On m'a donné un rendez-vous... c'était loin, métro et bus ! Je marche mal, j'étais dans tous mes états en arrivant* ». « *Je ne pouvais pas entrer, la porte était fermée, c'était écrit, de téléphoner au numéro... ou de regarder internet. Avant dans le quartier je pouvais tout faire à pied, maintenant pour demander ma retraite je dois aller sur internet* ». « *Si j'avais un problème, j'y allais, facilement, oui, ce n'était pas loin, je savais les horaires et tout. Maintenant, je ne sais pas, c'est fermé à la rue (nom de la rue) et je n'ai pas internet, alors, je ne sais pas où aller.* ».

Nous avons pu observer que la fermeture des agences, au profit de l'ouverture, en ligne, des démarches administratives, est d'abord vécue comme une diminution de services du territoire. Ceci est mis en relation avec un inconfort physique des bénéficiaires, puisque les personnes nous disent devoir s'éloigner de leur domicile, ce qui, pour des démarches administratives telles que la demande de retraite, peut être problématique au vu des difficultés de mobilités liées à l'âge. Aussi, elles notent une différence du vécu du territoire entre un temps où la présence des administrations structurait la relation des habitants au territoire, et la perte de repères que la disparition des administrations engendre.

Puis, au sujet de la nouveauté que représente l'utilisation d'internet dans les démarches numériques, les participants des permanences administratives nous disent

que : « *Vous, vous prenez du temps pour nous, vous êtes là* ». « *Ici, vous cherchez à comprendre pourquoi on est là, sur internet on est des numéros. Mais si je n'étais pas (nom de la participante) je ne demanderais pas (nom de la prestation). Alors si vous ne me demandez pas pourquoi je suis ici, moi je fais les choses comme un robot, sans comprendre* ». « *L'ordinateur, ça va trop vite, cela ne me laisse pas le temps de rassembler mes idées* », « *internet c'est comme un autre monde, une autre réalité* ». Nous observons une dimension symbolique, internet semble perçu comme un rythme nouveau dans la vie administrative, une accélération contrainte de la réflexion, de l'action. L'accompagnement au numérique est associé au temps pour « rassembler ses idées », c'est-à-dire entreprendre un chemin intérieur, qui commence par la visualisation de ce que l'on va accomplir (repandre un parcours d'ouverture des droits administratifs, un parcours de soins) cela permet de raconter son histoire vis-à-vis de la démarche que l'on entreprend. Ce temps permet de s'engager, indépendamment de la finalité administrative immédiate, par la mise à distance du résultat.

Enfin, nous observons les conséquences qu'engendre dans le quotidien la fermeture des accueils physiques des administrations et l'utilisation d'internet pour l'accès aux droits sociaux. « *J'avais l'impression d'être un mendiant pour pouvoir déposer mon dossier* ». « *J'ai attendu vingt minutes au téléphone, c'est un numéro surtaxé, je ne vais pas pouvoir les rappeler, à force de ne pas pouvoir apporter mon dossier, je n'ai pas reçu ma retraite ce mois-ci... j'ai dû aller demander une aide à la rue... (le Centre d'Action sociale de la Ville de Paris)* ». Nous observons donc que cette situation engendre un inconfort moral. Le fait d'être confrontés à un vigile qui interdit l'accès à l'administration renvoie les usagers à une image négative d'eux-mêmes. Dans certains cas, c'est le souvenir d'une vie difficile qui est ravivé. De plus, des considérations économiques émergent, car les difficultés d'utilisation des plateformes de dépôts numériques engendrent des retards de versements des droits acquis (sécurité sociale, retraite) et, comme dans le cas de ce témoignage, créent un report vers des prestations sociales (ici une aide économique d'urgence versée par le CASVP), en faisant basculer les individus, d'une situation d'ayant droit, vers une situation d'assistance sociale. De plus, les numéros d'appel spécifiques sont saturés et les temps d'attente plus longs, ce qui génère des coûts supplémentaires. Aussi, les témoignages nous montrent que les personnes les plus en difficulté par manque

d'équipement n'ont évidemment pas entrepris de retour vers l'ouverture des droits de façon autonome, néanmoins elles font état d'une acceptation, résignée, à l'utilisation du numérique comme moyen pour reprendre un parcours administratif. *« Alors, comme je n'ai pas d'ordinateur à la maison, et que sur le téléphone, l'écran est trop petit, alors c'est sûr que je ne vais pas m'intéresser à internet pour ma demande de retraite, non, moi je veux qu'on me réponde au téléphone, et que je puisse aller directement au guichet à la rue (nom de la rue de l'administration), mais bon je suis bien obligée de venir ici... ».* *« Moi je pensais carrément qu'on se moquait de nous quoi, les vieux qui ne sont pas allés beaucoup à l'école, vont utiliser l'ordinateur pour parler avec l'assistante sociale ? Mais après tout, si c'est la seule solution, c'est mieux que rien (rires) ».*

Dans le cadre de ces témoignages et de l'accompagnement à l'accès aux droits sociaux, de nouvelles questions ont émergé en rapport avec la dématérialisation de l'accès aux soins. Ces questions ont été à la base de la construction de notre travail de thèse. Avant cette période, nous n'avions pas identifié que l'accès aux soins pouvait être, comme pour toutes les démarches administratives, soumis à la dématérialisation. Les inquiétudes que suscite cette transformation administrative sont largement développées (Revil et Warin 2019) et de nombreux dossiers à l'attention des gouvernements alertent sur les conséquences irrattrapables de cette dématérialisation (Auverlot et al., 2011). Néanmoins, l'incitation de la part des administrations (ici la Sécurité sociale) à l'utilisation de sa plateforme numérique, et les réticences de la part des personnes âgées à saisir en ligne leurs informations de santé nous ont fait prendre conscience de ce phénomène.

Les témoignages issus de nos permanences administratives nous ont permis de constater, à la suite de Deydier (2019) que la dématérialisation constitue un échelon spécifique dans les difficultés d'accès aux soins pour les personnes qui se trouvent déjà en situation de précarité (sociale, c'est-à-dire des personnes isolées, ou monétaire, c'est-à-dire qui vivent en dessous des seuils de pauvreté). Si les difficultés d'accès aux soins sont un phénomène documenté et étudié depuis de nombreuses années (Revil et Warin 2019a, 2019b) elles sont généralement comprises comme étant une difficulté individuelle, souvent liée à la précarité, aux parcours de vie complexes (Baronnet, Kertudo et Fauchoux-Leroy, 2015). En revanche, cette exclusion du numérique, est constitutive des politiques de

dématérialisation, qui, avec le programme Action Publique 2022, repensent le modèle d'action publique classique (Révil, et Warin, 2019a) en le transformant au regard de la « révolution numérique ». Si cette démarche peut être effective pour une partie de la population, elle en exclut une autre partie, car un tiers de la population française est en situation d'illectronisme² (Vie publique, 4 octobre 2021). Ainsi, au lieu d'éviter le phénomène du non-recours (Revil et Warin, 2019b), dans une approche de prévention, l'exclusion elle-même est pensée à l'intérieur des politiques publiques comme un risque à gérer, à l'image des maladies. Pour ce faire, dans le même temps que l'on modernise l'action publique au regard des stratégies numériques, les gouvernements ont mis en place des plans d'inclusion numérique. Ces plans reposent, d'une part, sur l'allocation de ressources économiques (sous forme d'un passe-partout numérique) pour la formation au numérique des personnes qui en sont les plus éloignées. Et, d'autre part, sur la création d'espaces de médiation numérique (les espaces France services). Ce faisant, là où les personnes, aussi précaires fussent-elles, pouvaient intervenir de façon autonome pour résoudre leurs « vulnérabilités fondamentales » (ibid.) (se rendre à la sécurité sociale, retirer un formulaire), dans le cadre de la numérisation de l'accès aux droits sociaux et aux soins, elles dépendent de l'attribution d'une aide économique (le passe-partout numérique) pour accéder aux prérequis (l'utilisation de l'ordinateur et d'internet) à partir desquels pouvoir solliciter les aides auxquelles ils cherchent à accéder. À la suite de Revil et Warin (ibid.), nous avons pu vérifier dans nos permanences administratives que, à l'échelle de notre territoire d'observation, la dématérialisation de l'accès aux soins pose problème aux personnes qui dépendent des aides et des accompagnements sociaux (Bouquet et Jaeger, 2015) pour se maintenir dans le soin. L'exclusion numérique est donc « activatrice » (ibid.) des vulnérabilités sous-jacentes pour les personnes qui ne peuvent plus se tourner vers des agents pour solliciter de l'aide. Ainsi grâce à la mise en résonance des témoignages issus de notre travail et des éléments théoriques, il est possible de voir que la dématérialisation des services en santé, loin de réduire le non-recours se substitue à la relation directe, en face à face.

² L'illectronisme est l'illettrisme numérique. Il désigne les difficultés voire les incapacités que rencontre une personne pour utiliser les outils numériques et internet.

À la suite de ces réflexions, et en en écho à celles initiées par l’American Public Health Association, qui propose que l’accès au haut débit d’internet soit considéré comme étant un facteur social déterminant pour la santé (Benda, Veinot et Ancker et al., 2020). Nous observons que la numérisation de l’accès aux services publics a un impact direct sur la santé. En effet, en observant la carte de la santé, élaborée par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (Émond, Gosselin et Dunnigan, 2010), on peut voir que cette numérisation touche les quatre composantes de la santé. Il s’agit des éléments qui contribuent à sa préservation. Ils s’organisent autour de quatre secteurs : les caractéristiques individuelles, l’environnement ou les milieux de vie, les systèmes et le contexte global (ibid.). Tous les déterminants de santé se trouvent à l’intérieur d’un ou de plusieurs secteurs et doivent pouvoir se comprendre dans l’espace et dans le temps, du fait de l’évolution de la vie et de l’importance, selon des temps de vie, d’un déterminant par rapport à un autre. Ci-dessous, nous proposons une description succincte des secteurs qui composent la santé des populations selon les déterminants de santé (ibid.).

Les caractéristiques individuelles

Ce champ se compose de quatre catégories, les caractéristiques biologiques (âge, sexe), les compétences individuelles, les connaissances, les savoirs, les attitudes, « *toutes les compétences personnelles et sociales* » qui permettent aux individus de faire face aux situations de la vie quotidienne. Puis, les habitudes de vie des individus, c’est-à-dire les comportements qui influencent la santé, type d’alimentation, sédentarité, utilisation des transports en commun, consommation d’alcool ou de tabac, comportements à risques. Enfin, les caractéristiques socio-économiques : instruction, profession, niveau de revenus. L’ensemble de ces catégories et des facteurs y afférents peut avoir un lien direct ou indirect sur la santé. Il y a des effets de pondérations dans ces facteurs qui font que certains déterminants vont avoir un effet plus immédiat sur la santé ou, au long terme. De plus, pour certains déterminants, les relations de causalité sur la santé sont davantage attestées et anciennes, par exemple : « *la relation entre l’éducation, la littératie et la santé* » « *l’importance du milieu familial pour l’acquisition de compétences personnelles et sociales chez l’enfant* » (ibid.) Pour d’autres en revanche c’est un effet cumulatif qui est à l’origine de leur identification.

Les milieux de vie

Il s'agit de l'environnement dans lequel évoluent les individus, qu'il s'agisse de la famille, du travail, mais aussi du mode de garde et de la scolarité dans l'enfance, autant de déterminants qui interviennent dans la construction et dans la compréhension de la santé des populations, puisqu'ils peuvent soit l'entraver, soit la favoriser. Au niveau du milieu familial, la santé publique apprécie son caractère socio-économique et sa composition, pour observer l'effet qu'il en a sur le développement de l'enfant, cognitif, comportemental, social, affectif.

S'agissant de la scolarité, c'est l'ensemble des relations, matérielles, affectives, et citoyennes que la famille et l'enfant nouent avec l'institution, le personnel de l'école (ou des modes de garde préscolaires) qui est pris en considération pour observer les effets que ce déterminant joue sur la santé. Puis, la sécurité des lieux, la salubrité et enfin le mode de la gouvernance de l'école sont observés. Tout au long de la vie d'adulte, le travail est source de situations qui favorisent ou au contraire éloignent les individus de la santé. Au niveau des conditions matérielles du travail, la pénibilité, les dangers physiques pour la santé (bruits, troubles musculaires et squelettiques) ou, à l'inverse, un cadre favorisant la santé (pureté de l'air, aménagements et adaptations du poste). Puis, l'accompagnement social dont dispose la personne, ou au contraire les risques psychosociaux dont il peut souffrir. La carte de la santé identifie d'autres niveaux dans ce secteur : les milieux d'hébergement, qui accueillent les personnes fragiles, de tous les âges, dont les Ehpad, ou les résidences appartements. Qui peuvent à leur tour produire des incapacités, si ces lieux ne sont pas adaptés et adaptables ou, à l'inverse qui produisent des conditions favorables à l'épanouissement, et à la participation sociale et citoyenne. Le voisinage et les communautés locales sont également prises en considération dans le regard qui est porté sur les milieux de vie.

Les systèmes

Il s'agit de ce qui est administré par l'État : les systèmes éducatifs, de santé, les services sociaux, urbains, les programmes pour l'emploi. Ainsi ces systèmes regroupent toutes les organisations, nationales, locales, régionales, dédiées aux services à la population. Les systèmes sont étudiés pour leurs gouvernances et la qualité de la vie qu'ils apportent aux administrés.

Le contexte global

Ce champ, qui est le dernier de la santé et des déterminants, « *est formé d'un ensemble d'éléments macroscopiques qui influencent fortement la vie en société* » (ibid.). Ainsi c'est le contexte législatif et-politique qui est observé pour les valeurs et la culture politique qu'il véhicule dans la vie des citoyens. Ces éléments se transforment en normes de citoyenneté qui rejaillissent sur la conception et les actions en santé. Au niveau du contexte économique, les activités de production, de consommation, de distribution sont prises en compte s'agissant des ressources dont peuvent disposer les individus, y compris les cycles d'activités économiques pour l'accès à l'emploi. Puis, le contexte démographique en lien avec les taux de naissances et mortalités, l'appauvrissement, l'enrichissement des populations. Enfin le contexte social et culturel, qui permet d'accéder à la culture, au loisir, à la formation religieuse et qui est mis au regard des phénomènes de xénophobie, sexisme. Le contexte scientifique et technologique (avancement des connaissances scientifiques et technologiques, TIC, évolution des techniques d'intervention...) est aussi pris en considération ainsi que l'environnement naturel et les écosystèmes.

Nous reproduisons ci-dessous le schéma proposé par la Direction de la surveillance de l'état de santé du Canada, qui illustre les relations des champs que nous venons de synthétiser ci-dessus.

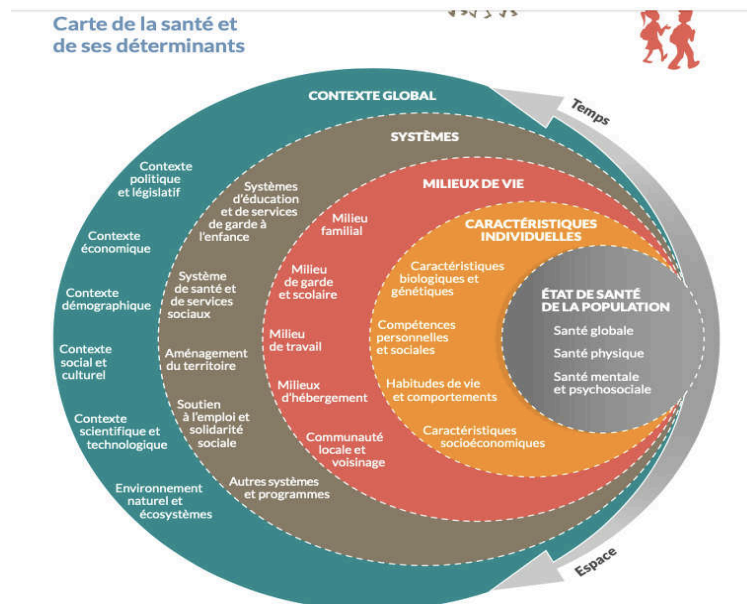


Figure 1: Carte de la santé et de ses déterminants : source : [http\ : //publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540)

L'éventuel impact du numérique sur ces quatre secteurs implique de penser le numérique comme faisant partie des déterminants potentiel de la gestion publique de la santé. En ce sens, la gestion de l'accès numérique aux soins, dans les politiques publiques de santé, devient une priorité de santé.

1.2 Nécessité d'évaluer les effets de la santé numérique sur le soin

Notre question de recherche est la suivante : la téléconsultation est considérée comme un outil de réduction des inégalités d'accès aux soins. Son utilisation est censée faciliter et améliorer cet accès. Pour autant, les personnes les plus éloignées du numérique et, ou, les plus âgées dont le vieillissement se fait en moins bonne santé, sont aussi celles qui ont le plus de difficultés à accéder à la téléconsultation. Que produit donc la téléconsultation dans l'organisation des soins de premier recours et dans l'examen clinique lui-même ?

Le processus qui commence par la numérisation des services en santé et qui s'ouvre sur la santé numérique a suscité notre attention, car, si par ses aspects administratifs (demande de la carte Vitale, déclaration du médecin traitant, des arrêts maladie et des suivis de remboursements, déclaration de la grossesse, etc.) elle s'inscrit largement dans le cadre de la dématérialisation des secteurs administratifs (toutes démarches confondues), elle présente cependant des particularités qui justifient un regard spécifique.

En effet, dématérialiser signifie se couper de la matérialité des choses, du corps des agents. Or, nous identifions la mise en jeu de deux êtres, de leurs corps et de leur psyché (le patient et le médecin), comme élément déterminant de la singularité du soin par rapport aux autres secteurs administratifs soumis à la dématérialisation. La rencontre du patient et du médecin scelle l'acte médical. Ce dernier est le point de jonction de deux parcours interdépendants, celui d'une personne qui se reconnaît malade et a la volonté de guérir, et celui du médecin qui, par sa formation et sa pratique, se reconnaît comme soignant et a la volonté de soulager les maux des malades. Ces deux savoirs, celui de l'individu qui se sait malade, et celui du médecin qui sait soigner, se rencontrent dans ce qu'il est possible de regarder comme étant une *praxis* (Rozier, 2014). La rencontre entre ces deux personnes est une action qui n'est pas seulement contemplative ou théorique, elle est performative. Elle

transforme les sujets, en laissant s'exprimer leur autonomie performative (Bretonnière, 2017) le médecin devient soignant et le malade devient patient. En ce sens, elle est une action pratique, c'est-à-dire qu'elle est en opposition à la fabrication, au « faire ». Sa finalité est interne à l'action elle-même, elle permet la mise en place d'un bien commun, c'est-à-dire quelque chose d'extérieur à celui qui le fabrique. Dans notre cas, cette rencontre permet la mise en place d'un espace thérapeutique. Néanmoins, il y a tout un appareil technique qui précise la rencontre entre le patient et le médecin, y compris le fait que, dans des situations particulières et spécifiques, un échange téléphonique peut la médiatiser (on pense à la régulation médicale du 15, ou la consultation de son médecin de famille par téléphone). Dans les récits que nous avons recueillis, les personnes nous ont montré que la médiatisation de la relation directe via un outil numérique était complexe à aborder. D'une part, elle a été la cause d'interruptions dans les parcours de santé au sujet, notamment, de la complémentaire santé ou des demandes de remboursements de frais. Ces interruptions étaient marquées par les difficultés d'accès à cause de la numérisation, soit au niveau des prérequis pour faire les demandes (absence totale d'équipement informatique à domicile, absence partielle d'équipement telle que pas d'internet, pas de scanner/imprimante, absence d'adresse mail personnelle) soit au niveau des compétences pour utiliser de façon autonome les outils numériques (ne pas savoir trouver les informations sur les sites des administrations, ne savoir où cliquer, ne pas comprendre la différence entre le site internet et l'espace personnel, ne pas savoir ouvrir un espace personnel). Il a également été possible d'observer que l'aide reçue pour se servir de cette médiatisation constituait un élément positif dans l'amélioration de la perception de cette dernière. En résonance avec cela, nos observations nous ont permis de voir que c'est à partir des expériences de la confiance et de l'entraide (dans le cas des permanences administratives d'accès aux droits et aux soins) que les bénéficiaires ont exprimé leur envie de s'engager dans une nouvelle voie pour s'approprier d'un espace qui avait été jusque-là, compliqué à appréhender (par exemple l'espace thérapeutique dans le cadre de la reprise du parcours de santé).

Nous observons donc que les habitants des quartiers Politique de la Ville (QPV), comme tout un chacun, sont confrontés à la numérisation des services publics en général, et à ceux de santé plus particulièrement. Cette dématérialisation, qui

s'inscrit dans une politique nationale de modernisation de l'action publique, mais qui touche aussi d'autres sphères comme le travail et l'instruction, amène les individus à envisager une médiatisation technologique dans la relation avec l'administration et plus spécifiquement dans la relation avec les agents. Grâce aux apports théoriques au sujet du non-recours aux droits et aux soins que nous venons de mobiliser, et aux entretiens que nous avons menés, nous observons que cette médiatisation, n'est pas marginale ou discrète, elle devient, par l'ampleur du phénomène, structurelle et constitutive du rapport aux services publics. Nous avons observé qu'elle n'était pas neutre vis-à-vis des individus. En effet, elle nécessite des ressources économiques et sociales riches et variées. Ainsi elle est source de renforcement de ruptures et de non-recours pour les personnes qui n'en disposent pas et qui ont déjà des « *vulnérabilités problématiques* » (Révil et Warin, 2019, p.3). Nous notons également le problème de la régulation du secteur numérique face aux intérêts des publics vulnérables (Delalieux, 2016, 2020). En effet, un « devoir de vigilance » doit être déployé de la part du régulateur (ibid.) dans la mobilisation des outils numériques qui véhiculent des informations confidentielles et potentiellement de nature à porter préjudice aux individus (on pense aux assurances prenant en compte l'état de santé des assurés, ou les données bancaires).

De plus, nous avons identifié que cette médiatisation n'est pas extérieure à l'utilisateur, mais du fait de la proximité qu'il existe entre les services de santé et l'individu, elle remet en jeu les représentations et les relations individuelles et sociales de la santé. Elle interroge les rôles et la place de chaque acteur, usager et agent, patient et médecin, du service de santé.

Conclusion du chapitre 1

La numérisation de l'accès aux droits sociaux, dont l'accès aux soins fait partie, paraît donc se confronter à plusieurs paradoxes et incompatibilités. Tout d'abord, nous avons pu faire émerger, par les témoignages des personnes et par l'étude de la littérature sur l'accès aux droits sociaux et aux soins, que la relation avec l'administration, et encore plus quand elle a attrait au soin, ne se prête pas facilement, ni volontiers, à la médiatisation par le numérique. Les services publics

sont un système de relations et de communications, ils structurent le rapport à la société entendue comme un ensemble de droits et de devoirs qui définissent le vivre ensemble. Ces relations administratives sont à l'origine de choix qui ponctuent le quotidien des bénéficiaires, nous l'avons vu auprès des populations qui se rendent dans les permanences administratives de l'UNRPA-Paris. Elles sont au cœur des parcours sociaux, d'immigration, d'intégration et de reconnaissance sociale. Elles ont aussi une dimension corporelle, physique. Elles structurent les territoires de vie des personnes, notamment dans les QPV. Elles deviennent des symboles de la mobilité, de l'autonomie, et, dans certains cas, de l'émancipation de la dépendance intrafamiliale. La fermeture des administrations au profit de l'ouverture des démarches en ligne, plus que de proposer de nouvelles possibilités et enrichir l'offre publique, est vécue par les usagers comme un appauvrissement des territoires et par association, comme étant un appauvrissement personnel. Le vécu de cette situation semble donc être en opposition et en contradiction avec les objectifs de lutte contre le non-recours aux droits et aux soins. Il n'est pas vécu comme étant un saut qualitatif positif pour l'autonomie performative (Bretonnière, 2017). C'est donc la relation humaine, de confiance qui est au centre de cette organisation. Si cela peut paraître abstrait s'agissant des démarches administratives, cela prend tout son sens quand on parle du soin. Où l'échange, se fonde sur la co-présence physique d'un médecin (ou éventuellement un professionnel de santé) et un patient. De plus, la numérisation de certaines administrations se confronte à des impossibilités d'usage et des questions de régulation particulières (Delalieux, 2016), pour les personnes les plus éloignées de la sphère sociale et numérique, qui sont également celles qui ont les besoins les plus importants en matière de suivis et d'accompagnement pour l'accès aux droits sociaux et aux soins. Cet aspect tend à interroger les fondamentaux à la base de cette transformation numérique comme la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. En interrogeant ce présupposé de la numérisation, c'est toute la lutte contre les exclusions qui est remise en question par les bénéficiaires mêmes de ces actions. Le numérique en santé, au moyen de la numérisation des services de santé, se transforme et acquiert une particularité toute supplémentaire. En effet, il n'est pas un sujet comme tous les autres. Il ne se situe pas au même niveau que toutes les autres démarches administratives tant l'acte médical fonde ses racines dans un cadre symbolique, dans des relations sociales et spécifiques au colloque

singulier, à l'intimité, à la relation à la vie, à l'espoir, et à la fin de vie. C'est pourquoi la numérisation des services publics semble jeter les bases à partir desquelles les politiques publiques se réorganisent pour permettre l'essor de nouvelles pratiques en ligne qui forcent les individus à se former, à s'informer et à intégrer ces pratiques comme étant de nouvelles normes pour accéder à leurs droits, à leur santé. La numérisation des démarches administratives qui font partie de la vie privée des individus semble donc généraliser ces parcours numériques individuels. En généralisant donc ces pratiques numériques, en réglementant la numérisation de l'accès aux droits sociaux et aux soins, en développant les télé services publics (Renaudie, 2013) d'intérêt général, les pouvoirs publics créent les conditions nécessaires au préalable à l'utilisation spécifique de téléservices de santé reposant sur les technologies de l'information et de la communication (TIC), c'est-à-dire de la télémédecine.

Dans le chapitre suivant, nous allons présenter en détail notre objet de recherche en abordant la télémédecine puis la téléconsultation tant du point de vue historique qu'académique.

CHAPITRE 2 — LA TÉLÉCONSULTATION COMME CLÉ DE VOÛTE D'UNE DYNAMIQUE GLOBALE

Introduction

Nous venons de voir que la numérisation des services publics semble constituer le premier échelon d'une dynamique de numérisation plus large et qui permet l'essor de nouvelles pratiques d'accès aux droits sociaux et aux soins en ligne.

À la suite de cela, dans ce chapitre, nous allons définir les concepts et le vocabulaire associés à la santé numérique que nous allons mobiliser tout au long de ce manuscrit. Puis, nous présenterons l'objet de notre recherche, et les différents cadres théoriques qui existent en santé et en gestion pour l'étudier. Enfin, au regard de ces cadres, nous présenterons notre orientation théorique et son opérationnalisation.

2.1 Numérisation des services en santé : une dynamique globale

Bien que les concepts associés à la santé numérique soient caractérisés par l'innovation, nous identifions une trajectoire d'évolution. La numérisation ouvre la voie au processus de traduction dans un format numérique d'informations qui étaient initialement matérielles, inscrites sur des supports physiques. Les informations numériques qui sont produites peuvent alors être utilisées par les réseaux de communications, les systèmes d'information. Dans notre cas, le fait de scanner la demande de complémentaire santé, ou de remplir la demande par l'application web de la Sécurité sociale (Ameli) en constitue un exemple. Nous observons donc un double processus, d'une part la numérisation qui permet de créer des données numériques afin que les applications publiques et, ou, privées puissent les utiliser, et, d'autre part, nous observons la création de plateformes numériques qui constituent un réceptacle pour ces applications. En santé, c'est l'Union européenne, en 2005 qui a décrété avec le plan E-Europe 2005, le souhait d'élargir les échanges numériques entre les administrations (Renaudie, 2013) d'une part comme outil de lutte contre l'exclusion sociale et d'autre part, pour la mobilité des soins des citoyens européens. Le processus de numérisation des services de santé permet de développer et d'alimenter le numérique en santé qui est un vaste programme de modernisation

du système de santé porté par l'Agence du Numérique en Santé. Ce programme repose sur l'échange et le partage des données de santé à plusieurs niveaux. Tout d'abord au niveau national autour de la création de trois plateformes : La première qui est l'Espace Numérique en santé pour que les citoyens accèdent à des services numériques de santé. La deuxième qui est une plateforme de bouquets de services pour les professionnels de santé. Et la troisième, qui est le *Health Data Hub* qui regroupe et analyse toutes les données de santé à grande échelle. Puis, au niveau territorial, avec la mise en place de services socles tels que le Dossier Médical Partagé (le DMP), des messageries sécurisées entre professionnels, la prescription numérique, et enfin, le développement de services numériques territoriaux de coordination. La santé numérique, ou e-santé, quant à elle (voir figure B ci-dessous) est un domaine à l'intersection de l'informatique médicale et de la santé publique. Elle fait référence à l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) appliquées à l'ensemble des activités en rapport avec la santé, tant au niveau de l'organisation du soin : systèmes d'information (SI), télésanté, qu'au niveau des pratiques ; télémédecine, télésoins, santé mobile (M-Santé), robotique. La numérisation des services de santé est donc une étape indispensable au développement de la santé numérique, puisqu'elle intègre les technologies numériques dans le processus de soin. Ci-dessous, nous proposons d'illustrer la dynamique que nous venons de décrire.

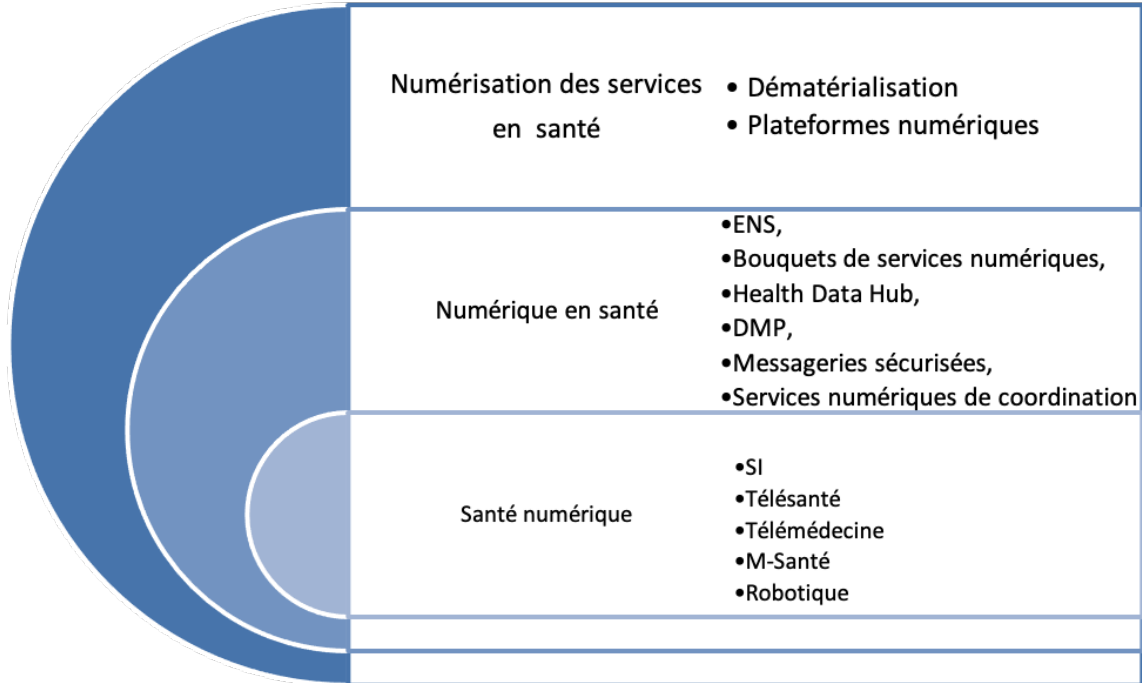


Figure 2:Articulation de la dynamique de numérisation des services en santé

Avant de continuer, nous proposons ci-dessous, un glossaire de la santé numérique. Ce tableau est adapté du « glossaire de la e -santé » élaboré par le Ministère de la Santé et de la Prévention.

Le vocabulaire de la santé numérique

Les systèmes d'information en santé (SIS)

Ce sont les éléments fondamentaux à partir desquels la santé numérique (ou e-santé) se développe. Ils permettent le déploiement des DMP, de la carte vitale, mais surtout ils permettent le partage et l'analyse des données de santé numériques à l'intérieur et à l'extérieur des structures.

La télésanté

Terme générique qui englobe la télémédecine, la santé mobile (m-santé), le télé soin. L'ensemble des outils qui se déploient en télésanté permettent de suivre et d'accompagner les acteurs de santé professionnels ou patients via les réseaux sociaux et les applications mobiles.

La télémédecine

Il s'agit d'une pratique médicale qui met en relation, à distance des patients avec des médecins. La télémédecine se définit au niveau de 5 actes : télé expertise, télésurveillance, téléconsultation, téléassistance, télé régulation.

Le télé soin

Il s'agit d'une pratique médicale qui permet de mettre en relation un professionnel paramédical (ou pharmacien) avec un patient pour le suivre à distance particulièrement à domicile.

La robotique en santé

Il s'agit de robots élaborés pour assister lors d'actes médicaux

M-Santé

Il s'agit de pratiquer la médecine à partir d'outils mobiles comme des applications en santé, en tout cas accessibles à partir de plateformes mobiles comme des smartphones ou des tablettes.

Dispositifs médicaux connectés (DMC)

Il s'agit d'instruments connectés à des fins médicales, par opposition, le stéthoscope connecté ou l'oxymètre connecté sont des DMC.

Objets de santé connectés (OS)

Il s'agit d'objets de santé qui n'ont pas de fin médicale. Par exemple, un pilulier ou une canne connectée sont des OS.

Tableau 1: Le vocabulaire de la santé numérique (d'après : <https://esante.gouv.fr/le-glossaire-de-la-e-sante>).

Nous mobilisons les sciences de gestions et plus précisément le management public afin d'intégrer et de penser les tensions que la télémédecine révèle au sein du système de santé. Nous identifions ces tensions comme étant tout d'abord les retentissements de la santé numérique dans l'examen clinique et puis dans l'organisation territoriale de santé et plus particulièrement dans les soins de premier recours. L'organisation territoriale de santé regroupe des formes organisationnelles variées (soins primaires, hôpitaux de proximité, structures médico-sociales, associations) ainsi que des principes et des valeurs humanistes fortes que ces organisations véhiculent par et pour les personnes qui y travaillent et qui s'y font soigner. Si la télémédecine représente une nouveauté technologique, elle est aussi (et surtout) au cœur de nouveaux usages, de nouvelles pratiques qui se nouent dans un contexte social donné (Dumez et Minvielle, 2020), dans des bassins de santé³. Nous pensons donc que la recherche en gestion publique est essentielle afin d'identifier les potentiels changements que la téléconsultation pourrait induire sur la nature de l'acte médical et non seulement sur son niveau de technicité. Pour ce faire, nous observons de

³ Le bassin de santé est un espace d'organisation et de coordination des soins de premiers recours

façon empirique les nouveaux usages et les nouvelles pratiques que la téléconsultation apporte en santé par rapport à la consultation classique. Nous entendons, par consultation classique, une consultation qui se déroule en face à face, que cela ait lieu au cabinet du praticien ou au domicile du patient. Ainsi, il s'agit pour nous de mobiliser un cadre intégrateur afin de questionner ces tensions. Ce cadre est celui de la téléconsultation. Nous situons ci-dessous la téléconsultation dans la télémédecine.

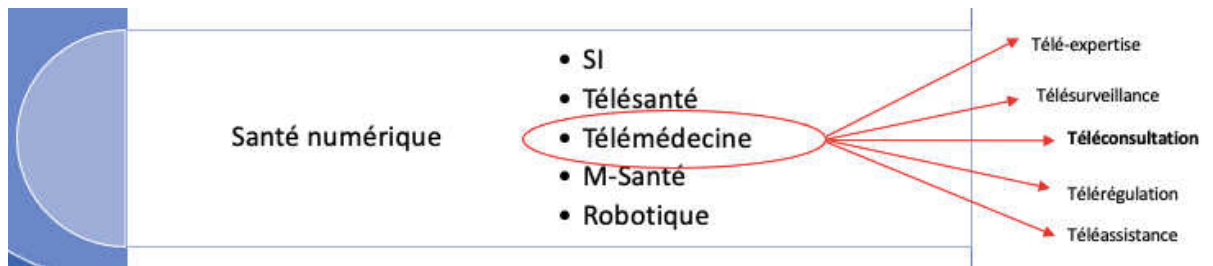


Figure 3: La santé numérique et les pratiques médicales associées

Selon nous, la téléconsultation est un objet interdisciplinaire qui influence plusieurs domaines de la gestion : l'informatique et les systèmes d'information, s'agissant des dispositifs numériques en santé qu'elle mobilise. L'organisation, la production et le contrôle de gestion, mais aussi les relations sociales et la gestion des ressources humaines. Elle est envisagée par différents postulats et courants : théorie de l'agence, des compétences, des conventions, approches évolutionnistes. Nous nous intéressons particulièrement à elle, car, d'un point de vue sociétal, elle semble incarner la bascule du système de santé classique, vers un système de santé numérique. En effet, l'ère de la transformation numérique, qui touche plus largement toute la sphère des services publics, rend la télémédecine inadéquate puisqu'elle se base sur un modèle traditionnel de pratique, où la technique accompagne le soin prodigué par des professionnels de santé en face à face, alors que la téléconsultation incarne le passage d'un usage réservé et discret (presque ludique au regard des applications et des jeux vidéo y afférant) des technologies de soins, à un usage massif et généralisé (la crise sanitaire en cours en est un bon exemple). L'interopérabilité offerte par la téléconsultation, c'est-à-dire la possibilité de faire dialoguer entre eux les dispositifs médicaux connectés et les objets de santé au moyen de l'échange de données de santé qu'ils ont recueillies, décrit la reconfiguration des interactions du soin, avec une diminution drastique de ces dernières, du moins dans leur acception physique. Nous associons ce processus d'accumulation d'innovations technologiques au cœur de la téléconsultation à ce que

Anne et Eric Pezet appellent les « *nanotechnologies de l'économie et du social* » (2010). Cet ouvrage fait la démonstration que la somme de procédés managériaux mis les uns à la suite des autres produit des effets au niveau macro (macro-économique pour les auteurs). Dans notre cas, nous mobilisons cette réflexion au cas de la téléconsultation en soutenant que l'interopérabilité apparaît comme étant une suite d'usages apparemment neutres et discrets, du numérique en santé, mais qu'elle engendre une multiplicité d'usages qui peuvent constituer des changements structurels en santé.

Ainsi, la téléconsultation incarne la transformation numérique du processus de soin. Notre orientation théorique, notre proposition de recherche, est donc celle d'observer la téléconsultation comme étant un cadre intégrateur pour la télémédecine. C'est-à-dire qu'elle intègre, dans sa pratique, tous les concepts et les dynamiques de la numérisation des services de santé.

2.2 De la télémédecine à la santé connectée : deux conceptions différentes de la santé

Dès la fin du vingtième siècle des réflexions structurelles au sujet de l'opposition, du monde industriel et du monde médical permettent de poser les bases de la place qu'occupe la télémédecine dans le développement de la santé (Simon et Lucas 2013). L'enjeu de ces échanges était de situer la télémédecine soit du côté des *med-tech* et de la santé numérique (e-santé ou *e-health*, en anglais) et donc des industries relevant du e-commerce, en l'assimilant à un service de la société d'information (ibid.), soit comme étant un service de soin en santé, *healthcare service* (ibid.) ne relevant pas du commerce électronique. La différence fondamentale reconnue par les auteurs du concept de santé numérique portait sur le fait que cette dernière pouvait être pratiquée par des non professionnels de santé, alors que la télémédecine était ouverte aux seuls professionnels de santé. Néanmoins, cette précision n'a pas suffi à éclaircir les concepts, car, en 2000, la France lance sa politique de développement de la santé numérique (e-santé 2000) dans lequel elle inclut la télémédecine au vu du fait qu'elle constituait « *une prestation de service délivrée contre rémunération, à distance par voie électronique et à la demande individuelle d'un destinataire de services* ». Le caractère clinique de la télémédecine n'apparaît

donc qu'à partir de 2004 (article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004) qui la définit comme étant un acte médical à distance. À l'échelle européenne (CE), une définition plus précise de la télémédecine, portant sur le service qu'elle offre, n'est proposée qu'à partir de 2008 « *la télémédecine est la fourniture à distance de services de soins de santé par l'intermédiaire des technologies d'information et de communication dans des situations où le professionnel de la santé et le patient (ou deux professionnels de la santé) ne se trouvent pas physiquement au même endroit. Elle nécessite la transmission en toute sécurité de données et d'information médicales par le texte, le son, l'image ou d'autres moyens rendus nécessaires pour assurer la prévention et le diagnostic ainsi que le traitement et le suivi des patients* »⁴. C'est enfin en 2009 avec la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) que sa définition et sa mise en œuvre se précisent en proposant une liste des actes de soins qui relèvent de la télémédecine. Elle inclut les actes de téléconsultation, télé expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale. Ces différents secteurs de la télémédecine sont accompagnés par des DMC, et des OS. Ces outils recouvrent un vaste champ initialement identifié comme celui du bien-être et du *quantified-self*, (Besnier, 2020). Leur ouverture en santé repose sur un équilibre fragile entre développement industriel, avec une recherche d'innovation commerciale très forte notamment dans le domaine de la gérontologie, avec tout un champ dédié qui est celui de la *Silver Economy* (qui est une réponse technologique et financière aux enjeux de la perte de l'indépendance fonctionnelle). Et un intérêt médical, particulièrement dans le champ des maladies chroniques et de la régulation des dépenses en santé vis-à-vis du vieillissement de la population.

L'ensemble des éléments de lois mobilisés dans la définition de la télémédecine, aboutissent à clarifier, à distancier une prestation médicale à distance qui est régie par le code de déontologie médicale, à savoir la télémédecine, et ce qui est de l'ordre d'une prestation industrielle visant à développer le marché de l'industrie de la santé, du bien-être, dans laquelle sont les OS.

4 Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions du 4 novembre 2008 concernant la télémédecine au service des patients, des systèmes de soins en santé et de la société (COM 2008 689).
http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0003_fr.htm

À titre d'exemple, nous reproduisons ci-dessous le schéma du Livre blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour illustrer les différentes spécificités des secteurs de la santé numérique ainsi que leurs frontières.

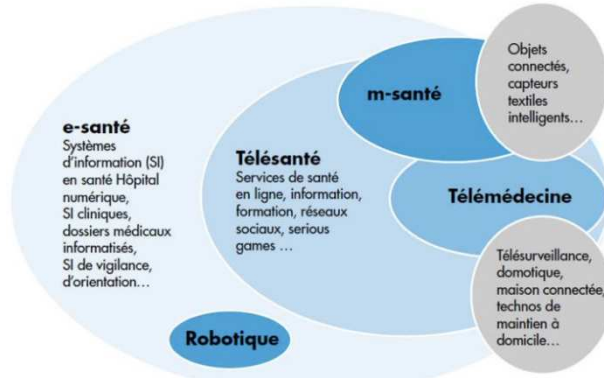


Figure 4: La e-santé (Sources Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2015).

La télé médecine revêt donc plusieurs habits, du côté historique elle représente les premières formes de communication à distance au sujet de la santé, qu'elle soit individuelle entre un médecin et son patient ou bien qu'il s'agisse de la santé des populations en mobilisant à distance, des symboles, pour prévenir des épidémies en cours. Plus récemment, elle s'est incarnée lors d'opérations chirurgicales à distance, et de nos jours elle est souvent représentée comme un ensemble d'objets et de dispositifs connectés favorisant des échanges synchroniques à distance. Elle est utilisée pour le suivi d'une grande variété de patients, des femmes enceintes aux personnes hypertendues en passant par la dialyse et jusqu'à la prise en charge des patients âgés à domicile ou en institution. Il est donc intéressant, pour mieux comprendre comment elle s'inscrit dans l'offre de soins proposés, d'en observer les ressorts sociaux et institutionnels, gestionnaires et culturels, afin d'observer comment la télé médecine entre dans les habitudes de soin.

2.2.1 Cadres conceptuels mobilisés pour observer la télé médecine : la télé médecine comme diffusion d'innovations

La téléconsultation fait donc partie de la télé médecine, celle-ci, qui fournit un service de soin à distance, et celle-là, qui est l'acte médical de consultation à distance, se confondent souvent, dans les discours des patients, des professionnels de santé, mais aussi dans la recherche. Depuis les applications labélisées « santé » des smartphones, en passant par les objets connectés destinés à enregistrer les réactions du corps aux activités de la vie quotidienne, il est possible d'observer au

quotidien l'absence de consensus clair autour de ces concepts (Fatehi et Wootton, 2012). L'installation de cabines de téléconsultation dans les officines de pharmacie, dans les enseignes de grande distribution⁵, soulève la question de la dérégulation du service de santé par les professionnels de santé, parmi lesquels le CNOM. Nous observons le prolongement de cette crainte dans la littérature, qui fait état de manques de clarté des méthodologies utilisées pour évaluer la qualité de la télémédecine (Enam, Torres-Bonilla et Eriksson, 2018). Et donc le manque de fiabilité des résultats, à cause de la grande variété d'objets et dispositifs connectés et de concepts utilisés pour les représenter (ibid.). En lien avec ceci, nous identifions plusieurs types d'ambiguïtés qui traversent le domaine de la santé numérique. Tout d'abord, l'ouverture du champ de la santé numérique à celui des industries qui l'explorent à des fins de commercialisation, et qui de fait interfèrent, dans la relation qu'entretient l'individu avec sa propre santé et le système de santé tout entier (Lindenmayer, d'Ortho 2020). Puis, corrélé à celui-ci, la promotion de la télémédecine dans le cadre d'une maîtrise des dépenses de santé face aux enjeux que traverse le système de santé, tant au niveau du vieillissement démographique qu'au niveau de la hausse des maladies chroniques. Cette simplification ouvre la voie à une possible dérive de contournement du parcours de santé si les concepts sous-jacents à la santé connectée ne sont pas mieux explicités. Par exemple le fait de proposer une offre de téléconsultation en dehors de la relation entre le patient et le médecin traitant. Enfin, le fait d'avoir une impression erronée de réduction de l'asymétrie médicale entre le patient et le médecin par une plus grande disponibilité de sources médicales ouvertes.

Nous proposons d'observer comment la littérature, en sciences de gestion nous aide à mieux comprendre la santé numérique et la télémédecine plus spécifiquement.

Tout d'abord, les systèmes d'information (voir tableau n° 1, le vocabulaire de la santé numérique, page 45) jouent un rôle primordial dans l'observation et le développement de la télémédecine. Ils ont permis de définir les champs d'application de la santé numérique (Oh, Rizo, Enkin et al., 2005, Ologeanu-Taddei et Paré, 2017, Habib, Bejean et Dumond, 2017). Dans ce champ de recherche, la

⁵ Deux enseignes Monoprix à Paris et à Troyes, proposent une cabine de téléconsultation dans leurs magasins depuis le mois d'avril 2021.

télémédecine symbolise l'intégration de la communication, du partage et de la prise en charge dans un réseau organisé (Sicotte, et Lehoux 2005). Ils s'intéressent particulièrement au déploiement de cette nouvelle pratique au regard des processus d'appropriation et d'intégration dans les pratiques médicales (Habib, Bejean et Dumond, 2017) et questionnent les facteurs, technologiques, organisationnels, susceptibles d'influencer l'émergence des projets de télémédecine.

Puis, on voit se développer d'une part, des recherches, portant sur les enjeux économiques, en lien avec l'évaluation et la valorisation de l'activité de la télémédecine, avec comme corrélat, l'allocation des ressources de santé. Et, d'autre part, des études qui ont attiré à une recherche de minimisation des coûts ou un rapport-bénéfices/coûts (Peyron et al., 2021). Ces études (Snoswell 2020) nous permettent d'appréhender les dynamiques de transformations inhérentes aux champs sanitaires et économiques. En effet. Elles nous montrent quels systèmes de télémédecine permettront de faire le plus d'économies significatives, d'identifier les gains potentiels et les obstacles normatifs à leurs mises en place.

Nous observons également que les sciences de gestion questionnent les champs d'application, la place et le rôle de la télémédecine dans les services de soins. À ce sujet il est à noter que des études portent spécifiquement sur les Ehpad et s'interrogent au sujet des barrières organisationnelles et comportementales qui freinent le déploiement de la télémédecine dans ces lieux (Langlois, 2021). Ensuite, nous notons les études qui portent sur les évolutions des savoirs et des pratiques professionnelles à l'œuvre dans les téléconsultations (Jaury 2021, Mathieu-Fritz 2021). D'autres questionnent la téléconsultation dans ce qu'elle permet comme nouvelles méthodes et opportunités de soins pour les praticiens (Cormi, 2021). L'optimisation de l'utilisation de la téléconsultation par les professionnels de santé est abordée aussi au travers des questions de formations spécifiques (Fluhr, 2021 ; Haddouk, 2021). On note que le design des objets connectés (OS) et notamment le télémonitoring suscite de l'intérêt en gestion (Mir, Ferrua, Furcade et al., 2020) ainsi, elle s'interroge sur la capacité de ces pratiques et de ces objets à améliorer le parcours de santé (Le Douarin, Traversino, Gracet et al., 2020). La question de l'efficacité est abordée à plusieurs niveaux tout d'abord du point de vue du nombre de patients suivis (Alloneau, Villeneuve, Sempere et al., 2021) puis du point de vue du repérage des pathologies, dont le Covid-19, (Dehours 2021). Enfin au niveau du

suivi à distance notamment via le *contact tracing* (Perrault 2021) et les systèmes technologiques de gestion des patients. Un autre aspect qui est observé par les sciences de gestion, et particulièrement par le marketing de la santé, est celui de l'observation des comportements d'adoption des nouvelles technologies. Particulièrement quand celles-ci sont en lien avec des logiques de normalisation et d'acceptation des comportements vis-à-vis de l'utilisation des dispositifs numériques (Dionisi, Giannetta, Di Simone et al., 2021, Hully 2021). D'autres études encore nous montrent que l'organisation de la production du soin est au cœur de la relation entre la santé numérique et les professionnels de santé (Dumez et Minvielle 2017). À ce sujet, plusieurs théories sont mobilisées pour observer les usages du numérique. La théorie de l'acteur réseau (Callon, Akrich, Latour, 2006) nous renseigne au sujet de la réussite d'un projet innovant, qui est associée à un réseau capable de relier des « actants ». Dans ce cadre l'innovation n'apparaît pas comme étant une diffusion linéaire, mais comme étant un produit issu de l'interaction entre partenaires hétérogènes (Reix, R., Fallery, B., Kalika, et al., 2016), le réseau est un actant qui participe à la création de l'innovation. Il est composé d'entités humaines et non humaines, mais aussi de porte-parole (ibid.) capables de traduire les intérêts à partir d'un registre technologique, vers un registre de métiers, par exemple les projets de promotion de la téléconsultation qui, dans un service de soins, nécessitent une adéquation entre les connaissances technologiques qu'ils produisent en santé et les cadres de références de l'exercice de la médecine. Au niveau des individus, l'adoption des innovations est théorisée par la diffusion des innovations (Rogers, 1995). Ce modèle définit les éléments qui interviennent dans la rapidité à laquelle une innovation est adoptée dans un groupe social. Enfin, s'agissant des usages et des comportements d'adoption de la télémédecine, le caractère nouveau de cette pratique, fait que peu de données sur son utilisation sont disponibles. Ce sont donc les intentions d'usage de la santé numérique des professionnels de santé et des patients qui sont régulièrement sondées (ibid.). Les questions relatives aux usages interrogent les interactions entre les usagers, patients ou professionnels de santé et les dispositifs technologiques. En sciences de gestion, ces questions sont dominées par le Technology Acceptance Model, Davis 1985). Selon le Technology Acceptance Model (TAM), l'utilité et la facilité d'utilisation perçues déterminent l'acceptation d'une technologie et permettent de prédire son

utilisation. Cette tradition héritée de Gabriel Tarde (Kinnunen 1996) tend à réduire la diffusion de la technologie à un choix rationnel au cours duquel un individu abandonne une pratique obsolète pour la remplacer par une pratique plus adaptée. Selon cette approche, innovation, amélioration et progrès sont indissociables. Il est possible de faire un lien avec l'école classique en management où l'efficacité est prouvée par la diffusion d'une technique (Rojot, 2003, Maclouf, 2020). Ces modèles sont efficaces pour gérer l'innovation, en sondant régulièrement les intentions d'usage de la santé numérique. Ils sont en revanche moins pertinents pour rendre compte de la nature du changement que la santé numérique propose, puisqu'ils se centrent sur des comportements d'adoption ou non (Brangier, 2004). La TAM a fait l'objet de plusieurs variantes qui ont permis de la réviser à la faveur de considérations psychosociales et socio-organisationnelles (Karahanna et Straub, 1999). Il existe donc différents modèles qui renvoient à la façon dont les hommes façonnent leur cognition, et leurs interactions avec la technologie. La littérature a également montré que ces modèles ne sont pas immuables, mais changent avec le temps. Et que les individus peuvent changer de modèle à partir d'éléments contextuels d'utilisation et des caractéristiques de la technologie. Dans ce cadre, ces études mettent en relation le versant ergonomique et le versant psychosociologique des interactions homme-machine (Brangier, 2004). L'approche symbiotique humain-machine (Licklidert 1960), s'inspire de la biologie pour considérer la relation entre les utilisateurs et la technologie comme une « interdépendance durable entre deux êtres vivants » (Brangier et Hammes 2007). Selon cette approche, c'est « la nature des relations en œuvre qui permet d'expliquer la valeur des nouvelles technologies et l'orientation de la conduite humaine dans les systèmes technologiques (ibid.) ». Ainsi, l'évolution de la télémédecine ne peut pas être observée seulement au travers de son degré d'acceptation. La téléconsultation interroge les pratiques soignantes à travers l'introduction des dispositifs médicaux connectés et des objets de santé qu'elle inscrit dans le panorama de soin, au cœur de la vie quotidienne des soignants et des patients (Brangier, Dufresne et Hammes-Adelé 2009). Ce mécanisme numérique intervient également dans le contenu du travail de soin. Le cadre théorique de la coévolution entre l'humain et la technologie (De Rosnay, 2000) propose donc de dépasser la dualité entre humains et technologie fortement ancrée dans les modèles de l'acceptation (TAM). De plus, nous observons que peu de

recherches portent sur l'interaction entre l'homme et les dispositifs de santé connectés, notamment ceux qui concernent le soin en ligne, comme la téléconsultation (Ben Nasr et Ben Arfi, 2020). Dans cette étude, les auteurs montrent que certains comportements d'adoption des DMC, se détachent. Tout d'abord pour les adultes non « *digital natives* » l'utilisation du dispositif est dictée par son utilité perçue et cette utilité conditionne l'effort fourni pour accéder à la technologie. En revanche pour les adultes *digital natives* cette utilisation est davantage associée à l'influence sociale. Ainsi nous voyons que la santé numérique se matérialise au travers d'objets concrets et d'usages.

À la suite de ce regard porté sur la littérature en sciences de gestion, nous comprenons mieux ce qu'est la télémédecine. En effet, nous avons montré, d'une part, que les travaux développés en sciences de gestion au sujet de la télémédecine proposent des approches théoriques multiples. Autant de cadres qui permettent, d'une part d'intégrer les ambiguïtés que nous avons présentées et de penser les évolutions du système de santé et des politiques qui les accompagnent (Sebai, 2016) dans le cadre de la télémédecine. Et, d'autre part, ces cadres théoriques, nous permettent de rendre compte des innovations et des évolutions structurelles, organisationnelles et fonctionnelles des organisations dans lesquelles la télémédecine s'incarne (soins primaires, hôpital, structures médico-sociales). Nous notons la complémentarité de toutes ces approches. En effet, l'observation de la télémédecine s'inscrit dans plusieurs cadres d'analyses qui correspondent à des enjeux concrets de développement technologique, de nouvelles organisations et de comportements en lien avec ce dispositif. Les questions qui sous-tendent ces cadres d'analyses laissent entrevoir leur positionnement vis-à-vis des choix et des investissements en jeu dans les développements futurs du système de santé et plus largement des politiques publiques (ibid.).

Dans la littérature en santé, majoritairement médicale, il est possible d'observer une évolution importante de l'usage de la télémédecine ces deux dernières décennies. À l'aide de la bibliographie thématique « La e-santé, télésanté, santé numérique, ou santé connectée » de l'IRDES (Safon, 2019) il nous a été possible d'observer que les cas d'usage actuels de la télémédecine se répartissent en quatre axes : prise en charge du patient en situation aiguë, suivi d'une pathologie chronique, recours ponctuel aux spécialistes de second recours, prise en charge pluridisciplinaire. La

télémédecine est utilisée dans le domaine de la prévention (Ainslie, Brunette et Capozzoli, 2021), des soins primaires, et de l'accès aux soins (Cao Chen et Liu 2021). La télémédecine est également de plus en plus tournée vers la place qu'elles confère aux malades, aux usagers (Barello, Tiberti et Graffigna 2016). Pour compléter l'illustration des évolutions récentes de la télémédecine, nous mobilisons également les travaux menés par l'HAS entre 2000 et 2010 (HAS, 2013). Sur cette période, l'HAS observe que dans ce laps de temps les spécialités médicales concernées par la télémédecine étaient tout d'abord la cardiologie et la dermatologie suivies par l'oncologie, la gériatrie (dont la gériatrie en tant que médecine du sujet âgé), la psychiatrie, la radiologie et enfin les urgences. La version 2020 de cette étude nous montre l'évolution de ces pratiques de télémédecine, passant de l'utilisation dans un cadre de médecine de pointe (par exemple la chirurgie) ou de spécialités (comme la cardiologie) à une utilisation davantage tournée vers la médecine générale, voire un accompagnement paramédical (soins infirmiers) avec un intérêt très soutenu pour l'activité de téléconsultation. Ainsi nous voyons que les médecins généralistes sont très concernés par la téléconsultation, ce qui représente une évolution importante de cette pratique qui, jusqu'à la crise sanitaire du Covid-19, touchait relativement peu cette spécialité médicale. En revanche, il est possible d'observer que l'intérêt scientifique pour la télémédecine continue de se cristalliser majoritairement sur la téléconsultation, puis sur la télésurveillance, suivie de la téléexpertise et enfin du télémonitoring (ibid.). Enfin, une autre étude (Yang, Iqbal, Ching et al., 2015) nous montre que l'activité de publication au sujet de la télémédecine par pays et au fil du temps varie et identifie un changement important au sujet des disciplines qui s'intéressent le plus à la télémédecine. Les soins infirmiers, sont les domaines de recherche en télémédecine qui ont connu la plus forte croissance.

À ce stade de notre étude de la littérature, nous identifions donc le point de rencontre entre les deux disciplines que nous mobilisons s'agissant de la télémédecine. À la suite de Dumez et Minvielle (2017) nous voyons que l'organisation de la production du soin est au cœur de la relation entre la santé numérique et les professionnels de santé. Nous illustrons notre propos dans la figure ci-dessous :

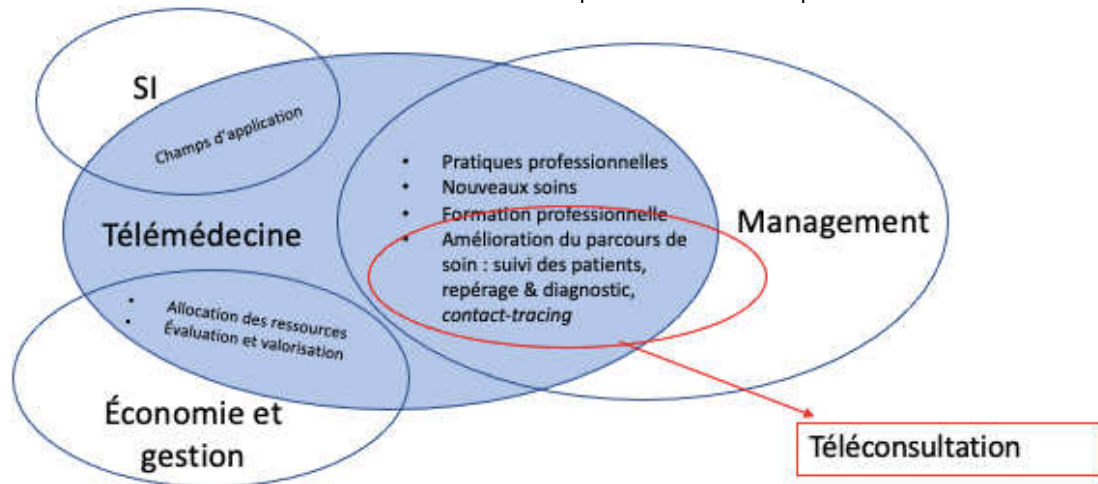


Figure 5: l'organisation de la production du soin un intérêt commun pour la gestion et la santé autour de la télémédecine.

Au regard des dimensions traitées par les sciences de gestion en relation avec la télémédecine, nous voyons que les thématiques relatives à l'organisation de la production du soin sont directement mises en relation avec l'utilisation de cette nouvelle pratique médicale. En revanche, nous identifions que la téléconsultation, quant à elle, elle est mise en relation, directement avec l'objectif d'améliorer l'accès aux soins tant au niveau du repérage des patients, qu'à celui de leur suivi, de leur diagnostic, et, s'agissant du Covid-19, avec leur traçage. Nous montrons donc que l'objectif exprimé d'« amélioration du parcours de santé » renvoie aux deux disciplines, gestion et santé. La téléconsultation devient donc un intérêt commun partagé. Nous comprenons donc que l'objectif organisationnel de la téléconsultation est celui de l'amélioration du parcours de santé.

Enfin, nous avons examiné comment la téléconsultation se situe vis-à-vis de la télémédecine dans les disciplines que nous mobilisons. Pour ce faire, nous dressons un portrait des évolutions de la télémédecine. Nous observons qu'aujourd'hui la télémédecine mobilise principalement la pratique médicale de téléconsultation dans le cadre de la prise en charge de l'aigu et des maladies chroniques. Dans le cadre de la téléconsultation, des dispositifs médicaux connectés et des objets de santé sont mobilisés afin de permettre à la partie physique, de l'examen clinique d'avoir lieu à distance. Pour ce faire, une aide peut s'avérer nécessaire au domicile du patient ou alors en institution, comme en Ehpad. La télémédecine mobilise donc la pratique de téléconsultation tout en sollicitant plusieurs professionnels, médicaux et médico-

sociaux autour du patient. Au vu de la nature des pathologies pour lesquelles elle est davantage sollicitée, elle est particulièrement présente dans les soins de premiers recours. Les médecins généralistes sont désormais plus sollicités par cette nouvelle pratique que d'autres spécialités, réputées plus techniques (de type cardiologie, chirurgie). Nous proposons ci-dessous une illustration de la compréhension que nous avons de la téléconsultation dans le parcours de soin.

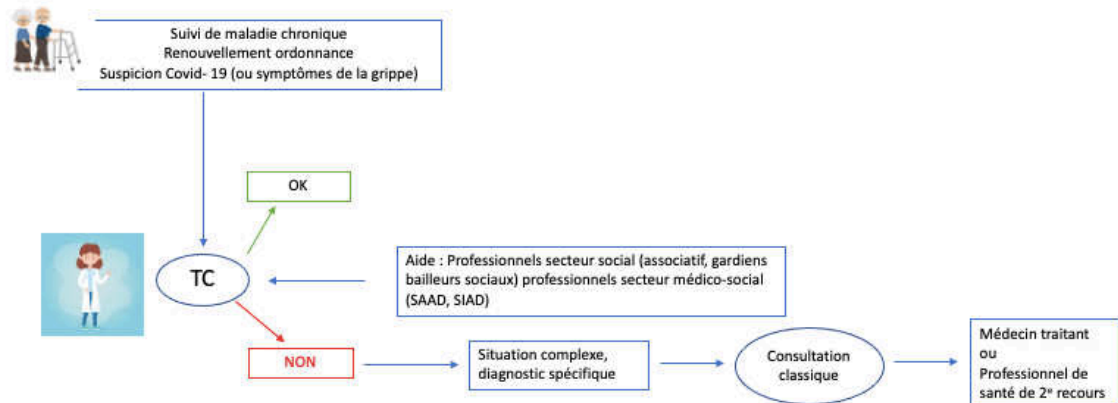


Figure 6: la téléconsultation dans le parcours de soin

2.2.2 Identification d'un manque dans la littérature en sciences de gestion : la nature du soin produit par la téléconsultation.

À ce stade de notre travail, l'examen des travaux en sciences de gestion sur la télémédecine et la téléconsultation met en évidence la complexité de cette pratique (le tableau n° 1 au sujet du vocabulaire de la santé numérique a pu nous en donner un aperçu). Plusieurs sous disciplines des sciences de gestion s'intéressent particulièrement aux nouvelles pratiques numériques de soin. Nous avons vu que les systèmes d'information définissent son champ d'application et permettent de l'aborder par les usages du numérique. Le contrôle de gestion observe la téléconsultation à partir de la mesure de son efficacité (Lemaire et Nobre, 2014) de sa productivité au sein des services de soins, dans les établissements hospitaliers, ou médico-sociaux (Lemaire et Nobre, 2016, Lemaire et De Guio, 2019).

Le marketing interroge les intentions d'usage de la télémédecine, tant du côté des patients que des malades. Les sciences économiques nous proposent de modéliser son impact médico-économique dans les politiques économiques (nous pensons aux lois de financement de la Sécurité sociale) et dans les établissements de soin. Dans ce cadre, les sciences médicales s'intéressent à la télémédecine dans une optique

d'amélioration thérapeutique, tant pour les nouveaux soins qu'elle permet de pratiquer que pour les coopérations entre professionnels de santé dans les prises en soins complexes ou dans des territoires ruraux. Dans les sciences médicales, les méthodes cliniques développent un savoir sur la télémédecine. Elles rendent compte de l'utilisation effective de ce dispositif, avec une visée normative, c'est-à-dire des pratiques reproductibles. L'ensemble des théories que ces approches mobilisent retracent l'histoire de la téléconsultation comme un instrument de réponse à des enjeux actuels, concrets. Cette nouvelle pratique constitue un élément moteur des réorganisations conceptuelles et pratiques face aux enjeux épidémiologiques et démographiques en cours et à venir. Cependant, ces travaux n'explorent pas la nature du soin produit par téléconsultation. La téléconsultation est-elle équivalente à la consultation classique ? A-t-elle les mêmes propriétés qu'une consultation ? Produit-elle le même type de soin ? Ces questions sont d'autant plus d'actualité à l'heure où le déremboursement des arrêts de travail prescrits par téléconsultation est envisagé par les pouvoirs publics⁶, et où les unités mobiles de télémédecine sont questionnées au niveau du service rendu et du coût qu'elles engendrent⁷.

Ainsi, c'est en sciences médicales que les méthodes cliniques développent un savoir sur la télémédecine. Elles rendent compte de l'utilisation effective de ce dispositif, avec une visée normative, c'est-à-dire des pratiques reproductibles. Néanmoins, contrairement aux sciences de gestion, les méthodes standardisées des sciences médicales ne permettent pas de saisir la diversité des configurations : « *un séquençage prédéfini d'utilisation ne parvient pas à envisager le registre de l'adaptation* » (Minvielle et Sicotte, 2018) des individus vis-à-vis des dispositifs technologiques et numériques pour la téléconsultation.

6 « Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation par un autre médecin que le médecin traitant ou un médecin vu au cours des 12 derniers mois ne seront remboursés que dans certaines conditions limitatives », Projet de loi sur le financement de la Sécurité Sociale, Vie Publique, 26 septembre 2022

7 Médiapart, 1 octobre 2022 : <https://www.mediapart.fr/journal/france/011022/telemedecine-derriere-sauv-life-le-business-contestable-d-un-medecin-de-l-ap-hp>

Le *care* et la téléconsultation

Le *care* est défini par Gilligan comme étant la « capacité à prendre soin d'autrui » (Gilligan, 1982). Cette définition très ouverte, permet de l'appliquer à un vaste spectre de situations, qui toutes parlent de la relation à l'autre. Ainsi l'éthique du, *care* devient une partie de la définition de « relation » (Winnicott 1970). Dans le cadre de la santé, la confiance générée par la relation entre le soignant et le soigné est un exemple du, *care*. Cette confiance naît de la proximité du colloque singulier au cœur de l'acte de soin. Ainsi le *care* permet de s'investir dans le processus du *cure* (le traitement, le parcours de soin) (ibid). Néanmoins, la littérature (Cara et O' Reilly, 2008) indique que le *cure* est associé à une grande technicité, contrairement au processus du, *care*, d'avantage associé à des qualités humaines (relationnelles). La téléconsultation affecte les compétences relationnelles, puisqu'elle met de la distance dans le dialogue singulier en plaçant cette proximité objective, physique dans un temps et dans un espace, subjectif, de distance physique mesurable. Ainsi cette nouvelle pratique est susceptible de contribuer à la modification de l'acte de soin et de polariser les pratiques entre d'une part les compétences humaines et les compétences techniques.

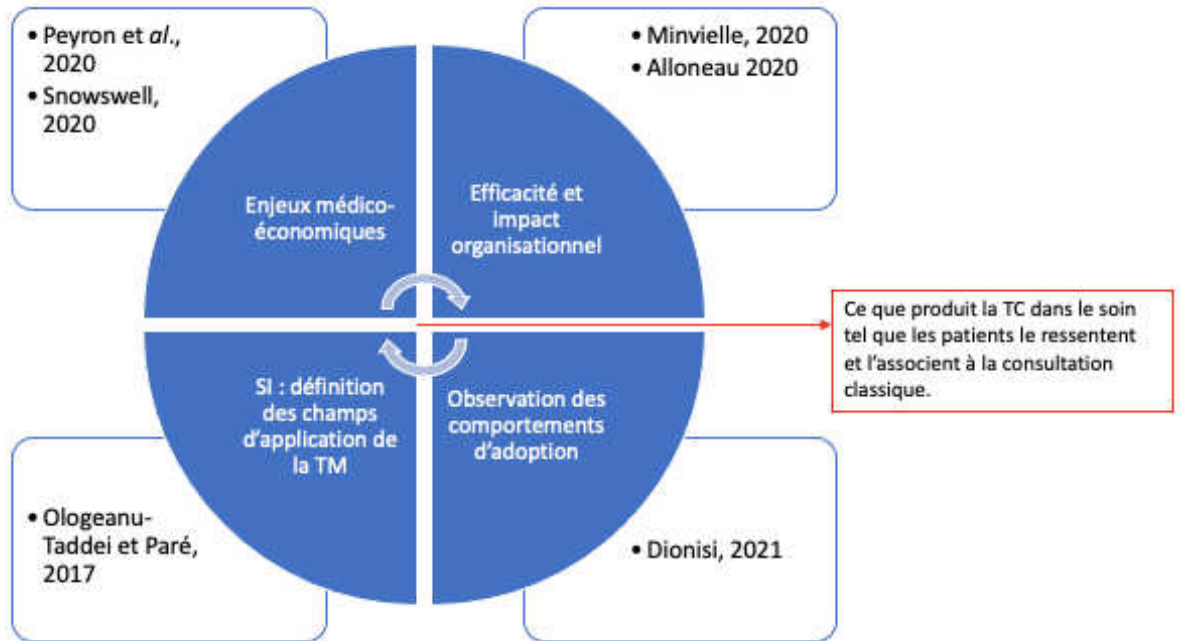
Ainsi, les cadres conceptuels mobilisés dans les travaux en sciences de gestion et en sciences médicales que nous avons identifiés ne parviennent pas à rendre compte des capacités « *transformatives* » (ibid.) de la téléconsultation qui sont liées à l'usage des dispositifs technologiques *in vivo*, c'est-à-dire dans un contexte de valeurs et de schémas cognitifs propres au capital social et culturel des patients, mais aussi des professions qui s'y confrontent.

Nous pouvons voir à travers ces études, toute l'attention qui est portée aux enjeux stratégiques du soin (les enjeux médico-économiques, les impacts organisationnels et l'efficacité thérapeutique, les applications techniques et les comportements d'adoption, d'utilisation de ces nouvelles technologies en santé) dans les cadres théoriques mobilisés pour observer la télémédecine et la téléconsultation. Mais qu'en est-il de la prise en considération de l'individu dans sa vie quotidienne, de sa matérialité, dans son environnement vis-à-vis de la santé numérique dans ces cadres théoriques ?

La mobilisation seule, des approches classiques, n'est donc pas suffisante pour nous permettre de répondre à nos questions. Alors que la téléconsultation est envisagée et

utilisée comme réponse structurelle à la réorganisation des soins de santé face au vieillissement de la population et à l'essor des maladies chroniques, les cadres traditionnels mobilisés en gestion pour l'observer ne nous paraissent pas rendre pleinement compte du soin produit par la téléconsultation telle que les patients la ressentent et l'associent à la consultation classique. Nous ressentons donc la nécessité d'associer aux sciences de gestion un autre cadre théorique, qui est celui de la philosophie de la médecine. En effet, si les méthodes standardisées en sciences médicales présentent des limites, en revanche, la philosophie de la médecine fournit un cadre théorique pour appréhender la téléconsultation, en particulier la dimension symbolique au cœur des représentations du soin. Pour mieux comprendre cela, nous mobilisons Georges Canguilhem. Canguilhem, interroge la médecine comme une « introduction à des problèmes humains concrets » (Canguilhem, 1966). C'est-à-dire un lieu de rencontre, de pratiques scientifiques, de relations sociales et morales (Lefève, 2014). La médecine a certes des objets d'études concrets, comme la maladie, les pratiques et techniques cliniques, la relation de soin et l'organisation des réponses médicales, qui reposent sur des connaissances cliniques établies (l'Evidence Based Medicine, EBM), mais elle manipule également la prise en compte de la subjectivité, de l'individualité des patients (ibid.) et des professionnels de santé. Ainsi, il est possible de voir le statut épistémologique dual de la médecine qui, d'une part s'enracine dans l'étude des sciences de la vie, et qui, d'autre part, définit aussi l'art de soigner (ibid.), l'art médical et, par extension, le médecin-artisan (Grimaldi, 2013). Loin de vouloir opposer ou mythifier une pratique médicale subjective par rapport à une médecine scientifique, la philosophie de la médecine nous enseigne que sa complexité réside dans l'articulation pratique des techniques et des relations humaines spécifiques à la pathologie, à la situation de vie du patient à son environnement. De cette prise en considération de la subjectivité et de l'individualité, il est possible, à l'instar des théories du *care* (voir encadré ci-dessus) d'envisager l'action soignante et éthique de la médecine qui s'adresse à des êtres humains vulnérables dans une relation qui met en œuvre le « *souci de l'autre* » (ibid.).

La figure ci-dessous illustre notre apport aux cadres mobilisés pour observer la télémédecine.



TC = Téléconsultation

Figure 7: Notre apport dans les cadres interprétatifs de la télémédecine.

2.3 Appréhender l'essor de la téléconsultation : l'examen clinique au cœur de la structuration des pratiques médicales

Nous avons montré que la téléconsultation est au cœur des politiques publiques, avec l'amélioration de l'accès au soin comme principal objectif (section 2.1), puis nous avons mis en évidence la nécessité de mobiliser l'épistémologie médicale pour appréhender les éventuels changements induits dans l'acte médical même (section 2.2). Dans cette section, afin d'évaluer la nature du soin produit en TC, et de voir dans quelle mesure celui-ci diffère de la consultation classique (C), nous proposons de placer l'examen clinique au cœur de ce cadre théorique.

Nous l'avons vu, la télémédecine englobe plusieurs pratiques médicales, parmi lesquelles la téléconsultation. À la faveur de la crise sanitaire due au SarsCov-2, la téléconsultation s'est développée soudainement, dans l'urgence tant pour les patients que pour les médecins, sous forme d'une quasi-expérimentation à grande échelle. En effet, l'Assurance Maladie, en septembre 2020, faisait état d'un recours massif à cette pratique en indiquant « *qu'elle poussait à innover et à bousculer les modes de prise en charge des patients, devenant ainsi une composante essentielle de l'offre de soins sur le territoire* » (Le Monde, 20 octobre 2020). À titre d'exemple les actes de

téléconsultation sont passés de 40 000 en février 2020, donc avant le premier confinement, à 4,5 millions en avril 2020 (ibid.). Cette tendance perdure, puisqu'il continue, même en dehors du confinement à y avoir dix fois plus d'actes de téléconsultation qu'avant la crise sanitaire. Elle semble devenir donc un facteur structurant dans les pratiques médicales. Ce n'est qu'à partir du cadre légal, pourtant, relativement récent de la loi HTSP, que le concept et le contenu de la télémédecine commencent à être abordés et son caractère clinique (téléconsultation) à être affirmé (Simon 2017). La téléconsultation se définit comme « *une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numérique permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades* » (Simon et Gayrard, 2017). Parmi tous les actes de télémédecine, la téléconsultation est le seul acte qui peut être à l'initiative du patient et qui requiert une présence synchrone du patient et du médecin.

De ce fait, la téléconsultation en tant que consultation médicale est vue comme l'entrée dans le soin et pose en raison de sa nature, plus fortement que les autres actes de télémédecine, la question fondamentale de la place de l'examen clinique dans les pratiques de soin à distance.

2.3.1 Entre artisanat et standardisation, la place de l'examen clinique dans la téléconsultation et l'ensemble du système de soin

Nous proposons donc d'observer l'examen clinique dans la téléconsultation tant pour la place que cet examen occupe dans le processus de soin (dans sa dimension physique et relationnelle) que pour celle qu'il occupe dans l'organisation du système de santé au sens qu'il est la porte d'entrée dans le soin et l'élément fondamental de la mise en place des parcours de soin et de santé.

Une première indication de la place que l'examen clinique occupe dans le processus de soin et dans le processus organisationnel peut être lue chez Foucault, dans « Naissance de la clinique » (Foucault, 1983). Selon Foucault, le regard du médecin est au centre de la définition de la clinique, ainsi l'examen clinique n'est pas une étude de cas, un simple examen individuel, il s'agit d'une démarche plus complexe (ibid.). En effet, le regard du médecin doit être global et doit porter sur tous les signes d'une anomalie. Foucault suggère que pour comprendre la maladie, le

médecin regarde l'ensemble des symptômes, en insistant sur le fait que la clinique fait de la maladie une réalité variable, au sens de la diversité de ses manifestations. Il dit en somme que la variabilité constitue une caractéristique de la pathologie (ibid.). Ces précisions nous permettent de mieux comprendre le rapport qu'entretient la démarche clinique avec les théories médicales dans un contexte de standardisation de pratiques. En effet, la démarche clinique suit une relation particulière avec le rapport aux théories médicales. Le praticien face à la variabilité de la pathologie ne peut que partiellement plaquer des « schèmes théoriques » (ibid.) sur son observation, car il doit laisser parler d'eux-mêmes les éléments observés. Foucault précise également que la clinique accorde de l'importance à la question du temps passé avec le patient puisqu'elle doit retracer les enchaînements et l'histoire naturelle des symptômes et de ce fait elle s'attache à construire une chronologie des traits de la maladie. Nous considérons donc que l'examen clinique est au cœur de la démarche de soin, mais aussi au cœur de l'organisation du système de soin. En effet, si la démarche clinique a pu émerger parmi les autres paradigmes médicaux c'est grâce à l'organisation du système de soin hospitalier. L'hôpital est une sorte de support au développement de la médecine puisqu'il permet de comparer les malades entre eux, et comme le rappelle Foucault « *Du moment que la connaissance médicale se définit en manière de fréquences, ce n'est pas d'un milieu naturel qu'on a besoin, mais d'un domaine neutre, c'est-à-dire homogène en toutes ces parties pour qu'une comparaison soit possible* ». (Foucault, 1983, p.110 cité in Tremblay, 2015, p.176). Suivant les réflexions de Foucault, nous envisageons donc la clinique comme étant la cause et la conséquence de l'organisation du milieu hospitalier. Ce faisant, la prise en charge du malade devient la première étape d'un processus de production organisationnel (Foucault, 1983) où sa condition physique détermine le parcours de santé (ou de soin en fonction des arbitrages qui sont faits) qui lui sera proposé. Le parcours de santé peut être vu, lui-même, comme un processus productif dont le début est l'examen clinique et la fin se situe entre le processus de réparation et celui d'accompagnement. La variété des conditions cliniques renvoie donc à l'idée d'une multiplicité de cas singuliers et à autant de parcours de santé à produire. Néanmoins, la question de la production d'un parcours personnalisé, répondant à l'expression de besoins individuels, pose la question d'une « production de masse personnalisée »

(ibid.) de la santé et de la standardisation de cette production. Ainsi l'examen clinique se situe dans un équilibre fragile entre adaptation et standardisation.

2.3.2 Les dimensions représentatives de l'examen clinique comme cadre théorique

L'examen clinique est l'acte de soin prodigué par un médecin. Sa visée est diagnostique ou thérapeutique et il peut avoir plusieurs natures : préventive, curative, diagnostique et palliative. Il est composé de plusieurs dimensions : technique, psychologique (en plus des dimensions juridiques et déontologiques). On peut le concevoir comme étant un contrat sous-tendu par un engagement moral des deux parties, où le patient rencontre le médecin. L'acte de soin par la nature de l'organisation qui l'accompagne peut être critiqué et examiné par la société (Cousin, 2016).

L'examen clinique s'inscrit dans l'activité clinique d'un professionnel de santé et fait donc partie de l'examen médical, il permet de décrire l'état d'un patient et d'aboutir à un diagnostic à partir d'observations cliniques. Si la tâche du médecin est double « *comprendre le patient et comprendre la maladie* » (Levenstein, 1986), trois grands domaines sont décrits pour caractériser l'activité clinique (Malterud, 1995) : « *human interaction in clinical context* » (Balint, 1964), que nous traduisons librement en français par « interactions humaines », *clinical judgement and reasoning*, (Gross et Lorenz 1990) c'est-à-dire ce qui permet de prendre des décisions de soin, et le cadre de valeurs, que nous traduisons en français par « interprétations ». Et puis « *clinical philosophy* », (Pellegrino, 1988), que nous traduisons en français « philosophie clinique » du soin, c'est-à-dire les considérations morales autour de l'acte clinique.

Nous présentons ici chaque dimension représentative de l'activité clinique et puis, les connaissances que les nouvelles technologies apportent à chacune de ces dimensions.

Interactions humaines

Cette dimension de la connaissance clinique est traitée dans le cadre de l'épistémologie médicale à partir du moment où l'interprétation clinique outre la compréhension des éléments universels « *understanding universals* » (Malterud 1995) repose également sur la compréhension fine des interactions humaines et

sociales comprises dans le soin. En ce sens, les auteurs (ibid.) nous disent que la connaissance clinique est un équilibre fin entre l'artisanat médical « *medical craftsmanship* » (ibid.) qui est caractérisé par la relation entre le médecin « artisan » (Grimaldi, 2013), le patient et les instruments du soin. Cette relation permet aux professionnels de santé de faire face à des situations et des actions complexes qui mobilisent des jugements et des choix. Ces interactions qui ne se retranscrivent pas en données biomédicales permettent, néanmoins, de construire une narration entre les professionnels et les patients. Cette narration est au cœur de la pratique de soin puisqu'elle donne du sens aux données biomédicales en les « transformant » en informations de santé sur lesquelles repose l'engagement du patient dans son parcours de santé. Ainsi cette dimension nous renseigne au sujet de la complexité de la connaissance clinique, où les perspectives humanistes sont nécessaires, bien qu'elles ne soient pas suffisantes pour soigner. Les interactions humaines peuvent être donc regardées comme une porte d'entrée pour mieux comprendre le parcours de construction des connaissances en santé à partir du fait que « *we can know more than we can tell* » (Polanyi, 1967). Le processus de diagnostic, selon l'auteur, illustre cette démarche intellectuelle où des compétences complexes se déroulent, sous forme de connaissances tacites, qui prennent du sens alors même qu'elles ne sont pas verbalisées, en étant la résultante d'un tout. D'une vision holistique du patient, de sa santé, de son environnement. Dans ce contexte, les protocoles médicaux, les standards biomédicaux, sont donc les bases, à partir desquelles les relations humaines en médecine prennent du sens et s'éloignent d'une pratique « profane », non scientifique de la médecine (Malterud, 1995). Ainsi, les relations qui se nouent dans ce cadre font partie et sont le reflet de l'enquête médicale scientifique qui font progresser la médecine même. Elles sont le produit d'une recherche de rigueur et de qualité scientifique dans la pratique médicale.

L'art de la médecine pourrait donc être défini comme « *the successful interrelationship between the biomedical and the humanistic perspectives in clinical practice* » (ibid.).

Interprétations

Il s'agit des éléments factuels à partir desquels les décisions cliniques sont prises : l'examen physique, la thérapeutique individualisée, les examens complémentaires, les décisions qui découlent de processus expérientiels. Il s'agit d'un processus

mental exigeant (Nagel, 2017) qui est issu de l'observation, de la capacité des praticiens à penser à l'intérieur de l'action. Le contexte spécifique du patient est au cœur de ce processus dont le but est celui d'améliorer la santé ou le bien-être (ibid.), le jugement clinique est un des chemins majeurs, qui conduit au diagnostic. La littérature nous dit que la notion de jugement clinique est complexe puisqu'elle fait référence à celle du raisonnement critique, clinique (Connor, Flenady, Massey et Dwyer, 2022). C'est donc un processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé et « réels » de la personne qui aboutit à un plan thérapeutique. La littérature (Lefebvre et Jovic, 2019) attire notre attention sur l'importance de la logique cognitive sous-jacente au jugement clinique qui peut être sensible aux comportements « mécaniques » c'est-à-dire qui ne sont pas suffisamment adaptatifs aux situations de vie réelle. Le regard holistique à l'origine du jugement clinique crée un pont avec les relations humaines dans la relation clinique. En effet, il est possible d'observer que ces deux dimensions ne sont pas séparées, mais participent à une même pratique de la médecine.

Philosophie clinique

La philosophie clinique permet de penser la pratique de la médecine, les comportements, les caractères psychosociaux des soignants au regard des expériences de santé des patients. Elle traite des questions aux confins de la médecine, de la philosophie, du droit, de l'éthique. Elle intervient dans le colloque singulier, dans l'examen clinique à la faveur des traitements, des questions des patients. Cette dimension est aussi à mettre en relation avec les deux précédentes. Elle est à la base de la pensée médicale moderne et au centre des questions relatives au vieillissement de la population et de l'essor des maladies chroniques. Dans notre travail, les questions d'éthique et de philosophie clinique ont été centrales dans les entretiens faits avec les patients et les professionnels de santé. Ces questions se rejoignent bien qu'à des niveaux différents, chez les patients et les médecins. La place du colloque singulier dans le cadre d'une nouvelle pathologie, ou face à des symptômes, nouveaux et inquiétant du fait de la pandémie, a été une source de questionnements sur la place de la relation, de l'importance que porte le médecin au malade. La solitude imposée par les confinements, et l'assistance technique nouvelle que cette pratique de la médecine a imposée ont réveillé des souffrances liées à un

état de santé précaire, un ralentissement des fonctions cognitives, mais aussi un éloignement des soins.

L'évolution de la pratique clinique sous l'effet de la téléconsultation est bien documentée par la littérature (Jaury, 2021.). Ces évolutions portent sur les changements de la pratique clinique. Plusieurs études montrent d'une part que l'examen clinique contribue à l'établissement du diagnostic (Lewis, 2006) et, d'autre part, que l'examen clinique en présentiel restait souvent indispensable après une téléconsultation (Monziols, 2020). De plus, une étude américaine rétrospective conclut à des résultats probants en défaveur de la téléconsultation chez l'enfant ayant une infection respiratoire (Uscher, 2015). Enfin, une thèse portant sur le suivi de plus de 200 téléconsultations montre que pour une même raison de santé 49 % des patients ayant téléconsulté en première intention consultent à nouveau contre 10 à 15 % pour ceux d'entre eux qui ont consulté en premier lieu (Mancuso, 2020). Les évolutions de la pratique clinique induites par la téléconsultation s'observent, également, sur la relation soignant-soigné (Le Quotidien du Médecin, 20 novembre, 2020) et cela dans les domaines de la relation, de la communication, mais également au sujet des conséquences symboliques de l'absence de l'examen clinique. Nous observons donc une recherche très dynamique et en sciences humaines et sociales, au sujet de la télémédecine. Nous observons que ces études traitent de la place qu'occupe l'examen clinique dans ces nouvelles pratiques, mais aussi, de façon prospective, de la place que ces pratiques font à cet acte médical. L'ensemble de ces travaux et des disciplines mobilisées a façonné la compréhension que nous avons des recherches dans ce domaine et nous a permis d'en observer les nouvelles connaissances qu'elles ont apportées aux pratiques professionnelles médicales et paramédicales, l'autonomie des praticiens, la place qui est faite à l'examen clinique. Plus largement, nous nous sommes nourris des savoirs et des pratiques professionnelles qui ont été mis en lumière au travers de ces travaux (Oudshoorn, 2009 ; Pappas et Seale, 2009). Ces recherches tendent à montrer que les technologies sont porteuses de nouvelles normes et de nouvelles connaissances, et que la téléconsultation s'inscrit dans cette dynamique. Pour autant, les auteurs notent aussi que beaucoup reste à découvrir dans le domaine de la télémédecine (Mathieu-Fritz et Gaglio 2018).

Notre perspective d'analyse s'inscrit donc dans ces travaux qui relèvent de la télémédecine et des technologies médicales mobilisées à cet effet. Il nous semble indispensable cependant de contribuer à la connaissance de la télémédecine à partir de l'interrogation des effets qu'une consultation, réalisée par l'intermédiaire d'un écran, produit sur les grands domaines qui caractérisent l'activité clinique (interactions humaines, interprétations, philosophie clinique).

L'originalité de notre recherche réside donc dans le regard surplombant que l'observation de l'examen clinique dans son ensemble, c'est-à-dire à partir des grandes dimensions qui qui représentent l'activité clinique peut apporter à la compréhension de la télémédecine et plus particulièrement de la téléconsultation et des évolutions qu'elle décrit dans le soin et dans l'organisation territoriale de santé. Pour ce faire, notre ambition est de suivre, telle une mise en récit, les évolutions que les caractères propres à chacune de ces dimensions adoptent lors d'une téléconsultation comparativement à une consultation classique dans les expériences de téléconsultation et de consultation de patients âgés.

2. 4 Opérationnalisation de notre cadre théorique au cas de la téléconsultation

Notre ambition est donc de mieux identifier quels sont les ajustements, les déplacements, en d'autres termes les transformations, à partir des dimensions qui caractérisent l'examen clinique, qui ont lieu dans le cadre des téléconsultations comparativement aux consultations classiques, c'est-à-dire à la relation en face à face. À cette fin, notre objectif est d'observer les évolutions des caractères représentatifs de l'examen clinique à travers les expériences que les patients âgés ont de cette nouvelle pratique de consultation médicale. Nous inscrivons donc notre recherche à la suite des études portant sur les perceptions des transformations par les utilisateurs.

Pour ce faire, nous proposons de mobiliser les sciences médicales à partir des dimensions qui caractérisent l'activité clinique telles que nous les avons énoncées plus haut (interactions humaines, interprétations et philosophie clinique) et de les mettre en relation avec les connaissances qu'apporte le numérique en santé.

Cependant, nous rencontrons un premier écueil s'agissant de cette mise en relation que nous voulons faire. En effet, nous avons vu lors des échanges avec les usagers

de l'association à partir de laquelle nous menons ces observations que la numérisation de l'accès aux soins interpelle les représentations que les personnes ont de l'action dans laquelle elles s'engagent. Nous avons pu observer que la reconnaissance de l'utilité de l'action s'inscrit dans une relation interpersonnelle avec des agents et le sens du soin dans une histoire de vie, d'habitudes, d'identité. Ainsi nous avons cherché de quelle façon il était possible pour nous de parler de connaissances en santé en lien avec de nouvelles pratiques de soin si la reconnaissance même de ces pratiques n'était pas acquise par les personnes âgées. Nos nous sommes donc intéressées au rapport « Technologies et connaissances en santé » (Picard, Serveille, Vial, 2013). Ce travail mobilise une structure « corps, âme et esprit » élaborée par Thierry Gaudin (2013) qui semble synthétiser au moyen de ces trois domaines symboliques, les dimensions représentatives de l'examen clinique que nous avons l'objectif d'examiner. Les auteurs proposent une opérationnalisation des domaines symboliques de Gaudin à la santé. Tout d'abord, le corps est associé aux faits et aux gestes. Ceci correspond au recueil des données de base, les technologies interviennent ici à l'accompagnement du geste à distance, mais aussi au recueil d'information de santé (stéthoscope, tensiomètre connecté...). Puis l'esprit correspond aux représentations, ici les technologies aident à l'interprétation de la situation clinique, à la codification des données, à l'organisation de leur traitement. Enfin l'âme, qui représente l'émotion. Les auteurs nous disent que celle-ci est celle qui est la plus en interaction avec l'humain dans la relation de soin.

La téléconsultation que nous regardons comme étant une nouvelle pratique entre la consultation classique et l'approche technologique, s'inscrit dans cette structure au moyen des trois dimensions de l'examen clinique :

– les gestes : l'examen clinique est le lieu où se fait le recueil des informations physiques, physiologiques, comportementales, environnementales, à mains nues ou à l'aide de dispositifs ou objets de santé connectés. En fonction du degré de sensibilité de certains dispositifs ou objets de santé, il est donc possible de faire un diagnostic à distance, ou de transmettre des informations en temps réel au médecin traitant. La littérature médicale nous permet d'associer les gestes à l'examen physique.

– les représentations : l’examen clinique interroge l’outil technologique au niveau des représentations. En effet c’est l’ensemble des éléments issus d’un processus, complexe et multidimensionnel, de soin qui comprend l’examen physique, l’interrogatoire, et éventuellement les analyses complémentaires qui permet de passer d’une donnée en santé (par exemple le poids, ou un score issu d’une évaluation cognitive) à une information en santé qui permet l’interprétation, la compréhension de la situation clinique.

– les émotions : l’examen clinique est le lieu du colloque singulier, ainsi la téléconsultation interroge la relation qui se crée entre le médecin et le patient via un écran, une caméra et un microphone.

À la suite, de Picard, Serveille et Vial (2013) nous proposons donc d’utiliser la structure gestes-représentations-émotions pour opérationnaliser les dimensions représentatives de l’activité clinique et ainsi être en mesure d’observer ce que produit la téléconsultation comparativement à la consultation dans l’examen clinique.

Notre objectif est d’appréhender les éventuelles conséquences de la téléconsultation sur la nature du soin produit, et, au-delà, sur l’ensemble de l’organisation de la santé. Pour cela, nous mobilisons donc ce premier cadre théorique issu de l’épistémologie médicale : les interactions humaines, le jugement clinique, la philosophie clinique représentent le plan épistémologique de la connaissance clinique. Ils permettent de décrire, d’observer et de comprendre l’examen clinique.

Le plan épistémologique est intimement lié au plan observationnel, c’est-à-dire les informations sur lesquelles l’examen clinique repose et qui utilisent diverses technologies (stéthoscope, analyses médicales, et, dans le cadre de la téléconsultation, l’écran et les divers instruments). La mise en relation des dimensions représentatives de l’examen clinique avec les connaissances qu’apportent les nouvelles technologies à la santé nous permet de proposer un cadre conceptuel adapté à notre objectif de recherche en sciences de gestion. Celui-ci se nourrit des sciences de gestion et mobilise les sciences médicales pour nous permettre donc d’opérationnaliser nos observations en produisant une grille

d'analyse à partir de laquelle nous organisons nos données issues du terrain.

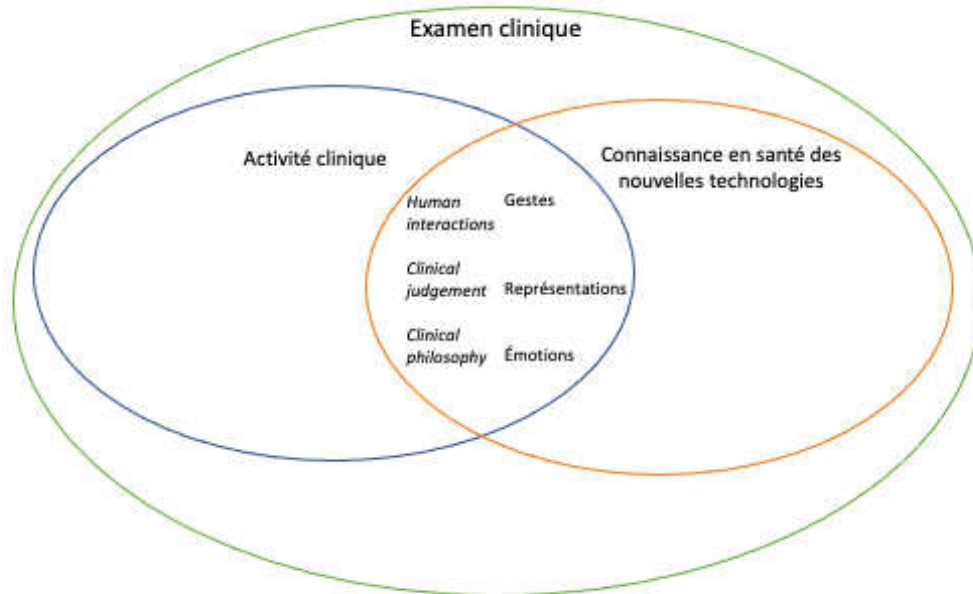


Figure 8: Construction de notre cadre théorique.

Conclusion du chapitre 2

Nous avons vu que la télémédecine est un vecteur de transformations qui ne peut pas être envisagé comme acte médical isolé, en tant que domaine spécifique. Ceci marque la transformation numérique du processus du soin. Les sciences de gestion, pour rendre compte de ces phénomènes, mobilisent différentes approches et théories. Nous nous nourrissons de ces cadres interprétatifs. Ils définissent les champs d'application de la télémédecine en éclairant la structure qui permet son déploiement. Ceci au moyen de l'étude des aspects médico-économiques, organisationnels et d'adoption de comportements de la télémédecine. Néanmoins, bien que certaines études traitent de la place que la télémédecine fait à l'examen clinique dans des pathologies spécifiques, peu d'entre elles s'interrogent au sujet du soin produit par la téléconsultation. Au travers de notre étude de la littérature, nous avons souligné que les pratiques médicales que mobilise la téléconsultation ne sont pas nouvelles, mais que l'association des pratiques médicales classiques aux nouvelles technologies semble permettre de mieux comprendre la relation que la téléconsultation peut entretenir avec les praticiens et les patients dans le cadre de l'examen clinique. Nous proposons donc de partir de l'examen clinique, comme

élément fondateur tant en santé qu'en sciences de gestion, pour observer ce que produit la téléconsultation. Pour ce faire, nous mobilisons une approche interprétative nouvelle, qui mobilise l'épistémologie médicale dans ce qu'elle définit comme étant les dimensions représentatives des connaissances cliniques, les interactions humaines (*human interactions in clinical context*), les interprétations (*clinical judgement*) et la philosophie clinique (*clinical philosophy*) et nous l'associons aux connaissances qu'apportent les nouvelles technologies en santé selon la structure gestes-interprétations-émotions. L'opérationnalisation de ce cadre nous permet d'aborder l'analyse de nos données.

Dans le chapitre suivant, nous allons voir que notre cadre théorique s'inscrit dans une démarche scientifique interdisciplinaire qui associe les sciences de gestion aux sciences du vivant, et que nous rattachons au processus réflexif abductif.

CHAPITRE 3 — LE RAISONNEMENT ABDUCTIF : UN OUTIL POUR SAISIR LE CHANGEMENT PRODUIT PAR LA TÉLÉCONSULTATION

Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons proposé un panorama de la télémédecine et de la téléconsultation à partir de l'étude de la littérature en sciences de gestion et en santé à son sujet. Ceci nous a permis d'explicitier notre cadre interprétatif.

À la suite de cela, cette partie, qui s'organise en trois sections, nous situe notre recherche dans la démarche scientifique. Dans la première section, nous expliciterons notre approche interdisciplinaire. Puis, nous présentons l'abduction, ses critères, et ce qu'elle permet de faire. Ensuite, nous expliquons comment l'approche interdisciplinaire que nous mobilisons s'inscrit dans le processus abductif et ce que nous avons pu faire émerger par ce cadre. Dans la deuxième section, nous rappelons succinctement comment les sciences de gestion s'intéressent, regardent, et analysent le changement organisationnel. Ainsi, nous illustrerons les principaux choix conceptuels et méthodologiques pour appréhender les changements : les récits, le codage thématique classique et le codage à visée phylogénétique. Nous situerons notre approche méthodologique, à partir de celles-ci. Dans la troisième section, nous expliciterons en détail notre approche méthodologique et nous présenterons nos deux études.

3.1 Choix de l'abduction comme démarche scientifique

Ce travail de thèse a pour ambition de s'inscrire dans un cadre interdisciplinaire. Ceci s'explique par le sens même de notre recherche qui porte sur la nature du soin à travers ce que produisent les nouvelles technologies en santé. *A contrario*, nous nous éloignons des approches qui utilisent la technologie pour résoudre ou améliorer des secteurs de l'activité humaine. En effet, la codirection interdisciplinaire de ce travail de thèse s'est ancrée dans des collaborations scientifiques préexistantes (Maclouf, 2017, 2020) visant à rapprocher les sciences de gestion des sciences du

vivant. La thèse est ainsi déjà un résultat de ces collaborations scientifiques. Nous nous appuyons sur le rapprochement entre ces deux disciplines pour l'appliquer à la téléconsultation. Car si nous visons spécifiquement l'observation des évolutions des pratiques de soin, dans le cadre des téléconsultations, nous nous situons néanmoins à la suite des travaux interdisciplinaires sur les évolutions des pratiques culturelles, des savoir-faire, comme dans le cadre de la rencontre de l'ethnologie et de la musicologie (Arom, Fernando, Fürniss, Le Bomin et al., 2008). Ce faisant nous mobilisons la perspective d'une analyse phylogénétique, déjà éprouvée dans le cadre d'études qui mobilisent les sciences humaines et sociales et les outils de la biologie (Le Bomin et Lecointre, 2016).

Les réflexions autour des découvertes scientifiques et des méthodologies employées pour les faire ressortir sont arrivées de façon assez brusque dans la sphère publique dès le début de l'apparition de l'épidémie de Covid-19. Cette irruption du fait scientifique dans la sphère publique fut en correspondance avec le début de la partie empirique de ce travail de thèse, mais aussi avec notre cheminement vers l'exploration des cadres théoriques. Pour cette raison, les débats qui ont eu lieu autour de la validation scientifique des connaissances (et spécialement en santé) ont particulièrement attiré notre attention.

La question de fond que nous avons observée au sujet de l'ouverture du débat scientifique en santé, durant la période épidémique, porte sur la place qu'il convient d'accorder aux connaissances scientifiques dans la pratique et sur la façon dont on peut en évaluer la qualité :

- au sujet de la nécessité de « réellement », partager les connaissances en les rendant disponibles et socialement accessibles ;
- sur la nécessité de considérer le processus scientifique comme l'une des dimensions fondamentales de l'élaboration des politiques publiques.

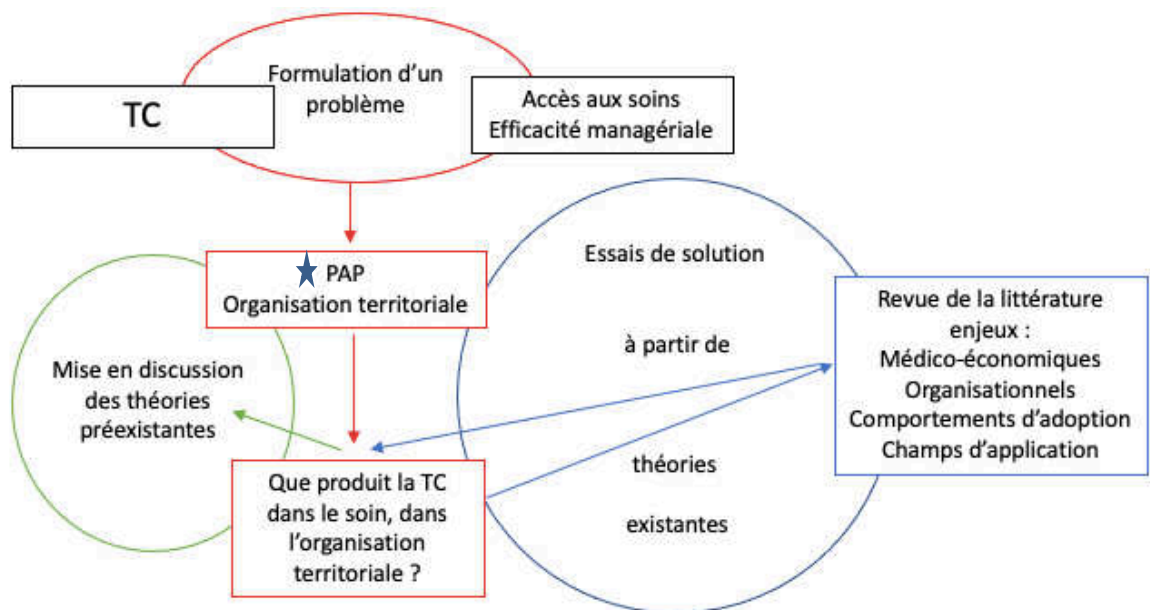
Pour aborder ce cadre, la philosophie des sciences permet d'outiller notre pensée au sujet de la production des savoirs. Ces savoirs sont décrits comme étant une catégorie transversale (aux êtres humains, hommes ou animaux) dénouée de valeurs hiérarchiques. Pour appréhender cette transversalité, les philosophes des sciences (Stengers 1993) proposent de ne pas se contenter d'une approche relativiste (c'est-à-dire que tous les savoirs se valent), mais au contraire, de définir ces savoirs par leur force singulière. L'idée sous-jacente est de reconnaître le fait qu'aucun savoir

ne ressemble tout à fait à un autre (ibid.) (même si la qualification de « savoir » pour chacun requiert un socle commun (Lecointre, 2018)). Notre parcours méthodologique a donc été guidé par la question de savoir comment identifier à la production de savoirs scientifiques, notre recherche qui est qualitative et qui ne s'appuie pas sur des modélisations formelles, alors que nous étions issus d'un master recherche en sciences de la santé. Les philosophes des sciences nous fournissent des éléments d'épistémologie qui nous permettent de justifier de la scientificité de notre démarche. En acceptant le principe de diversité dans la production de savoirs scientifiques, on accepte aussi l'idée qu'il n'existe pas une science normative, mais que l'on peut concevoir néanmoins un socle de propriétés scientifiques qui font socle commun (réalisme méthodologique, scepticisme initial, rationalité, matérialisme méthodologique, transparence des procédures, impartialité dans la collecte des données) sur lequel se construit un emboîtement de propriétés scientifiques qui fondent les épistémologies locales. Ainsi il est possible de parler de « la science » dont la démarche se distingue de l'expression d'une opinion ou d'une croyance, et de l'idéologie, tout comme de parler « des sciences » si l'on se réfère aux propriétés ajoutées qui fondent l'originalité de disciplines scientifiques (par exemple : des théories adaptées au niveau d'observation, des modes d'administration de la preuve, on pratique l'abduction en reconstruction phylogénétique et en histoire, on pratique la déduction en physique et en chimie). Les disciplines scientifiques accueillent différentes modalités de recherche.

Ce qui nous intéresse, ce sont donc les modalités pratiques dans lesquelles s'inscrivent les conditions de la recherche et, au sein de chacune, la transparence des procédures est destinée à offrir la possibilité d'un consensus collectif.

Pour la philosophie pragmatiste, la vérité n'existe pas en dehors de ce que produit la condition humaine (Hallée et Garneau 2019), bien qu'elle s'inscrive dans une matérialité d'objets et de phénomènes certaine (l'attraction terrestre est un exemple), la matérialité dans laquelle s'inscrit cette condition est très objective et dépasse la perception que les individus peuvent en avoir. L'on s'intéresse donc au fait recherché tant dans sa dimension expérientielle que dans sa dimension de pensée, c'est-à-dire à l'ensemble des représentations sociales de l'action sous forme « *d'un processus continu et unifié* » (ibid.). Ainsi nous nous inscrivons dans la construction du problème scientifique tel que Bachelard (Bachelard, 1934, page 17 cité in Dumez,

206 p. 183) et Popper (Popper, 1981/1976, cité in Dumez 2016 p.83) nous encouragent à le faire. Notre recherche s'intéresse aux personnes âgées, et à l'environnement dans lequel les relations de soins se développent. Nous nous intéressons à la façon dont ces acteurs agissent ensemble. Nous sommes donc conscients du risque d'interprétation subjective que le chercheur serait amené à faire. Néanmoins, selon Popper, l'objectivité scientifique ne repose pas sur une capacité subjective du chercheur, mais dans les dispositifs collectifs qu'il utilise pour observer son objet d'étude (Dumez, 2016). Le travail de recherche, dit Popper, n'est pas une question individuelle, mais il s'inscrit dans une question sociale qui résulte de la critique mutuelle (ibid.). En d'autres termes, l'objectivité scientifique est une propriété acquise collectivement, par le dialogue. Ainsi ce sont les pratiques de la recherche, et les dispositifs employés qui doivent pouvoir se prêter à la critique qui sont les garants de l'objectivité scientifique, et qui, se faisant, déterminent la démarche elle-même. Popper propose donc une présentation des dimensions qui caractérisent une démarche scientifique, elle comprend plusieurs éléments essentiels, « *la formulation des problèmes, les essais de solution à l'aide de théories proposées à titre expérimental, et la discussion critique des théories rivales* » (Popper, 1981/1976, cité in Dumez 2016 p.83). Dans la figure ci-dessous, nous illustrons comment notre recherche s'inscrit dans cette démarche.



TC= téléconsultation

Figure 9: La démarche scientifique appliquée à notre problématique.

★ Personnes Âgées en situation de Précarité (PAP)

Nous allons donc nous efforcer de montrer comment nous avons traité, dans notre travail, chacun de ces éléments. Nous observons l'émergence de la téléconsultation à partir d'une particularité, celle du vieillissement en situation de précarité. Ainsi, nos observations ne sauraient être représentatives de la population âgée de plus de 65 ans dans sa globalité. Mais en tant que phénomènes observables, elles justifient d'interroger les cadres théoriques classiques (Maclouf, 2020). Afin d'observer et comprendre ce que produit la téléconsultation sur le soin, notre premier mouvement a été de rapprocher ce problème à un essai d'explication. Nous avons donc recherché un système déductif, une théorie, capable d'expliquer le phénomène qui nous a emmenés à verbaliser notre problème. Nous avons interrogé de façon « cloisonnée » les grands courants disciplinaires qui se sont attachés à observer la téléconsultation. Les schèmes de pensée qu'ils appliquent pour envisager cette pratique proposent des « solutions » aux problèmes engendrés par l'utilisation du numérique en santé ainsi que des propositions pour améliorer leur utilisation, ou bien ils tendent à regarder cette pratique en fonction des améliorations qu'elle est capable d'apporter dans le soin et dans les organisations. Ainsi il ne nous a pas été possible de critiquer les effets de ces théories sur notre problème, comme le préconise Dumez en faisant référence à Andrew Abbot (Dumez, 2016, p.183), car, ces théories, ne nous ont pas semblé adaptées à la nature de notre questionnement. Comme nous l'avons vu dans le chapitre dédié au cadre théorique, les théories existantes nous ont semblé insuffisantes pour rendre compte de notre phénomène d'intérêt. Nous en donnons deux exemples. Tout d'abord, s'agissant des théories d'adoption des comportements. Nous avons vu que l'utilisation des dispositifs numériques par les *non digital natives* est dictée par l'utilité perçue de ces outils. Or, s'agissant des personnes âgées vivant en situation de précarité, qui font donc partie de la catégorie des adultes *non digital natives*, cette approche n'est pas de nature à pouvoir nous renseigner sur le phénomène que nous observons. En effet, la perception de l'utilité de la santé numérique et subordonnée à l'accès aux soins, or précisément, l'utilisation de la téléconsultation, limite l'accès aux soins. Ainsi c'est tout le questionnement initial, lié à l'adoption d'une technologie, qui est de nature à limiter la compréhension que l'on aurait du phénomène qui nous intéresse. Puis, les études, nombreuses, qui tendent à penser et à favoriser la place du patient dans l'élaboration de son parcours de santé, les études « *patient centered* » dont la méthodologie repose sur le retour d'expériences. Nous voyons, que, dans notre cas, la qualité du service,

c'est-à-dire les conditions dans lesquelles la téléconsultation s'est déroulée ont été extrêmement dépendantes des ressources sociales et économiques des personnes, ainsi le simple retour d'expérience n'aurait pas suffi à comprendre les évolutions du soin en cours. Ces approches, au sujet de l'amélioration des soins grâce à la téléconsultation, ne permettent pas d'intégrer dans leur modèle conceptuel la précarité économique alors même qu'elle constitue une des limites majeures à la santé connectée et plus précisément au déploiement de la téléconsultation.

Néanmoins, comme nous le rappelle Dumez (Dumez, 2016) le rapport que nous construisons entre la théorie et les faits a fait surgir un risque de circularité c'est-à-dire une propension à vérifier notre théorie sur les faits. Fallait-il interroger les personnes qui n'ont pas accès à l'outil numérique pour connaître leurs barrières d'accès et leurs axes d'améliorations ? Le fait de concentrer notre étude dans les QPV n'allait-il pas tout simplement faire émerger que les soins en situation de précarité sont plus difficiles, et ceci qu'il s'agisse de soins médiatisés par un outil numérique ou pas ? Autant d'aspects qui sont déjà très bien traités et compris par la littérature.

Afin de nous écarter de la construction d'une adéquation entre la théorie et nos observations nous avons donc pensé notre matériau de manière indépendante, France qu'il soit recueilli, et mis en forme de manière préthéorique, avant l'élaboration de notre cadre d'analyse, de nos théories interprétatives. Ceci afin de nous rapprocher d'une « interaction porteuse d'information » (ibid.) entre notre développement théorique et notre matériau. De cette façon, l'avancement des entretiens nous a permis de valider, d'invalidier, d'ajuster notre façon de comprendre et d'envisager le contenu de la téléconsultation. À savoir le contenu, de la téléconsultation émerge à partir des dimensions représentatives de l'examen clinique et il peut être regardé à partir du plan observationnel de l'examen clinique. En effet comme le rappelle Dumez (ibid.) « *le jeu scientifique ne relève pas d'un face-à-face entre la théorie et les faits (...), mais d'un jeu à plusieurs bandes entre des théories rivales et les faits* ». Ainsi, cette interaction sous forme de « dialogue rectificateur » (ibid.) a permis de ne pas faire demeurer étranger l'un à l'autre notre matériau et notre cadre interprétatif en construction. L'organisation et la mise en forme du matériau, qui permettent le travail de comparaison systématique, ont donc été un point essentiel et une force de notre travail. De plus, le point de tension exact entre non-savoir et savoir a pu être trouvé et précisé grâce à notre revue de la littérature. C'est donc de l'évolution de notre problème pratique avec son rapprochement à des

réflexions interdisciplinaires et théoriques qui ont été mobilisées dans l'état de l'art que notre problème a bénéficié d'une élaboration scientifique.

Notre approche est qualitative à visée exploratoire, ainsi, afin d'en renforcer l'assise scientifique, il nous a paru pertinent de mobiliser une approche qui favorise l'émergence d'hypothèses et qui relie les processus hypothético-déductifs classiques, dans un processus de construction de connaissances (Dumez, 2012). Nous l'inscrivons dans une démarche d'abduction (ibid). En effet, l'abduction qui fait partie des processus de découverte scientifique « *consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter* » (Charreire, Petit et Durieux, 2014, p.81). Afin de rendre compte de notre démarche abductive, nous développons notre propos à partir de l'ouvrage « *Méthodologie de la recherche qualitative* » (Dumez, 2016), et du dossier qui traite des questions épistémologiques dans la recherche qualitative parue dans la publication électronique Libellio (Dumez, 2012).

Nous utiliserons donc la définition que donne Atocha Aliseda de l'abduction : « *Broadly speaking, abduction is a reasoning process invoked to explain a puzzling observation* ». (Aliseda, 2006, p.28 cité in Dumez, 2012, p.3) pour montrer qu'elle a été le fil conducteur de notre méthodologie. Quand on rapproche une recherche qualitative de l'abduction, on se réfère à Peirce. Peirce établit qu'il existe une logique de la découverte. Ainsi il propose de reconstruire rationnellement la formation d'une hypothèse en diminuant l'importance de la notion d'induction tout en ajoutant une nouvelle, celle de l'abduction (Chauviré, 1986). Peirce en a donné plusieurs définitions tout au long de sa vie et Dumez rappelle que, plus que sa définition, il énonce les critères qui permettent d'évaluer la qualité de la démarche abductive. Celle-ci commence toujours par un fait surprenant que le chercheur essaie de comprendre. La surprise face à la situation qui constitue l'objet de la recherche se comprend par la position méthodologique même. En effet, si l'étonnement ne s'était pas produit, cela aurait signifié la présence d'une déduction ou d'une induction en amont (ibid.). C'est-à-dire que l'objet reposait déjà sur une hypothèse sous-jacente, une théorie d'arrière-plan : « *background theory* » (Aliseda, 2006, cité in Dumez, 2012, p.4) qui avait probablement déjà fait l'objet d'une déduction et donc des effets prédits (Dumez, 2012). L'induction, dans ce cas, a permis de remonter l'hypothèse spécifique à des règles plus générales. Ce raisonnement permet, chez Peirce, d'observer le processus scientifique comme une suite en trois étapes (abduction, déduction, induction). Ainsi, face à la situation étonnante, l'abduction permet de faire un retour en arrière afin de poser une

hypothèse qui n'aurait pas été possible au regard de la déduction et de l'induction, et qui permet d'expliquer ce que le « *background theory* » ne permet pas de faire « *Deduction proves that something must be ; Induction shows that something actually is operative ; Abduction merely suggests that something may be* » (*ibid.*). L'abduction permet des énoncés plausibles rendant compte de l'origine du fait observé. Son efficacité se mesure à la cohérence du scénario ainsi produit. Elle est pratiquée par exemple en Histoire, en reconstruction phylogénétique, dans les enquêtes de police (Lecointre, 2011a, p. 386) et dans le diagnostic médical (George, 1997).

En effet, nous nous sommes engagés dans ce travail de recherche doctorale lorsque nos observations empiriques nous ont fait découvrir que, malgré l'utilisation répandue de la santé numérique comme outil de réduction des inégalités d'accès aux soins, les personnes âgées en situation de précarité à domicile rencontraient de plus en plus de difficultés d'accès aux soins. Ces observations ont constitué la base à partir de laquelle nous avons commencé la formulation du problème à l'origine de notre recherche. D'une part, nous observions la télémédecine, et plus spécifiquement la téléconsultation, avec son cadre légal, ses expérimentations et ses indications d'usage. Ces dernières tendaient à confirmer la pertinence de ce type d'outil dans des territoires faiblement pourvu en densité médicale. Et s'agissant des patients, la pertinence de la téléconsultation semblait émerger lorsque ces derniers étaient atteints de maladies chroniques, ou alors se trouvaient dans des situations cliniques où il ne leur était pas possible de se déplacer ou d'attendre aux urgences. D'autre part, nous observions des personnes âgées dans des situations complexes, qui sollicitaient l'assistance des permanences administratives de l'établissement à partir duquel ce travail s'est déroulé particulièrement pour accéder aux services de télémédecine (connexion à internet, création d'un compte Doctolib, utilisation de l'application). C'est donc la mise en lumière, collective, d'une contradiction apparente entre ce que nous pensions savoir au sujet de la santé numérique, c'est-à-dire son usage discretionnel adapté à des situations spécifiques, et les faits produits par l'utilisation de cette pratique à grande échelle, c'est-à-dire des difficultés d'accès aux soins, voir un renoncement à ces derniers, qui a permis de passer d'un étonnement « de terrain », à partir d'observations empiriques, à la verbalisation d'un problème concret, à savoir ce que différencie ou ce que rassemble une téléconsultation d'une consultation et donc la nécessité d'explorer davantage ce que la téléconsultation produit. Afin d'illustrer notre processus de découverte dans ce contexte, nous illustrons notre démarche abductive ci-

dessous. Ainsi, nous montrons la place des trois étapes, abductives, déductives, inductives, dans notre situation de recherche spécifique.

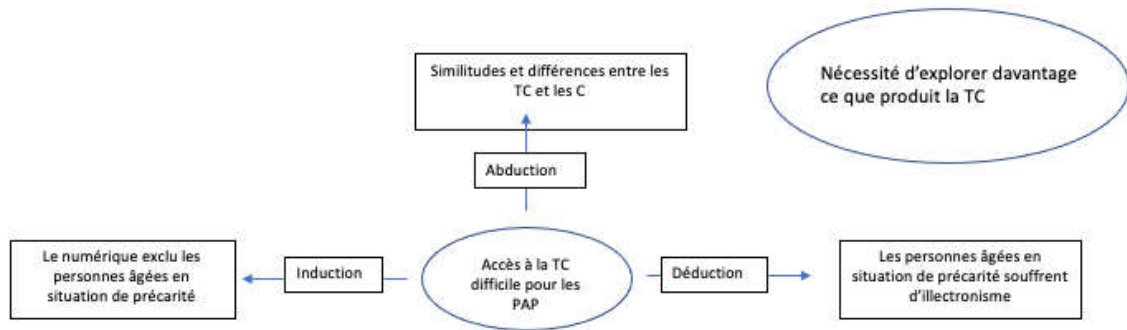


Figure 10: Notre processus de découverte

Puis, la démarche d'abduction permet de produire un large spectre d'hypothèses potentiellement explicatives du fait surprenant. Une fois que les hypothèses sont posées, l'abduction ne permet ni de les valider ni de les invalider, mais elle demande qu'elles puissent être testées simplement, de façon économique. C'est ce dernier critère qui, selon Peirce, est le plus à même de définir la démarche d'abduction. Le philosophe nous dit, par-là, que le chercheur subit un vaste éventail de contraintes : le temps, le financement, les ressources humaines. Ainsi son processus de recherche doit d'abord envisager les hypothèses pour lesquelles il sera le plus rapide de savoir si elles sont vraies ou fausses. Dumez rappelle que Peirce se préoccupe de chaque étape de la découverte de la connaissance, dans le processus de recherche et non le fait de savoir si une hypothèse a plus de chance d'être vraie ou non. Une dernière étape nous permet d'approfondir le sens que Peirce donne à ce processus de découverte scientifique. En effet, il invite à envisager le processus d'abduction comme une boucle, par le fait de ne pas bloquer la recherche ultérieurement en créant à partir de l'hypothèse, une assertion définitive (*ibid.*). Ainsi, la déduction, l'induction et l'abduction ne s'opposent pas, mais se combinent dans la logique de la découverte (*Ibid.*). Cependant, Peirce lui-même n'accorde pas de valeur de validité à la démarche d'abduction (Fann 1970, p.54 cité in Dumez, 2012, p.7). En revanche, K. T. Fann nous éclaire sur le fait que le chercheur doit expliquer les raisons qui l'ont conduit à formuler l'hypothèse et que l'abduction repose sur le rapprochement que le chercheur fait entre ce qui est observé et ce qui est différent (la situation étonnante). L'abduction ne peut donc pas vérifier une théorie ni prouver un lien de causalité entre deux observations. Mais elle peut aider le chercheur à

réinterpréter des cadres théoriques préexistants (Dumez, 2012). Il est des domaines de la recherche où l'abduction est pleinement assumée comme l'énonciation de ce qui est plausible, comme les scénarios de la biogéographie historique, la reconstruction phylogénétique (Fitzhugh, 2005 ; Lecointre, 2011a). L'arbre phylogénétique le plus parcimonieux, c'est à dire qui maximise la cohérence des données (caractères) entre elles, permet d'inférer ceux des états de caractères qui, partagés par des espèces actuelles qui ne se croisent pas entre elles, ont été légués par un ancêtre commun hypothétique situé à leur souche commune. Nous n'aurons jamais cet ancêtre : il n'est qu'un portrait-robot plausible, mais le plus cohérent possible compte tenu des données en main. Il en va de même pour le portrait-robot du commissaire de police : tant que le meurtrier n'est pas retrouvé, son visage reconstitué par la conjonction de multiples témoignages reste le plus plausible possible. Et il arrive que le meurtrier ne soit jamais retrouvé.

D'après Guillaume Lecointre (Lecointre 2011 a), l'abduction est souvent présentée comme une « déduction inverse » où la conjonction de la règle et du résultat concourent à expliquer l'observation (ou le cas) de la manière la plus plausible :

Déduction :

Règle : Les billes dans ce sac sont rouges

Cas : Cette bille vient de ce sac

Résultat : Cette bille est rouge

Ici, la conjonction de la règle et du cas explique, et même implique, le résultat : la bille est *forcément* rouge si la règle et le cas sont vrais.

Abduction :

Règle : Les billes dans ce sac sont rouges

Cas : Cette bille est rouge

Résultat : Cette bille vient de ce sac

Dans l'abduction, c'est inversé : la conjonction de la règle et du résultat explique le cas de la manière la plus plausible. C'est parce que, plausiblement, cette bille vient de ce sac qu'elle est rouge. Mais ce n'est que plausible : la bille pourrait provenir d'un autre sac.

Ainsi, dans notre démarche si nous illustrons le raisonnement abductif à partir de la figure 8 ci-dessus :

Règle : Les personnes âgées en situation de précarité souffrent d'illectronisme

Cas : Similitudes et différences entre les TC et les C

Résultat : Le numérique exclut les personnes âgées en situation de précarité

La conjonction de la règle et du résultat explique le cas de la manière la plus plausible. C'est parce que, plausiblement, le numérique exclut les personnes âgées en situation de précarité que les similitudes et des différences entre les TC et les C sont comme elles sont. Mais ce n'est que plausible : d'autres causes peuvent aussi intervenir.

Et en reconstruction phylogénétique :

Règle : Filiation des entités (il y a eu généalogie)

Cas : Ces états ce caractères sont partagés entre les espèces x, y et z

Résultat : Homologie de filiation entre les états de caractères chez x, y et z

L'homologie de filiation (le fait d'avoir eu des ancêtres communs) explique de la manière la plus plausible pourquoi ces caractères sont partagés par les espèces x, y et z (qui, rappelons-le, ne se croisent pas entre elles).

3.1.1 Notre enquête, une exploration collective en trois temps

Après en avoir montré les ressorts théoriques au moyen de nos réflexions sur l'inscription de notre démarche méthodologique dans le champ des savoirs scientifiques, nous souhaitons proposer une vision plus réaliste de la manière dont nous avons mené notre recherche. Notre processus de découverte se développe sous forme d'enquête. Tout d'abord, nous voulons rendre compte de la cohérence globale de celle-ci avec notre positionnement abductif et donc notre lien avec la philosophie pragmatiste et assumer pleinement le fait que le chercheur soit concerné par le sujet de sa recherche et personnellement intéressé à ce dernier, ce que permet la posture pragmatiste. Pour ce faire, nous allons dire comment notre méthode de recherche s'inscrit dans la famille des enquêtes pragmatistes. Puis, nous allons détailler les trois étapes de notre enquête.

L'enquête pragmatiste est décrite par plusieurs auteurs dans les sciences de gestion. Les réflexions que nous développons ci-dessous font plus particulièrement référence au travail de Philippe Lorino au sujet de l'enquête pragmatiste (Lorino, 2020).

Le concept d'exploration est souvent utilisé pour décrire le dépassement des frontières organisationnelles (Auray et Vétél, 2013) notamment quand il s'agit de

rencontres entre la technologie, les usages et la société. Ce concept permet d'identifier des explorations collectives (Doganova, 2010) c'est-à-dire des dynamiques de transformation mutuelles entre partenaires de l'activité innovante. Ce concept, au travers de la notion d'enquête, est très présent dans la philosophie pragmatiste, il est fortement porté par deux philosophes pragmatistes, Charles Sanders Peirce et John Dewey. John Dewey avance le fait que les connaissances scientifiques s'élaborent dans un processus d'enquête. Ce processus, dit Dewey (1938/1993) n'est pas fondamentalement différent de l'enquête « de sens commun » c'est-à-dire que tout un chacun peut avoir à mener dans sa vie (Berthelot, 2021). Néanmoins, l'enquête scientifique se distingue par trois conséquences méthodologiques (Journé, 2007). Tout d'abord le renforcement de la légitimité des recherches de terrain, qui s'enracinent dans une demande qui provient des acteurs de terrain (dans notre cas des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, de terrain). Puis, le renforcement du « *sens making* ». C'est-à-dire que les activités de l'enquête sont observables directement au sens ordinaire du terme (ibid.). Enfin, l'étude de l'enquête se fait de la même manière que l'on étudie toute autre forme d'activité, en prêtant attention à ses méthodes, à ses instruments ordinaires (Journé, 2007). Philippe Lorino (Lorino, Mourey, Muniesa et al., 2019) nous dit que le concept d'enquête a des caractéristiques très importantes, elle combine : l'imagination, le raisonnement et la situation expérimentale. L'enquête se déroule sous forme d'itérations entre ces temps différents (la construction d'une explication hypothétique, le développement logique et l'expérience), ce processus est collectif, social et répond à des motivations existentielles. Philippe Lorino (ibid.) pour cela parle d'inspiration darwinienne du pragmatisme, en effet, ce dernier point met en exergue l'évolution du groupe social qui pour sa survie et son développement est à l'origine de cette motivation existentielle. Une autre caractéristique essentielle de l'enquête selon les pragmatistes est son caractère exploratoire, de type essai-erreur, ce qui est éloigné d'une démarche de gestion des écarts. L'enquête ne mobilise pas des méthodes quantitatives de type statistique, elle ne décrit pas des vérités intangibles, et s'exprime au conditionnel. Enfin, l'ensemble de ces caractéristiques nous permet de comprendre que l'enquête pragmatiste est très éloignée des méthodes de résolutions des problèmes « *problem solving* » qui séparent la compréhension de l'action. L'enquête comprend donc trois temps, qui ne sont pas forcément

séquentiels, mais souvent entremêlés. Le premier temps est celui de l'étonnement, un trouble, quelque chose qui ne va pas et qui menace le groupe, sans pour autant que l'on sache l'expliquer. On s'efforce donc de clarifier la situation et d'identifier les causes qui ont suscité l'étonnement. Le deuxième temps porte sur la définition du problème qui découle de la situation étonnante. Au cours de cette phase, un plan d'action est établi. Le troisième temps est dédié à la mise en action du plan et du test de celui-ci. L'ensemble de ces phases forment une boucle récursive, qui se poursuit jusqu'à ce que la situation problématique soit expliquée.

La figure ci-dessous illustre notre processus d'enquête.

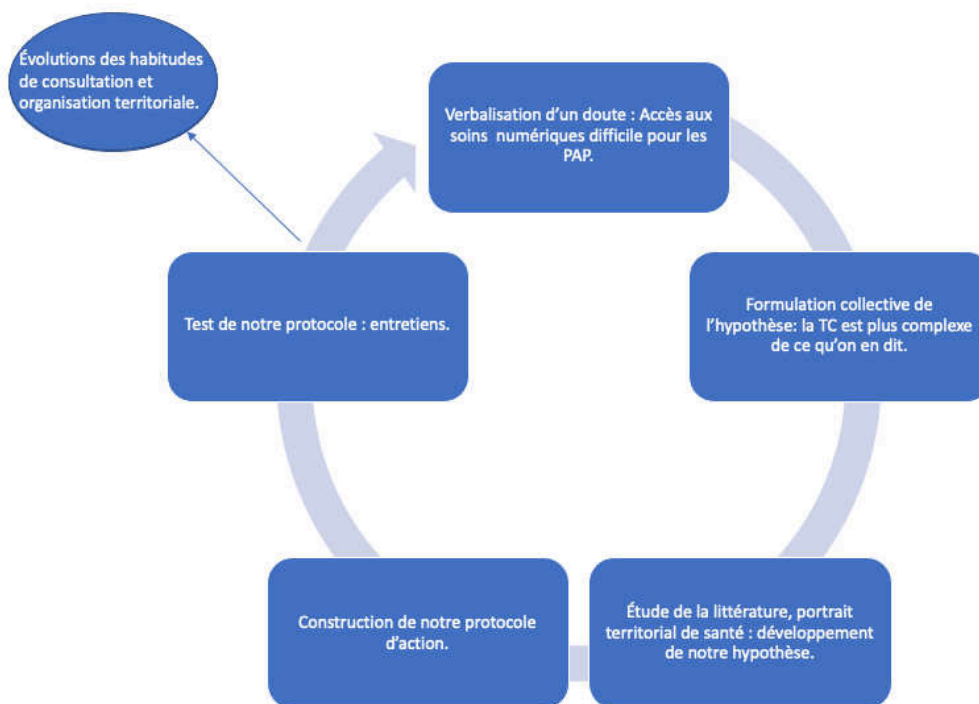


Figure 11: Notre processus d'enquête (adapté de Lorino, 2020).

Une notion importante que nous souhaitons mobiliser pour illustrer notre processus d'enquête est celle de communauté d'enquête. Philippe Lorino (Lorino, 2007), suggère qu'il existe plusieurs typologies de communautés dans les organisations, et, que, toutes, prennent leur part dans la création des connaissances. Dans le cas de notre enquête c'est la mise en commun, entre collègues professionnels de terrain : assistants sociaux, médiateurs numériques en santé, gérontologues, cadres médico-sociaux, qui a permis à notre problématique, et puis, à notre hypothèse, d'émerger. Nous observons donc que bien que l'ensemble des acteurs soit inscrit professionnellement, dans un secteur commun, celui de la gérontologie, la coopération ne naît pas d'une similitude des pratiques, les métiers et les fonctions sont très différents les uns des autres. Ainsi c'est

bien la complémentarité des pratiques, afin de répondre à un intérêt commun, qui est engagée dans notre processus d'enquête. Cette dynamique est qualifiée par les philosophes pragmatistes, Peirce et Dewey, de « communauté d'enquête » (ibid.).

Le premier temps : le temps du trouble

Nous situons, comme étant le premier temps de notre enquête, la formulation du trouble à partir duquel cette recherche se développe.

Nous avons commencé cette thèse avant la crise du Covid-19, mais très vite elle a fait son apparition et est devenue, comme l'on pouvait s'y attendre, un sujet important dans notre travail de terrain. La crise telle que nous l'avons observée dans nos missions gérontologiques a joué comme un révélateur des limites des systèmes de gestion en santé. Par son imprévisibilité et sa soudaineté (la saturation brutale des services d'urgence ainsi que la difficulté à garantir la continuité des soins normaux en établissement comme en ville en sont un bon exemple) elle a mis sous contrainte les mécanismes routiniers de gestion, et fait apparaître leurs faiblesses. S'agissant de la santé, l'impréparation globale du système de santé a été mise en lumière tant par les professionnels de santé que par les patients eux-mêmes. Concernant la prise en charge des patients habituels, les politiques visant à fluidifier et optimiser l'accès au soin en période de crise, et plus particulièrement lors des confinements, se traduisent principalement par le recours à des plateformes numériques ; en entraînant une diminution des soins classiques. Ainsi, la crise sanitaire a créé les conditions d'une observation du déploiement du numérique en santé, et, particulièrement de la téléconsultation comme outil de maintien des soins en grandeur réelle. Si on mesure l'utilisation de ces plateformes, le succès des nouveaux outils est indéniable ; en revanche, concernant leur capacité à prendre en charge la santé des individus, le résultat est mitigé. En effet, le déploiement massif du numérique en santé via les plateformes numériques et l'équipement nécessaire à leur utilisation a pu répondre à la nécessité du maintien des soins courants, de façon à ce que le plus grand nombre puisse y accéder. Ce déploiement répondait donc à une nécessité d'efficacité numérique. Cependant, cette même recherche d'efficacité a constitué pour certains un éloignement réel ou perçu des services publics de santé et, pour celles et ceux qui sont en situation de précarité sociale ou économique, dont les personnes âgées vulnérables, cela a représenté une exclusion des soins. De plus, là où l'accès au numérique en santé a été rendu possible, il s'est fait grâce à l'organisation spontanée de réseaux de solidarité de proximité. À partir de cette analyse de la situation, lors de cette première étape de notre enquête, il a été

possible de faire émerger des points de vigilance, à partir desquels bâtir notre enquête : l'illectronisme, ou la familiarité avec les outils numériques, les représentations associées aux habitudes de soin, la précarité sociale et monétaire, et, enfin, la perte d'Indépendance fonctionnelle et, ou décisionnelle. Nous représentons ce processus collectif ci-dessous :

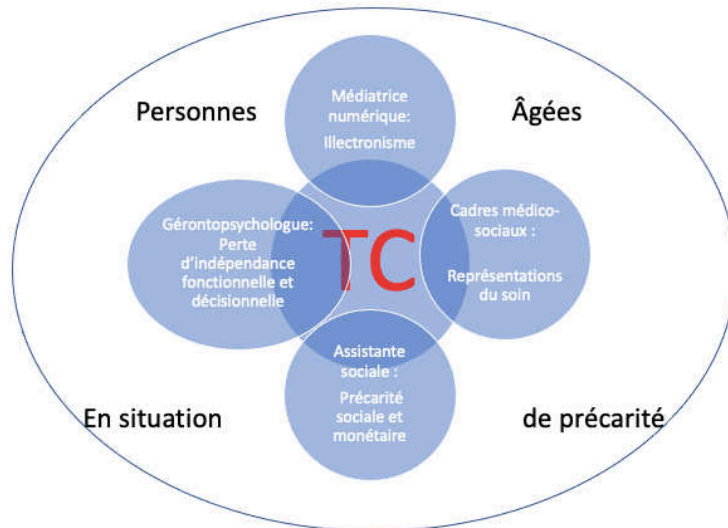


Figure 12: Le processus collectif à l'origine de notre doute

C'est donc la mise en commun, collective entre tous les intervenants dans l'accompagnement à l'accès aux soins, de la perception de la distance entre les discours publics affirmant que la téléconsultation était la solution pour faciliter l'accès aux soins et pour lutter contre les déserts médicaux, et l'observation de l'importance des soins physiques et psychiques dans les QPV qui a fait émerger notre doute.

Le deuxième temps : définition du problème et du plan d'action

Le problème que nous définissons est donc celui de mieux comprendre ce que produit la téléconsultation dans le soin à travers l'examen clinique. À ce niveau de nos réflexions, nous décidons de faire émerger les représentations du soin au travers des expériences de consultation et de téléconsultation des personnes âgées habitant dans les QPV. Par le récit, nous cherchons à observer comment les personnes se soignent dans le cadre d'une consultation classique et de nouvelles pratiques à distance, et ce qu'elles en disent. Ce faisant, nous élaborons un plan d'action, nous définissons les critères d'inclusion des personnes que nous allons solliciter, nous développons un guide d'entretien (annexe 1).

Le troisième temps : mise en œuvre de l'enquête

Enfin, nous mettons en œuvre notre enquête. Dans le cadre de la diminution du volume de travail qu'induit le premier confinement, nous décidons de réaffecter notre temps au recueil, par téléphone, des récits des membres de notre association au sujet de leur

expérience de téléconsultation et de consultation. Pour ce faire, nous formons trois équipes qui se répartissent les appels. Cette enquête se déroulera en plusieurs temps, qui au total durera du mois de mars au mois de décembre 2020.

3.1.2 Communautés et productions de connaissances

Dans notre cas, nous observons des actions conjointes portées par des personnes engagées dans des professions différentes qui associent l'action et la connaissance dans l'élaboration d'une problématique commune. Ceci nous amène à évoquer le ressenti des groupes dans des situations où les croyances sont bousculées. À ce titre, Peirce nous dit que dans la dynamique de l'enquête les groupes sociaux sont soit dans le doute, soit dans la croyance. Il ajoute que la différence entre le doute et la croyance repose sur le fait que cette dernière incite à agir, est source de confort et que le doute, quant à lui, est source d'inconfort, il nous bloque vis-à-vis de l'action. Ainsi Peirce explique que l'enquête est le processus par lequel le chercheur essaie de transformer le doute en croyance. Pour ce faire, il faut reconstruire les habitudes. Dewey parle de la notion de situation, selon lui, l'enquête est la transformation d'une situation indéterminée vers une situation déterminée. Il définit une situation indéterminée comme étant une situation dans laquelle ses composantes ne forment pas un ensemble cohérent, mais chaotique, désordonné. Chez Dewey, l'enquête permet de réunifier la situation en reconstituant une situation harmonieuse, c'est-à-dire qui constitue un ensemble, une habitude.

Le concept de communauté, dont celle de l'enquête, dit Lorino (2020) évoque des modes de gestion et de production des connaissances spécifiques. En effet deux modes de gestion de connaissances semblent s'opposer en gestion. Le premier est celui de la gestion par la conception « *management by design* » et le second, est celui de la gestion par les communautés « *management by communities* ». Le premier fait référence à des principes de gestions classiques, dont la base est l'intervention managériale. Le deuxième tend vers des méthodes expérimentales qui prônent la mobilisation, l'engagement, et l'enquête. Pour les auteurs pragmatistes, le *management by design* considère que les groupes au sein de l'entreprise détiennent le savoir (ibid.). Inversement, le *management by communities* s'inscrit dans une démarche de production de connaissances. Ainsi les communautés « *produisent de la connaissance par le propre flux de leur expérience collective* » (ibid.) Dans notre

cas, l'ensemble des professionnels engagés dans les réflexions sur le déploiement de la téléconsultation s'est réuni afin de faire émerger des données permettant de l'étudier, de comprendre ce qu'elle produisait à partir de leur expérience collective.

3.1.3 La téléconsultation est-elle une habitude ?

Dans le cas de la téléconsultation, nous observons la présence des outils technologiques (ordinateur, caméra, micro et les dispositifs et objets connectés) comme étant une médiation de l'activité de soin. Cette médiation étant elle-même porteuse de « production de significations » (Lorino, 2020). Afin de nous affranchir du discours performatif (Austin, 1970), nous mobilisons le concept de « discursivité de l'action » que développe Lorino (2020). Il s'agit d'observer que les actes ne sont pas seulement des éléments qui modifient une situation, mais qu'ils sont aussi des éléments signifiants, porteurs de sens. Et que ce sens est construit socialement. Lorino s'appuie alors sur les théories pragmatistes de l'habitude (Peirce, 1931-1958, 1992 ; Dewey, 1922-1957) et de l'enquête (Peirce, 1992 ; Dewey, 1938-1980) pour caractériser l'activité collective comme étant un processus discursif. L'enquête pragmatiste est déclenchée par la rupture d'habitudes, elle vise à les reconstruire à deux niveaux, celui du raisonnement et celui de l'action. Mais l'enquête mobilise aussi des habitudes comme médiations, comme outils. La philosophie de l'action nous dit que quand un acte est réalisé en situation il est unique, singulier. Ainsi, il n'évoque rien comme singularité sociale. Le fait que les actes soient signifiants veut dire qu'ils sont rattachés à quelque chose de social, c'est une habitude. On rattache quelque chose à une autre chose. L'habitude est significative socialement par exemple, dans notre cas, le fait de prendre un rendez-vous médical. L'habitude n'est pas isolée, elle fait déborder les situations spatialement et temporairement. Ainsi, cette prise de rendez-vous est anticipée par l'affirmation de son propre engagement dans le soin et est suivie par le déplacement au cabinet (avec ou sans accompagnement) ou la venue du médecin à domicile, suivie par un parcours de soins. Plus spécifiquement s'agissant de la consultation, les personnes âgées ont une grande expérience du soin. Ce sont des patients depuis longtemps. Ainsi la consultation s'inscrit dans des habitudes, des médiations de sens. Bien sûr, dans les récits des participants de notre enquête, il n'y a pas un seul type de consultation, une seule habitude de sens associée à la consultation. Mais, au contraire, un large spectre

d'habitudes de consultations. Néanmoins, la téléconsultation, par sa nouveauté, ne semble pas encore faire partie des habitudes de soin.

Ainsi nous le voyons au travers des habitudes : nous touchons au partage des représentations (Lorino 2020). Ce partage peut être associé à plusieurs courants théoriques. Tout d'abord à celui de la théorie de l'apprentissage organisationnel (Argyris et Schon, 2002) fondé sur le concept des théories de l'action, il sous-tend que le partage des représentations est un modèle de logique qui est partagé par les membres de l'organisation. L'idée générale est que l'on peut caractériser l'organisation par les théories de l'action partagées par ses membres. Puis, à celui de la théorie de l'entreprise créatrice de connaissances (Nonaka et Takeuchi, 1997) qui est fondée sur l'explicitation des connaissances. Nonaka et Takeuchi distinguent que la connaissance peut être tacite et ils identifient tacite à subjectif, le sujet a des connaissances qu'il explicite au travers du langage ou au travers d'un modèle logique. C'est donc à partir du moment où les connaissances sont explicitées qu'elles deviennent organisationnelles, elles se partagent grâce à leur explicitation.

3.2 La conception et l'analyse du changement dans les sciences humaines et sociales

Dans cette partie, nous allons expliquer pourquoi l'approche phylogénétique que nous mobilisons comme méthode et analyse de notre terrain de thèse et qui fait référence aux approches évolutionnistes peut être mobilisée dans les sciences humaines et sociales.

Nous avons conscience que les arguments que nous présentons ici nécessitent des approfondissements et des éclaircissements ultérieurs, mais nous avons tenté d'articuler le plus précisément possible le problème de l'appréhension du changement associé à la téléconsultation avec les principaux champs conceptuels disponibles.

À partir d'une synthèse des principaux courants en sciences de gestion et en santé, nous aboutissons aux approches de type évolutionniste pour resituer les phénomènes les plus observés. Notre choix conceptuel se traduit par les choix méthodologiques des récits et de la reconstruction phylogénétiques développés en biologie, puis importés en *cultural studies*.

Nous proposons d’observer à partir de l’apparition du numérique les concepts qui sont mobilisés en sciences humaines et sociales pour aborder la conception et l’analyse du changement. Pour ce faire, nous illustrons trois processus conjoints qui permettent de saisir le changement. Tout d’abord la perte de repères, puis les dynamiques d’ordre sociopolitiques, et enfin, les processus cognitifs. Puis, nous montrerons comment nous situons notre approche évolutionniste à la suite de celles-ci, et comment, la mobilisation de la reconstruction phylogénétique nous permet de saisir le changement grâce à la classification des réalités que nous observons.

3.2.1 Observer une variation par rapport à la norme : le changement comme phase de perte de repères.

Les sciences de gestion déploient des outils conceptuels qui permettent d’observer, d’accompagner et de comprendre les changements en cours dans les organisations et plus spécifiquement dans le système de santé tel qu’il en train d’évoluer. Nous allons montrer en quoi ces théories peuvent également nous renseigner au sujet de la télémédecine.

Nous représentons le changement comme étant au centre de différentes dimensions qui permettent de le décrire. Ainsi, nous ne rendons pas compte ici d’une théorie du changement, mais nous allons nous intéresser aux différentes dimensions du changement mobilisées par les sciences humaines et sociales, et particulièrement par les sciences de gestion. La notion de changement renvoie à celle d’adaptation, d’interaction, de complexité. C’est l’évolution dont le changement est porteur qui pousse les organisations à s’adapter (Pesqueux, 2015). Dans notre cas, le changement induit par une coprésence virtuelle entre un médecin et un patient lors d’une téléconsultation crée un changement dans le colloque singulier, dans les pratiques au sein de la consultation. Ce changement contribue à la construction de nouvelles pratiques de consultations.

Cette lecture du changement organisationnel se retrouve aussi dans l’héritage de l’*organisation scientifique du travail* de Taylor. Cette approche classique s’étend jusqu’au milieu du 20^e siècle, et nous montre que dans ce courant, la force des organisations n’est pas celle de s’adapter, mais plutôt celle de construire un contexte organisationnel stable (Cordelier et Montagnac-Marie, 2008). À la suite de l’anomie

durkheimienne, un autre élément qui nous permet d'aborder la question du changement en lien avec les organisations, est sans doute l'approche d'Elton Mayo. Mayo, en s'intéressant aux transformations sociales qu'apporte l'industrialisation du travail, identifie qu'une industrialisation trop rapide peut créer des changements sociaux, notamment une désorganisation sociale (*ibid.*). C'est donc la variation depuis la norme vers un état inconnu, qui crée un changement, potentiellement déstabilisant. L'anomie se situe donc tant en amont du changement qu'en aval, comme étant un résultat du changement.

C'est donc la question des réactions des organisations et des individus à l'intérieur des organisations qui se pose face aux changements. Dans ce cadre, la psychologie sociale associée aux évolutions des organisations nous emmène à aborder la théorie de la résistance au changement de Kurt Lewin, (1946). Lewin est considéré comme étant un des fondateurs du changement organisationnel. Ses travaux permettent de comprendre les phénomènes de changement et de les organiser. Le changement tel qu'il le décrit est composé d'un début, d'un développement d'actions, et d'une fin et a pour objectif de modifier les pratiques ou les outils d'un système social.

Pour comprendre les dynamiques de changement Lewin, propose de regarder les individus au sein des groupes sociaux en mobilisant les dynamiques de groupe. C'est de cette conception de l'individu dans un groupe que prennent racine les méthodes de « *focus group* ». Kurt Lewin met en évidence des dynamiques de résistance aux changements et développe une méthode de résolution consensuelle des conflits. Il définit alors trois changements de niveau social⁸. La phase de décristallisation ou dégel « *unfreeze* » qui correspond à la phase de changement des anciens comportements, d'abandon des attitudes passées. La phase d'adaptation « *moving* », qui est caractérisée par une phase de transition, d'adoption de nouveaux comportements, et puis la phase de « *freezing* » qui consiste à adopter les nouveaux comportements. Le paradigme de Lewin propose une approche discrète du changement, ses implications normatives sont largement reprises dans la littérature en sciences de gestion et sont à l'origine des études en « *organizational development* ». Ainsi l'organisation est vue comme étant un équilibre stationnaire et

⁸ Ce modèle a été complété par deux autres phases : l'infusion et la boucle. Ces deux ajouts sont particulièrement repris par les systèmes d'information (Cooper et Zmud, 1988 et Burnes, 2004)

le changement est vu comme étant un évènement discret, unique, dans la vie de l'organisation. Selon Lewin, c'est la cible prédéfinie par le pilote, qui est la force du changement.

Nous observons également que les théories néo-institutionnelles, en mobilisant trois courants, l'institutionnalisme sociologique, de l'action rationnelle et historique, abordent le changement à partir de la façon dont les institutions freinent et conditionnent les changements organisationnels, sociaux ou politiques (Demailly, Giuliani et Maroy, 2019). Dans ce cadre, les institutions modulent ces changements. Ce changement par rapport à la norme Durkheim l'appelle « l'anomie ». Plus spécifiquement, une première idée du changement peut être observée chez le père de la sociologie, en effet, ce dernier définit l'anomie comme étant l'absence de lois régulatrices dans certaines sphères de l'activité humaine (notamment dans la sphère économique) (Bobineau et N'Gahane, 2019). Cette absence selon Durkheim ne permet pas d'exprimer la fonction sociale de l'activité humaine, elle empêche donc la solidarité et peut être vue comme une des causes du suicide. Durkheim précise son propos tout au long de *De la division du travail social* et *Le suicide* en disant qu'il existe des règles à partir desquelles les hommes avaient créé une habitude, mais qu'à la lumière d'un évènement imprévu, inhabituel, la réalité s'écarte de ce qui était prévu, de la réglementation. Dans cette réalité changée, la nouvelle situation n'est pas encore caractérisée par une norme. La téléconsultation agit ici comme un changement par rapport à une norme de soin, caractérisée par la consultation en présence entre un médecin et un patient. Dans ce cadre, les interruptions de soin, les non-recours peuvent aussi être compris comme étant une absence d'habitude face au soin. L'encouragement à passer de la consultation classique, à la téléconsultation dans le parcours de santé, interpelle le patient et sa pratique du soin. Durkheim, nous permet d'observer que l'évolution de la norme, c'est-à-dire son changement, touche les organisations, comme dans le cadre du travail, mais aussi les individus, comme dans le cadre du suicide. En effet, la généralisation des consultations à distance peut véhiculer l'idée d'une obsolescence de l'individu, au sens où il se crée une confusion entre le patient et sa pratique de soin (la consultation est une pratique obsolète, le fait de continuer à s'y référer donne naissance à des patients « obsolètes »). C'est ce dernier postulat qu'adopte un autre sociologue, Robert King Merton, qu'il développera ensuite pour étudier la déviance, afin de comprendre comment,

certaines structures sociales, poussent des individus à se comporter en déviant de la norme au lieu de se conformer à un comportement attendu.

En santé, l'approche des conventions (Batifoulier, 1990) permet, quant à elle, de mieux prendre en compte les aspects sociaux aux comportements des acteurs. Elle propose d'appliquer « *l'hypothèse de la rationalité des procédures pour expliquer les comportements des agents* » (Sebai, 2016). Ceci implique que la coopération entre professionnels de santé ne passe pas toujours par des cadres définis, calculés. Dans le domaine de la santé, le niveau d'incertitude associé aux états de santé, notamment s'agissant du vieillissement pathologique, ne permet pas toujours de contractualiser en amont de la prise en charge (Da Silva et Raully, 2016). Selon cette théorie, ce sont donc des règles (c'est-à-dire les conventions) de comportement et de fonctionnement qui complètent la contractualisation. Les outils de télémédecine, et plus largement du numérique en santé, permettent d'avoir une connaissance plus fine de l'activité du médecin. À partir de cela, des incitatifs peuvent être développés. Ces incitatifs favorisent au travers des outils technologiques une adaptation standardisée, réputée efficace des pratiques de soin. Ceci tend à générer une confrontation entre deux pratiques de la médecine. La première celle d'un soin singulier à l'autonomie illimitée du médecin, et la deuxième celle d'un soin standardisé, où l'autonomie du médecin est limitée. Ces pratiques mettent deux conventions en jeu face à la télémédecine (*ibid.*), la convention professionnelle (qui fait référence à celle d'un soin singulier) et la convention industrielle (qui fait référence à un soin standardisé).

L'approche évolutionniste appliquée à la santé, comme la théorie des conventions, évoque un registre qui est celui de la création des ressources, par opposition à l'allocation de ressources en santé (Sebai, 2016). Dans ce cadre, l'hypothèse émise est celle qui dit que dans une situation d'incertitude, comme celles caractérisées par des états de santé complexes), les interactions entre acteurs peuvent être à l'origine d'apprentissages. Cette approche repose sur des logiques collaboratives entre les acteurs, elle permet de comprendre que les répétitions de certaines tâches (routines) deviennent les sources de nouvelles compétences. Ces routines deviennent des sources de cohérences collectives, de décisions, et donc de réduction de l'incertitude face à la prise de décision (*ibid.*). S'agissant de la télémédecine, l'approche

évolutionniste permet de s'intéresser à la création de savoirs dans un « *processus d'émergence d'innovations* » (*ibid*) très sensible aux innovations technologiques.

En médecine plus particulièrement, les approches évolutionnistes se situent à l'interface de la biologie et de la médecine (Zampieri, 2009). Ces approches développent des messages généraux et qui proposent des visions centrées sur l'adaptation des organismes comme clef de compréhension des maladies (Stearns, 1998). D'une part ces études disent que la sélection naturelle à l'œuvre dans les organismes favorise la reproduction des organismes et non la santé au sens « d'être en bonne santé » d'autre part que l'évolution biologique, est plus lente que les changements sociaux et culturels, à l'inverse des pathogènes qui eux, évoluent plus vite que les humains, et que donc certaines maladies proviendraient de l'inadéquation entre le corps et notre environnement. Enfin, que beaucoup de variants génétiques interagissent avec l'environnement et les autres gènes au cours de leur développement. Ainsi les approches évolutionnistes en médecine, tentent d'expliquer par l'adaptation des organismes, pourquoi les maladies sont si répandues et pourquoi il est difficile de les prévenir (Nesse et Williams, 1994).

3.2.2 Observer le passage d'un état à un autre : le changement comme dynamique d'ordre social et politique.

En sciences de gestion, on observe des stratégies d'acteurs, de négociations face à des conflits. Ils se créent donc de nouvelles dominations qui se traduisent dans la nouvelle configuration d'un changement d'état. Le changement dans ce cadre est le résultat de rapports de force en mouvement, donc d'un nouvel équilibre.

Dans cette perspective, la sociologie de la traduction (Callon, Alkrich et Latour, 1988) ou théorie de l'acteur réseau permet d'observer et de comprendre les facteurs qui conduisent une démarche innovante vers son succès ou vers son échec. L'idée fondamentale de cette approche est de dire que la démarche, ou le projet innovant, se traduit en un changement effectif si elle parvient à susciter l'adhésion, ou un sentiment d'incontournabilité (Kotter, 2012) des parties prenantes à l'intérieur d'un réseau que la démarche aura tissé. Ces parties prenantes peuvent être humaines ou non humaines (Durand, Baret et Krohmer, 2018). La construction du projet n'est donc pas forcément linéaire, c'est-à-dire qu'elle est faite de controverses (*ibid.*). Ce sont les méthodes déployées qui permettent donc de relier tous les acteurs autour du

projet. C'est l'ensemble des méthodes déployées qui est défini comme étant le processus de traduction. Ainsi les traducteurs sont les porteurs des actions innovantes. Cette traduction se déroule dans des espaces dédiés aux échanges et aux controverses, appelés des centres de traduction (ibid.). Les sciences de gestions adoptent donc cette théorie pour en faire un dispositif favorisant la conduite de projets de changements. Face à ces approches qui tendent à décrire le changement et à proposer des solutions pour qu'elles deviennent effectives dans le cadre des organisations, Michel Crozier quant à lui, propose d'envisager le changement en dehors de la sphère des solutions et des finalités. Selon lui, le changement est un problème sociologique (Reix, Fallery, Kalika et al., 2016) dans une stratégie de jeux d'acteurs, c'est-à-dire que la connaissance sociologique produit une connaissance pratique visant à mieux comprendre les situations organisationnelles et de pouvoir ainsi les changer. En d'autres termes, le changement dans cette acception consiste à fixer de nouveaux modèles du jeu. Michel Crozier propose de mettre la notion d'acteur au centre des phénomènes sociaux (Cabin, 2015). Cette théorie devient centrale en sociologie des organisations. Selon Crozier la stratégie des jeux d'acteurs vise à comprendre la construction d'actions collectives à partir d'intérêts et de comportements individuels. Ainsi, l'organisation n'est plus reliée qu'à des facteurs externes, mais elle devient une élaboration humaine, un système d'action concret (Crozier et Friedberg, 1977). Anthony Giddens développe une théorie de la structuration (1987) qui ne s'intéresse pas directement aux organisations, mais plutôt aux relations qu'entretiennent les individus avec les systèmes sociaux et leur structure sociale (Beldi, Cheffi et Wacheux, 2006). Selon lui, le changement est une déviation, une norme associée à des jeux d'acteurs. Ces interactions se produisent sous forme de routines stables que Giddens appelle des « institutions » (Reix, Fallery, Kalika et al., 2016). Giddens nous propose de dépasser l'opposition entre les sociologies de l'action et la structure sociale (Beldi, Cheffi et Wacheux, 2006). Afin de modéliser les interactions entre l'organisation et la technologie au regard des processus déployés (De Vaujany, 2003). Il propose également d'envisager une dualité dans cette interaction en montrant que les acteurs et les outils ne sont pas séparés, mais qu'ils évoluent conjointement.

La téléconsultation s'inscrit dans une réalité sociale hypermoderne au sein de laquelle les organisations sont marquées par le « désenchantement » (Plane, 2017)

qui vient des dynamiques de rationalisation. Ce phénomène s’observe en santé, où les choix gestionnaires de rationalisation issus du New Public Management (NPM) ont façonné les hôpitaux, les soins de ville, ainsi que les secteurs associés comme le secteur social ou médico-social, et qui, de nos jours s’accompagnent de la colère et du ressenti d’un service de moindre qualité pour les personnes qui y travaillent (Maclouf, 2018). Cette réalité sociale hypermoderne correspond à la recherche d’adaptabilité et valorise les capacités d’innovation et de transformation (Stiegler, 2019, Maclouf, 2020.). En santé, la théorie de l’agence (TA) permet d’appréhender l’asymétrie de l’information dans le système de santé. Cette asymétrie se caractérise dans les relations d’agence entre les acteurs du soin. Ces relations sont nombreuses : entre le médecin et le patient, entre le professionnel et les institutions de tutelles, entre les patients et les mutuelles, ainsi qu’avec l’administration des établissements. Ces relations se caractérisent par une asymétrie des connaissances, des informations entre le principal, c’est-à-dire la partie qui est dépourvue de ces informations et l’agent, qui les détient, qui est l’expert. Comprendre et interpréter dans cette clef de lecture ces relations, au sein desquelles le soin est produit, permet d’envisager toute la complexité du fonctionnement des organisations de santé (Sebai 2016). La relation d’agence s’exprime à différents niveaux dans le système de santé. S’agissant de la télémédecine, Amandine Raully (2014) nous dit que les mécanismes de type marchand, de régulation fondée sur la concurrence, à l’intérieur du service public font que les services publics conservent le financement des services de santé, mais qu’ils en deviennent des « acheteurs » et ne sont plus des « fournisseurs » de ce service vis-à-vis de la population. L’arrivée de cette concurrence agit sur la réduction de l’asymétrie de l’information entre les services de tutelles et les fournisseurs de soins en redessinant les contours de l’organisation. Par la création de relations multi-agents (le rôle du médecin pivot⁹ en est un bon exemple), les fournisseurs et les acheteurs des prestations de soins deviennent des agents vis-à-vis des patients. Les formes que prend la relation d’agence et l’organisation des soins sont favorables à l’essor d’une diversification de la rémunération (comme la rémunération par capitation) et cet aspect facilite le développement de la télémédecine. Cependant, la théorie de l’agence si elle permet d’analyser les sources de l’asymétrie de l’information ne permet pas de prendre en compte la compréhension qu’ont les

9 Le médecin pivot, ou *gatekeeper* en anglais, est le médecin traitant, au cœur des soins coordonnés

individus de leur environnement, des déterminants historiques du sens qu'ils donnent au soin. Ceci ne permet donc pas d'expliquer pleinement la pratique de la télémédecine.

3.2.3 Observer les actions des individus : le changement comme processus d'apprentissage, cognitif

Les changements se font parce qu'il y a des processus cognitifs intenses c'est par ces processus que les individus intègrent et agissent sur les changements en train d'advenir. Pour illustrer cela, Durkheim évoque la notion de construction de l'individu, il s'agit de partager une compréhension commune des règles, dans notre cas, du soin.

Or, la téléconsultation s'accompagne d'une crise de légitimité, avec de forts jeux d'acteurs. Il est donc possible de voir une élaboration théorique entre téléconsultation et changement. En effet, la téléconsultation est reliée à des changements en tant qu'instrument pour certains, comme solution pour d'autres, ou comme menace, mais avec des pertes de repères possible. La téléconsultation peut donc être un élément de changement dans la pratique de soins.

Tout d'abord, d'après la littérature, on sait que les situations de changement correspondent à des déviations par rapport aux normes existantes, et que la perte de repères associée est génératrice de déstabilisation. Nous observons donc que face à des situations nouvelles, inhabituelles, en tout cas porteuses de changements, les organisations ont besoin de théories et d'outils pour saisir les changements et penser la réalité. Une personne, un gestionnaire par exemple, aura besoin de comprendre des comportements individuels, mais qui portent aussi au niveau des relations entre les individus et l'organisation. Ainsi, les approches qui s'intéressent aux changements peuvent aussi traiter de l'ampleur et de l'étendue de ces derniers. Elles s'intéressent aux relations entre les personnes et non aux caractéristiques individuelles des personnes. Puis, d'après la littérature, on s'attend à observer des stratégies d'acteurs, par exemple sous forme de dispositifs de management du changement, nous notons dans ce cadre les démarches d'amélioration de la qualité et des processus qui proposent d'associer les personnes concernées par les processus que l'on souhaite améliorer, aux performances que l'on recherche. Ainsi les

individus sont mobilisés d'une part, afin de corriger en temps réels les changements vis-à-vis de la norme qu'ils constatent, et d'autre part, à prévenir ces changements indésirables. Cette philosophie gestionnaire repose sur le fait que l'efficacité et la qualité sont associées. Au sein des approches par la qualité, qui font référence aux sources des théories de l'organisation, comme le Taylorisme, le « *lean management* » est une recherche de polyvalence et de coopération dans le but d'améliorer la productivité. Cependant, une approche plus adaptative du changement est élaborée. Il s'agit des approches par l'émergence. Le modèle de l'énaction proposé par Francisco J. Varela (1993) met en valeur le fait que les actes des individus font émerger des événements (Oruezabala 2020). Enfin, le changement n'est situé ni dans l'individu ni dans l'organisation, mais dans des interactions sociales en milieu ouvert, ainsi l'énaction correspond à un processus social et à son résultat (*ibid.*) puisque l'environnement est modifié par les actions. En sciences de gestion, Karl E. Weick (Weick, 1989) adopte la proposition de Varela pour faire émerger le sens dans les organisations (*Sensemaking*). Ce faisant, l'énaction devient un mode d'organisation du savoir en interaction avec l'environnement dans un processus continu selon lequel l'action est préalable à la pensée (*ibid.*). C'est dans l'action que Weick pense que les individus perçoivent les écarts par rapport à leurs connaissances. La théorie de l'apprentissage organisationnel de Argyris et Schon (1978) propose d'observer l'émergence du changement à partir des routines organisationnelles. Le changement n'est plus une rupture ou un obstacle, mais il est conçu comme étant une « capacité à changer » (Reix, Fallery, Kalika et al., 2016). Ce faisant le changement organisationnel devient une source d'apprentissage au sein duquel le partage d'expérience est favorisé. L'approche des conventions (Boltanski et Thévenot, 1991, Boltanski et Chiappello, 1999), permet d'observer comment les individus confrontés à une situation d'incertitude décident du comportement qu'ils vont adopter (Pichault, 2004). L'idée sous-jacente est que les individus ont besoin de repères pour fonder leurs décisions, et que, ces repères, sont explicites, mais aussi informels (comme dans le cas de la consultation, le patient s'attend à ce que le médecin le visite par l'examen physique).

Cependant, les théories de conduite ou de stratégie du changement reposent sur l'idée qu'il est possible de contrôler et de gérer le changement, or face aux évolutions environnementales et épidémiologiques actuelles, nous retrouvons la

figure de l'acteur de Michel Crozier et Erhard Freiberg, mais il est possible d'observer que l'individu évolue dans des systèmes dont il n'a pas la pleine connaissance ou la maîtrise (Maclouf, 2020).

3.2.4 Le choix des approches évolutionnistes comme cadre intégrateur pour appréhender le changement associé à la téléconsultation

Le changement d'état, dans une approche managériale, suppose que le passage d'un état initial à un état secondaire est une amélioration puisqu'il a lieu dans le but d'atteindre un objectif prédéfini. Les outils managériaux sont déployés pour favoriser ce passage et les jeux d'acteurs sont mobilisés pour faciliter les processus d'apprentissages dans ce cadre. Par exemple, s'agissant de la numérisation des services de santé, il est prévu, par les réformes qui l'instaurent, la mise en place d'accompagnements spécifiques (les maisons France services) pour accompagner et enseigner aux personnes les plus éloignées du numérique, comment ce dernier peut être un levier qui favorise l'accès aux soins).

La question de la légitimité est donc traitée par l'amélioration que constitue le changement d'état (il est légitime de numériser la consultation puisque ce nouvel état va faciliter l'accès aux soins). Néanmoins, des théoriciens des organisations comme Henry Mintzberg (Reix, Fallery, Kalika et al., 2016) tendent à montrer le changement comme étant un processus continu. Or, dans les situations nouvelles, que génère le développement des nouvelles technologies, il est possible d'observer une dynamique de continuum dans le changement qui s'applique particulièrement aux organisations face à ce type de défis, dans ces situations le résultat du changement est largement indéterminé Mintzberg (1989) à cause, par exemple, des jeux d'acteurs qui sont par nature indéterminés, mais aussi à cause de l'incertitude ontologique de l'innovation.

Dans notre cas, qui se déroule dans une société basée sur l'innovation, nous proposons d'adopter une approche de type évolutionniste. En effet, concevoir les organisations comme étant des organismes apprenants nécessite d'aborder les approches évolutionnistes déployées pour observer le changement dans les organisations. Les théories biologiques de l'évolution paraissent particulièrement adaptées pour observer les mécanismes de changements à l'œuvre, puisqu'elles se situent à l'origine du changement, contrairement aux théories du changement

organisationnel qui partent de l'évidence du changement (Pesqueux, 2015). Ces théories s'inscrivent à la suite des travaux de Charles Darwin. Les premières transpositions de ces approches au domaine des sciences sociales sont du fait de D. Campbell qui développe le modèle Variation-Sélection — Rétention (VSR). Ce modèle intègre les processus d'apprentissage tout en permettant l'étude de l'émergence des idées. Il constitue un modèle général des approches évolutionnistes aux sciences sociales. L'ouvrage de Nelson et Winter (1982) constitue, lui aussi, une référence dans l'application des théories évolutionnistes à l'économie (Arena et Lazaric, 2003). La théorie évolutionniste appliquée à l'organisation assimile l'organisation à un organisme qui peut s'adapter à son environnement et qui développe un apprentissage sous forme de routines organisationnelles. Cet apprentissage se traduit par une amélioration des processus de production de façon cumulative et globale. Les organisations peuvent alors se distinguer entre elles par leurs compétences organisationnelles et leurs routines.

Nous situons notre questionnement et notre approche méthodologique, au sein de ces réflexions, qui en sciences de gestion se rapportent à la notion de changement. En effet, nous avons vu qu'il est possible de décrire le changement par rapport à une norme, qu'il est possible d'observer son émergence, d'en étudier son ampleur et son étendue. Cependant, comment peut-on attester du changement ? Notamment en santé, où la frontière entre la norme et l'absence de norme (entre le normal et le pathologique (Canguilhem, 1966)) recouvre un spectre de possibilités qui sollicitent tant la philosophie du soin que l'éthique, tout en passant par l'EBM ? En nous replaçant dans le cadre de la téléconsultation, il est difficile d'affirmer la réalité d'un changement entre la téléconsultation et la consultation. Cela serait un biais que d'affirmer l'existence de deux pratiques distinctes. En effet, à ce stade de notre travail, nous ne pouvons pas postuler le fait que la téléconsultation est une pratique nouvelle par rapport à la consultation, cela aurait un risque de circularité. Nous voulons donc poursuivre un chemin méthodologique qui nous permettrait de mesurer les différences entre téléconsultations et consultations, pour ce faire, nous voulons faire émerger ce qui assemble et ce qui différencie ces types de consultations. Il y a des axiomes ou un cadre théorique pour penser le changement, mais pas d'hypothèses quant aux configurations que l'on s'attend à observer.

Pour cela, nous regardons les familles des méthodes, qui permettent d'observer le changement. Dans un premier temps, les méthodes diachroniques sociales (Guigo, 1991) telles que les récits de vie et historiques (comparaisons sur le terrain d'un état antérieur avec un état actuel). Puis, les méthodes d'observation participantes. Tout d'abord, il convient de dire que la gestion est à la fois « *un ensemble de pratiques sociales et un environnement culturel* » (Chanlat, 2005) c'est pourquoi les sciences de gestion mobilisent des méthodes quantitatives et qualitatives, elles s'inspirent de la sociologie et de l'ethnologie. Les méthodes d'analyse d'inspiration ethnographique permettent d'avoir accès à toute l'épaisseur de la réalité, de la complexité sociale. Elles permettent de porter un regard sur des données difficiles d'accès, enfouies. Elles permettent d'explorer les expériences vécues.

Les récits

Il s'agit d'une démarche narrative où le chercheur demande au participant de lui raconter son expérience au sujet de la thématique qui l'intéresse et qui est reliée à la recherche d'un phénomène. Le récit est un moyen de recueillir des traces, des aspects de ce phénomène (par les récits, on recueille une partie de l'expérience des participants, celle qui est dicible, explicitée dans le cadre d'une narration).

L'objectif est d'étudier une partie de la réalité sociale de ces récits. Ceci est possible grâce à l'analyse diachronique que cette approche permet de faire. L'intérêt majeur de cette méthode est le fait de pouvoir construire le sens du récit par une approche diachronique, c'est-à-dire qui met dans des perspectives d'évolution les éléments du récit. Elle permet également de mieux comprendre le contexte social dans lequel se trouvent les personnes et qui intervient dans la construction et la compréhension de l'objet de la recherche. Dans notre cas nous nous intéressons aux pratiques de soins, ainsi le récit permet d'en observer les représentations associées, les croyances et les émotions. C'est donc la mise en relation des conditions matérielles du soin avec les conditions sociales et culturelles dans lesquelles il est vécu, qu'a permis de faire émerger, dans notre cas, le récit des téléconsultations et des consultations. Ce faisant ce sont les conditions sous-jacentes à la consultation (en présence ou à distance) qui ont émergées, cela permet de percevoir « *l'action en situation* » (*ibid.*). Un autre élément du récit de vie nous paraît important à souligner. En effet, les outils non statistiques dans cette méthode fait partie, questionnent la véracité des informations collectées, or par essence un récit ne peut pas être vérifié. Cependant, la

multiplication des récits au sujet d'un même évènement permet leur comparaison. Ceci fait partie des démarches sociologiques et d'enquête, courantes.

Les méthodes historiques

Dans cette approche ce qui est recherché ce sont les traces historiques, chronologiques, à partir du croisement de différentes sources, telles que des représentations, de fossiles, ou à partir de récits quand il s'agit d'évènements passés, mais qui ont été vécus par des personnes ayant la faculté de les raconter. À partir de ces supports, on étudie les modifications entre trois temps, celui qui précède l'évènement, l'évènement lui-même, et celui qui suit l'évènement. Il s'agit de reconstruire le changement a posteriori. Ceci est possible grâce à l'étude des modifications des compositions de matériaux (archéologie) d'éléments biologiques (les sciences du vivant), de bornages ou marquages sur des terrains (agriculture) et cela dans une approche comparative entre un temps « 0 » et un temps « 1 ». Cette méthode, elle aussi diachronique, est reconnue comme étant une méthode scientifique, solide, valable, mais qui requiert de nombreux moyens humains et techniques. C'est donc une méthode qui s'inscrit dans des temps longs.

Les méthodes participantes

Cette méthode est attestée dès les premières études ayant comme objet les organisations, nous pensons aux travaux d'Elton Mayo par exemple. Elle est très mobilisée notamment en entreprise pour comprendre les comportements des usagers, des membres de l'organisation, pour décrypter le travail. Elle permet également d'aborder la portée symbolique de l'organisation. L'observation participante consiste à s'immerger dans un environnement de façon dévoilée, c'est-à-dire que le chercheur affiche son rôle et se fait connaître par les participants. Ou bien de façon « cachée » (délicat à réaliser matériellement et à justifier au plan déontologique), c'est-à-dire où le chercheur ne dévoile pas son rôle. L'objectif est que sur un temps long, le chercheur recueille toutes les informations concernant la vie de l'organisation. La place qu'occupe le chercheur vis-à-vis du terrain qu'il observe est un élément crucial, et très souvent abordé par la littérature scientifique, pour l'analyse des données recueillies. Cette approche, qui s'inscrit dans le champ des recherches-actions, permet donc d'observer et de raconter les situations organisationnelles dans le but de mieux pouvoir intervenir.

La recherche en gestion s’inscrit donc dans une pratique sociale, elle se construit sur des actions développées par plusieurs personnes dans un espace et un temps déterminé. La recherche en gestion fait de ces pratiques des objets d’intérêt, de connaissance. Pour cela, elle outille la pensée grâce à des théories qui s’inscrivent dans des méthodes. Les méthodes quantitatives sont les plus représentées, néanmoins, celles qui sont qualitatives font également partie du panorama de recherche dans cette discipline. La difficulté à établir et à mesurer l’existence d’un changement reste cependant entière, pour les changements révolus, l’ensemble de ces méthodes se développe à partir de traces, d’archives, de chronologies, de récits a posteriori. Pour les changements plus récents, quoique révolus aussi, elles mobilisent des prélèvements et des comparaisons de discours, de représentations sociales avant, pendant, après. Néanmoins, le choix d’un état de référence reste arbitraire et conditionne les choix des variables retenues pour attester du changement et donc du sens qui lui est attribué.

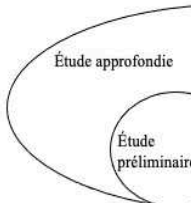
Dans ce contexte et dans le cadre des approches de type évolutionnistes, nous nous intéressons particulièrement aux études qui ont déjà mobilisé cette approche, en *cultural studies*, comme l’ethnomusicologie ou encore l’histoire mobilise la reconstruction phylogénétique. En effet, la mobilisation de ce regard entend montrer des ressemblances, elle veut regrouper et classer des pratiques qu’elles soient musicales (Le Bomin, Lecointre, 2016) ou des récits, tels que des mythes (D’Huy 2020). En empruntant aux biologistes leurs outils statistiques, il est possible d’avoir une trace des réalités vécues, des coexistences. Il est donc possible de saisir des évolutions dans la pluralité des pratiques. Ces méthodes reposent sur la collecte et la caractérisation de « spécimens ». La création d’arbres phylogénétiques suppose une capacité de coder des réalités sociales, dans notre cas les déroulements des consultations, en ligne ou à distance, telles qu’elles ont été vécues et ressenties par les patients âgés et que nous avons synthétisée sous forme de caractères. Cette capacité à coder des pratiques est d’ailleurs présente dans les pratiques de soin et différents outils permettent de le faire comme les démarches qualité, l’EBM, la tarification à l’activité (T2A), les *work-flows*, les analyses des pratiques. Néanmoins, toutes ces nomenclatures s’inscrivent dans une perspective de performance, de standardisation. Le changement tel que nous voulons l’observer s’agissant du soin, n’existe que dans les relations humaines qu’il mobilise. Pour le

saisir, nous devons observer la diversité des pratiques en cours dans la consultation. Plus spécifiquement, nous voulons observer une répartition des téléconsultations et des consultations tout en saisissant le sens de cette distribution. Afin de répondre à cet objectif, nous cherchons à classer la représentation du réel que nous avons obtenue à travers nos caractères. Ceci suppose d'une part une matérialité des changements : les gestes, les outils, le toucher, les lieux de soins, qui peuvent s'observer à partir des caractères héritables entre les pratiques présentes dans les milieux étudiés. Et, d'autre part, cela suppose de donner un sens à l'évolution, c'est-à-dire un point d'ancrage, à partir duquel les branches de l'arbre se développent. Ce point, que nous avons défini comme étant notre extra-groupe, c'est-à-dire le groupe contrôle porte sur les récits de consultations antérieures à l'apparition du numérique dans le parcours de soins des patients. De plus, la force de cette méthode réside dans le fait de pouvoir définir des classes (des espèces si on se réfère au vocabulaire de la biologie) à partir de ce qu'elles partagent ensemble. Elle permet de se repérer dans une diversité de manifestations en se détachant des idées reçues (par exemple le fait de postuler en amont de la recherche qu'il y aurait une différence de nature entre les téléconsultations et les consultations). En effet, le chercheur ne donne de sens aux catégories qui se dégagent, qu'au moment de l'interprétation de l'arbre.

3.3 Stratégie empirique pour saisir le changement associé à la numérisation des services de santé

Nous étudions donc la téléconsultation au travers de ce qu'elle produit dans l'examen clinique, c'est-à-dire dans l'acte médical qui se déroule lors d'une consultation et dans les soins de premiers recours. Pour nous permettre de mener à bien notre recherche, nous l'abordons grâce à deux études. Ces deux études s'inscrivent dans deux terrains correspondant à deux jeux de données. La première est une étude préliminaire. Elle porte sur la numérisation des démarches administratives, nous voulons comprendre si cette étape alimente le numérique en santé et comment elle s'inscrit dans la vie des personnes âgées, des territoires prioritaires notamment. La deuxième est une étude approfondie. Elle interroge la téléconsultation par rapport à la consultation pour savoir ce que ces deux pratiques médicales partagent ou ne partagent pas. Cette étude est un vaste ensemble de

données qui permet trois résultats (la pertinence de l'utilisation des arbres phylogénétiques pour observer la distribution des téléconsultations et des consultations dans nos données, le paysage, pour mieux comprendre l'utilisation effective de la téléconsultation et l'amélioration de la perception du métier d'aide à domicile au regard des services reçus pour accéder à la téléconsultation, et l'émergence d'un nouveau domaine,). Le troisième résultat constitue une analyse spécifique à partir d'une des modalités d'un caractère issu de l'étude approfondie. Elle fera l'objet d'un chapitre entier (chapitre 6). Dans un premier temps, nous synthétisons ce processus dans un schéma dont l'objectif est de montrer la cohérence globale de notre travail, puis, dans un second temps, nous allons détailler chacune des études.



Terrains : généralités	Terrains : spécificités	Contribution des terrains à la question de recherche	Démarche	Données	Épistémologie
QPV: COVID-19 : avril à décembre 2020	Vieillesse et précarité	Le changement associé à la diffusion de la téléconsultation dans un territoire	Enquête	Patients âgés > 75 ans ESD : n=95 (80 patients + 15 fossiles)	Abductive
QPV : 2019	Permanences administratives d'accès aux droits en lien avec la retraite et la santé	Médiation numérique par les pairs contre le non recours aux droits des aînés. Une expérience dans les quartiers politiques de la ville de Paris Publication Retraite et Société, n°87, 2021	Evidence Based	Personnes âgées > 65 ans ESD + 10h d'observations + questionnaire : n=21	Abductive
Point de départ : Nécessité de comprendre la transformation numérique du soin (accès aux soins et production du soin)					

Figure 13: schéma de cohérence générale de notre travail doctoral

3.3.1 Étude préliminaire « Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés. Une expérience dans les quartiers politiques de la ville de Paris »

Cette étude, qui sera présentée dans le détail dans le chapitre quatre, nous permet d'aborder notre questionnement à partir des habitants âgés des territoires QPV qui sollicitent un accompagnement administratif pour faire leurs démarches relatives aux services publics et à la santé. À partir de l'expérience des bénéficiaires des services publics, nous souhaitons observer et comprendre la dynamique de numérisation des services de santé. Cette étude répond à notre question de recherche : est-ce que la dématérialisation des démarches administratives alimente le numérique en santé ? Comment est-elle vécue dans les territoires ?

3.3.1.1 Notre évolution épistémologique : une première étude d'inspiration EBM, mais fortement axée sur le récit.

En 2019, en conclusion de notre travail de préparation de la thèse, et au vu de la forte demande des habitants âgés de plus de 65 ans des quartiers du Grand Belleville pour des aides administratives numériques, nous avons cette étude visant à observer si la médiation numérique par les pairs avait un impact sur la sortie du non-recours, ou tout du moins dans l'amélioration de l'accès aux droits administratifs, pour les démarches en ligne. Pour ce faire nous nous sommes inspirés par l'*Evidence Based Medicine* (EBM). Ceci pour deux raisons. Tout d'abord en évoluant dans le cadre de l'univers médico-social, et par l'enracinement en santé de la formation de la chercheuse, l'EBM est une approche structurante pour les pratiques et les décisions cliniques. C'est à cette approche que l'on fait le plus souvent référence quand on veut pouvoir réduire le doute dans le cadre d'une décision clinique à prendre. Implicitement nous nous étions posés la question de savoir si la médiation par les pairs était plus efficace contre le non-recours, ou l'éloignement aux démarches administratives en ligne, qu'un accompagnement « classique ». Puis, par l'importance que l'EBM a acquise dans le cadre des politiques publiques. En effet les Evidence Based Policy (EBP) désignent les politiques publiques dont les décisions sont fondées sur les preuves. L'idée sous-jacente étant de fournir des données probantes sur l'efficacité pour la prise de décisions en matière de politiques publiques. Ainsi, les résultats issus de ce type d'étude peuvent davantage être pris en considération dans le développement de programmes territoriaux à vocation sociale.

Pour ce faire nous avons fait un rapprochement entre notre situation problématique d'accès aux droits numériques, à une situation clinique. Nous avons donc pensé à cette étude selon le modèle PICO, à partir duquel les études randomisées se construisent. Tout d'abord patient/problème (P), ici les personnes âgées de plus de 65 ans n'accédant pas, peu ou mal aux services administratifs en ligne. Puis, l'intervention (I), qui était un parcours de médiation numérique animée par les « pairs ». C'est-à-dire des personnes présentant les mêmes caractéristiques d'inclusions que les sujets de l'étude, mais qui, ayant déjà suivi des ateliers numériques, ont souhaité s'engager dans une démarche de passation de compétences. Ce parcours était caractérisé par un temps d'échange autour des

activités de la vie quotidienne qui peuvent être améliorées grâce à l'utilisation de supports numériques. Ce temps était organisé sous forme de témoignages. Un deuxième temps était dédié à l'apprentissage de l'utilisation du numérique. Puis, la mise en place d'un contrôle France c'est-à-dire d'un groupe qui sert comme point de comparaison, dans notre cas le groupe contrôle c'est-à-dire celui qui bénéficiait d'un accompagnement standard, sans médiation. Enfin en définissant des objectifs (O) à atteindre, autant d'évènements cliniques d'intérêt. Dans notre cas, l'amélioration, voir la reprise d'un parcours administratif.

Des éléments imbriqués portant d'une part sur cette méthodologie et sur les résultats obtenus ont attiré notre attention.

En effet, pour cette étude, nous avons adopté l'outil méthodologique principal de l'EBM : l'essai randomisé. Ainsi, les indicateurs choisis pour montrer la supériorité ou non de ce type d'accompagnement portaient sur des données chiffrées, c'est-à-dire le nombre de démarches administratives entreprises et menées à bien. Nous accompagnions ces données par l'évaluation de moyennes par des tests d'hypothèses (T de *Student*) et des régressions linéaires afin de mettre en corrélation des variables. Néanmoins, malgré l'intérêt de ces outils, les résultats n'ont pas permis de conclure au sujet de cette expérimentation, alors même que les témoignages, considérations et émotions qu'il a été possible de faire émerger, semblaient indiquer toute l'importance de ce type d'accompagnement. Il nous a donc semblé, qu'il n'y avait pas de « convergence naturelle » (Maisonneuve, 2020) entre la production scientifique issue des outils de l'EBM dans notre étude, et l'usage, dans la pratique, des connaissances que les participants de cette expérience avaient fait émerger pour, d'une part, mieux identifier les leviers d'actions afin de réduire le renoncement à l'accès aux droits sociaux, dont les soins, associés à la numérisation des démarches administratives. Et, d'autre part, mieux comprendre sur quels freins ces non-recours numériques reposaient.

C'est en effet à partir des limites que nous rencontrions afin de rendre pleinement compte de l'utilité du dispositif de médiation par les pairs que nous avons commencé à nous intéresser aux approches qualitatives et quantitatives permettant d'explorer les relations complexes entre les systèmes (ici la numérisation des services publics) et les hommes (les citoyens âgés de plus de 65 ans) (*ibid.*).

Ces observations *a priori*, contradictoires, nous ont conduits à repenser l'étude dans son ensemble et à nous concentrer sur une description plus approfondie des résultats, avec notamment une analyse des récits. Ainsi, nous nous sommes écartés des tests statistiques classiques, et avons proposé des comparaisons simples, entre les groupes, pour décrire nos données. Puis, nous avons une grande place à la transcription des entretiens et à la présence des *verbatim* recueillis *in situ* pour illustrer ce que cet accompagnement avait représenté dans la vie des bénéficiaires face à l'utilisation des outils numériques à des fins administratives. Cet aspect est un élément majeur de la structuration de notre cadre épistémologique, puisqu'il nous a mis sur la voie (voix) des approches narratives en médecine comme en gestion ainsi que des dispositifs d'enquête et de la réflexion abductive.

Ainsi, cette première étude représente bien notre évolution épistémologique entre une construction des connaissances associées à des preuves chiffrées et notre approche abductive qui, elle, repose sur la place du récit dans l'enquête.

3.3.1.2 Description de l'accompagnement par les pairs

L'accompagnement par les pairs fonde ses racines dans la philosophie du *self help*, qui naît d'une volonté spécifique d'améliorer le quotidien, en favorisant l'autodétermination, l'accès aux droits civiques. Les exemples de communautés prônant cette entre-aide sont nombreux, des alcooliques anonymes aux courants de *Popular Health* du 19^e siècle aux États-Unis, mais également en santé, et notamment en santé mentale. Cette approche est donc transversale aux champs de la santé, du social et du médico-social. S'agissant des personnes âgées, cette approche est doublement intéressante, d'une part puisqu'elle interroge la place qu'ils occupent dans la société par la valorisation des savoirs expérientiels, et, d'autre part, leur participation sociale. En nous intéressant aux situations de précarité, il a été possible de dépasser les relations verticales ressenties comme présentes lors de formations classiques.

Nous nous sommes inspirés des préconisations des politiques publiques de santé au sujet de l'intervention des pairs aidants dans les processus de participation et plus particulièrement de prévention qui recommande le partage d'expérience et l'entraide comme formes de soutien. Il s'agit d'une « vocation de réhabilitation psychosociale et vise à permettre à l'individu de devenir acteur de son rétablissement » (<https://sante.fr/la-pair-aidance>). La présence des pairs-accompagnants naît autour

des années Sida, se développe lors des campagnes de promotion de la santé vis-à-vis des jeunes et, plus récemment, dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour une prise en charge plus inclusive des patients dans le cadre des maladies chroniques, et notamment pour les patients âgés. Dans cette approche l'idée fondatrice est de mettre le patient au cœur d'un processus continu, dont le but est de l'aider à acquérir ou à maintenir les compétences, pour favoriser l'*empowerment*, dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique.

S'agissant de l'objet de notre étude, le rôle des interactions sociales dans l'acquisition des apprentissages au vu de la littérature et des observations de terrain nous a paru être un aspect important à considérer dans le cadre du non-recours lié à la dématérialisation des démarches administratives. Considérer la mise en place de méthodes pédagogiques fondées sur l'expérience et les acquis antérieurs des participants, ainsi que sur une médiation humaine face à un outil numérique a donné naissance à la mise en place transparente d'une démarche collaborative caractérisée par la présence de pairs-accompagnants.

Le travail d'accompagnement par les pairs a été construit au moyen d'une grille d'intervention pensée pour répondre à l'objectif de « faire face ensemble à des épreuves en visant prioritairement son propre changement et celui de sa vie quotidienne (Gardien, Héas et Laval 2019). Dans ce cadre, « les épreuves » sont les ruptures liées au non-recours administratif.

Dans ce cadre, « les épreuves » sont les ruptures, suspensions ou interruptions, de versement d'une allocation telle que le minimum vieillesse par exemple, liées au non-recours administratif. C'est-à-dire au fait de ne pas avoir saisi à un moment, l'accompagnement au maintien de l'ouverture des droits.

Afin de réaliser au mieux cet objectif, nous nous sommes efforcés de considérer la demande telle qu'elle est exprimée comme étant l'objet de l'intervention, sans que cette demande soit préalablement évaluée ou travaillée. De ce fait, les pairs-accompagnants ont soutenu et accompagné les bénéficiaires en fonction du besoin que ces derniers exprimaient au sujet de leur envie de connaissance, d'autonomie, ou d'approche à des fins spécifiques, de l'outil numérique. Plus concrètement, les groupes ont été constitués autour de l'expression d'un objectif commun tel que, par exemple, vouloir apprendre à créer une adresse mail individuelle pour ne plus devoir solliciter ses proches pour prendre connaissance des courriers administratifs.

Cette étape s'est concrétisée autour de l'expression d'un récit ou d'une demande d'information. Puis, le pair-accompagnant est intervenu en soutien pour permettre au bénéficiaire de « s'essayer par lui-même » (ibid.) et, si besoin, en l'aiguillant vers des savoirs préalables à acquérir avant l'utilisation autonome de l'outil numérique. Les interventions de la médiatrice numérique ont donc été pensées comme étant des appuis techniques permettant d'acquérir ces connaissances pratiques liées à la finalité de l'action. De plus, les appuis techniques abordés dans les ateliers ont fait l'objet de supports dédiés remis aux participants. Si l'absence de relations humaines entre les personnes en situation de dépendance numérique et les administrations crée une difficulté pour repérer et prévenir les situations de non-recours (Revil et Warin, 2019), les pairs-accompagnants créent une médiation humaine capacitante : par leur action, ils replacent liberté et responsabilité individuelle et collective, dans « un processus progressif de renforcement des capacités de l'individu » (Leonard, 2013) à devenir acteur de son vieillissement et de sa vieillesse, et de manière plus générale, de sa vie. C'est cette dynamique qui permet de renforcer ou de se réapproprier un réseau social satisfaisant ainsi que d'avoir une meilleure connaissance des acteurs sociaux du territoire.

3.3.1.3 Collecte et analyse des données

Les personnes éligibles pour faire partie de cette étude (n=45) ont été contactées grâce à un travail de collaboration entre les acteurs sociaux et associatifs du quartier. Ce travail s'est articulé comme suit : les adhérents des structures sociales de territoire potentiellement éligibles ont été contactés par plusieurs canaux d'information : tout d'abord lors des rendez-vous (avec les écrivains publics) puis, par des appels téléphoniques, enfin, nous avons distribué des invitations dans leurs boîtes à lettres.

Nous avons utilisé comme matériel de collecte de données :

- Un fichier Excel de suivi de la présence
- Des questions au sujet de la représentation liée à l'administration et à l'environnement social des sujets de l'étude.

Expression du ressenti et du vécu

Nous avons collecté des données qualitatives exprimées par les participants pendant le groupe de parole. Nous avons recueilli les témoignages du vécu en situation de pauvreté et des difficultés que cela engendrait au niveau social et au niveau de la

santé, autour de ces axes. Nous avons pris des notes méthodiquement et avons retranscrit les *verbatim* qui nous paraissaient les plus à même de témoigner du vécu de l'accompagnement par les pairs.

La participation aux ateliers de co-construction par les pairs et la sortie du non-recours pour la retraite et les droits annexes.

Observer cette dimension a ici un double objectif. D'une part, observer l'efficacité de la co-construction par l'ouverture de droits tels que la retraite complémentaire ou l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ou des aides facultatives de la Mairie (via le Centre d'Action Social de la Ville de Paris) ou complémentaire santé. Ceci a été observé avant et après l'intervention, sur déclaration des participants. D'autre part, observer le fonctionnement de la participation (qui participe quand, qui prend la parole quand, ainsi que le développement des relations sociales dans le groupe) au vu de l'animation par les « pairs ». Les pairs ont été sélectionnés sur la base de candidature spontanée, à partir d'une réunion d'information que nous avons organisée avec les partenaires de notre association en amont du lancement du projet.

Pour ce faire, nous avons appliqué les préconisations du ministère de la Solidarité et de la Santé, au sujet des indicateurs de participation à mobiliser, s'agissant de l'évaluation de la participation des personnes âgées en situation de précarité.

Un document de suivi et d'observation a donc été mis en place. Cet outil est organisé en deux rubriques. La première quantifie la participation à la co-construction par le « paires » et les démarches pour l'ouverture des droits. La deuxième permet d'observer le fonctionnement de la participation par des indicateurs mixtes (nombre de prises de paroles, partage de techniques et de conseils, propositions d'activités).

La représentation de l'administration et de l'environnement social

Cela a été observé à l'inclusion et à la fin de l'étude.

Concernant la perception de la relation bénéficiaires-administration publique, la littérature fait état d'une "intervention croissante de l'État dans la vie quotidienne des citoyens. Ceci aurait aggravé le malaise et multiplié les sources de conflit. S'agissant des publics qui nous intéressent, cela s'observe, essentiellement avec le dispositif ASPA. Nous avons donc voulu observer s'il y avait une modification des réponses aux questions au sujet de la perception de la relation aux services publics après l'intervention. Les services publics que nous avons observés sont ceux

qui sont le plus en lien avec les personnes âgées. Nous avons donc sélectionné les services des personnes âgées des Centres d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) et de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.

Concernant l'environnement social, beaucoup de grilles d'analyses et d'évaluations existent pour évaluer la sphère sociale des personnes âgées en France. Cependant, il n'existe pas d'outil validé et standardisé à cet effet. Les outils qui existent sont des instruments de terrain, utilisés par les travailleurs sociaux, et qui sont essentiellement conçus pour mesurer la condition socio-économique des personnes âgées lorsqu'elles nécessitent un accompagnement tel que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour le maintien à domicile. Un outil, la « *Self reported social environment scale* » (Van Holle, Van Cauwenberg, De Bourdeaudhuij, Deforche et al., 2016) est utilisé et repris dans la littérature, mais cette échelle n'est pas traduite en français. Ne disposant donc pas, d'échelles d'évaluation validées, s'agissant de mieux comprendre l'environnement social en lien avec l'accompagnement aux démarches administratives des personnes âgées, nous avons simplement questionné les participants au sujet de leurs représentations de l'environnement social. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés des recommandations de l'INPES, Santé publique France, dans son ouvrage « Actions collectives Bien Vieillir » (Barthélémy, Bodard et Feroldi, 2014) et avons sélectionné six questions au sujet de leur perception de l'environnement social.

Pour cet aspect, nous avons voulu observer s'il y avait une modification des réponses aux questions au sujet des connaissances des ressources d'accès aux droits du territoire, du réseau social et de l'engagement social après l'intervention.

Au vu des difficultés de lecture, de production écrite et orale en français d'un grand nombre de participants, ces questions ont été posées oralement.

Analyses

L'ensemble des données de cette étude a été saisi à l'aide du logiciel XLSTAT. Une analyse descriptive a été effectuée afin de décrire la population de l'étude grâce à ce logiciel.

3.3.2 Étude approfondie : le changement associé à la diffusion de la téléconsultation dans un territoire

Cette étude, que nous présentons dans le détail dans le chapitre cinq, nous permet d'observer le point de vue des patients âgés habitant dans les QPV de façon à pouvoir observer comment la téléconsultation est vécue en rapport à la consultation par les patients âgés des QPV et ceci dans une période complexe, celle des deux premières vagues du Covid-19, qui a été marquée par une réduction des lieux de soins et donc une augmentation des téléconsultations. Elle permet de répondre aux questions de recherche : comment la téléconsultation et la consultation se situent l'une par rapport à l'autre, qu'on-t-elles en commun ? Et que les différencie-t-elle ? Cette étude est notre terrain principal, c'est-à-dire qu'il est celui à partir duquel nous avons collecté nos données et mobilisé la reconstruction phylogénétique. Ce terrain a été identifié dès le travail préparatoire pour notre thèse. La collecte des données s'est déroulée du mois de mars au mois de décembre 2020 et elle a mobilisé plusieurs personnes en fonction des périodes. Trois personnes lors du premier confinement et deux personnes par la suite. Elle a donné lieu à 95 entretiens composés comme suit : 80 témoignages de patients au sujet de leur dernière consultation et de leur dernière téléconsultation (c'est-à-dire, 160 récits, car un patient nous racontait deux expériences, une de téléconsultation, l'autre de consultation). Ces témoignages ont eu lieu majoritairement par téléphone. Puis, 15 autres témoignages, que nous avons appelés « les fossiles » au sujet des souvenirs de consultations anciennes, avant l'apparition du numérique dans les cabinets médicaux. Ces témoignages, recueillis plus tardivement, ont eu lieu en présence. L'ensemble de ces entretiens sera détaillé dans les chapitres suivants. Nous avons pu recueillir ces récits, grâce à trois appels à témoignages parus dans les éléments de communications institutionnels de la structure qui finance la thèse ainsi que par les relais informels de territoire (structures partenariales, bouche-à-oreille). À partir de ce terrain, nous avons d'observé comment les patients âgés vivaient et ressentaient la téléconsultation au regard de leurs consultations.

Cette étude a donné lieu à trois résultats. Tout d'abord, nous avons pu identifier des relations de parenté entre la téléconsultation et la consultation. Puis, nous avons observé l'émergence d'une nouvelle dimension de nature à nous renseigner sur le cadre social et territorial, nécessaire à l'utilisation effective de la téléconsultation.

Et, enfin, nous avons pu mettre en lumière des axes d'améliorations pour l'attractivité des métiers du grand-âge. Ce dernier résultat, qui a fait l'objet d'une publication, sera détaillé spécifiquement dans le chapitre six.

3.3.2.1 La narration pour faire émerger le changement et la reconstruction phylogénétique pour l'analyser

Notre enquête part du besoin de comprendre les processus de soins à l'œuvre dans la téléconsultation et la mise en cohérence de celui-ci dans le parcours de soin qui s'y réfère. En sollicitant d'autres canaux que ceux qui sont majoritairement utilisés pour définir la supériorité ou la non-infériorité d'un soin par rapport à un autre, notre enquête repose sur les potentialités du récit des personnes qui ont vécu cette expérience. Ainsi la recherche que nous présentons ici s'inscrit, dans une épistémologie de l'enquête (Lorino et al., 2011, Berthelot, 2021). Nous enquêtons à partir des dimensions du savoir expérientiel de la téléconsultation et de la consultation des patients. Cette approche nous permet de nous inscrire dans une orientation de santé réflexive (Hardy et Eneau, 2021). Ainsi la valorisation de cet échange réciproque (l'investigateur écoute le récit) est le lieu qui définit l'éloignement de cette recherche du postulat des décisions fondées sur les preuves (EBM). En faisant émerger par le récit, le vécu de la téléconsultation des personnes les moins représentées dans les recherches en management et en santé il nous a été possible d'observer le lien ou la distance entre les discours, plutôt normatifs, qui tendent à faire la promotion de l'utilisation de la télémédecine et plus précisément de la téléconsultation et l'utilisation réelle de cette dernière, c'est-à-dire les expériences réelles de soin. La place centrale accordée au récit et à son analyse dans cette enquête s'inscrit dans l'intention de dépasser l'organisation volontaire du discours à la recherche de catégories, pour faire ressortir les pratiques quotidiennes du soin.

En effet, notre approche théorique a cherché à identifier les liens qui pouvaient être établis entre les récits et la perception de la santé des participants, pour comprendre comment la téléconsultation pouvait prendre soin. En nous éloignant des discours institutionnels au sujet de la téléconsultation, nous replaçons les représentations du soin issues des récits, dans une pratique soignante (l'examen clinique) et dans le débat public qui porte sur la digitalisation de la santé suscitée par la généralisation de la téléconsultation.

Dans la construction théorique de notre travail, nous avons identifié, à la suite de Dumez et Minvielle (Dumez et Minvielle, 2020), que le point de jonction au sujet de la téléconsultation, entre les sciences de gestion et la santé, se situait dans l'organisation de la production du soin. Nous avons pu montrer que c'est à partir des formations et des pratiques professionnelles, des nouveaux soins, et de l'amélioration du parcours de santé que la littérature distinguait la téléconsultation de la télémédecine, et mettait en exergue ses spécificités. Il nous a donc paru essentiel de reproduire ce cheminement interdisciplinaire s'agissant aussi de la conception de notre enquête. C'est pour cela que nous abordons la question de la narrativité à partir de la mobilisation du récit en santé et également en management. Nous situons la mobilisation de notre approche narrative à la confluence de ces deux disciplines.

La médecine narrative et la clinique biographique

En travaillant dans le secteur gériatrique, nous avons souvent été mis dans la confidence de récits de santé, de soins. Ainsi nous avons souvent entendu les personnes nous dire « *Le docteur ne m'a pas laissé le temps de poser mes questions* », « *il était pressé* ». Le récit, pour ces personnes dont, parfois, les sens sont altérés (l'audition, la sensibilité du touché, la vue) s'inscrit dans le temps long. Nous nous sommes donc rapprochés des écrits de Rita Charon, médecin et philosophe, qui a élaboré le concept de médecine narrative. Selon cette approche, l'analyse des récits des patients, les places au centre de la relation patient-malade et la renforce. La compétence narrative s'associe à la compétence scientifique, clinique, pour reconnaître le patient et l'accompagner dans l'interprétation de ce qui lui arrive (la perte de la santé, le deuil, la mort...). Les bases de la médecine narrative sont : la temporalité, c'est-à-dire l'inscription du récit dans le temps, dans ce temps où le discours se construit, la temporalité permet de revisiter son positionnement vis-à-vis des expériences. La singularité, c'est-à-dire le fait qu'un patient est unique, quelle que soit sa plainte somatique. La causalité et la contingence, qui évoque l'interprétation médicale du récit, et donc la démarche diagnostique. L'intersubjectivité, c'est-à-dire la relation entre le narrateur et celui qui l'écoute. Et, enfin, l'éthique, c'est-à-dire le respect de la part d'intimité que le narrateur à partager avec la personne qui l'écoute. (Grimaldi et al., 2017)

Cette association se développe en *Narrative Evidence Based Medicine* (NEBM) qui tend à étudier le statut de preuve de chaque texte clinique.

Rita Charon (Charon 2006) associe la lecture et le soin, en ce sens que le patient raconte son histoire soit en l'écrivant soit en la disant, pendant que l'autre, celui qui recueille ce récit, le médecin (mais dans notre cas la chercheuse) reçoit l'histoire en la lisant ou en l'écoutant. Les dynamiques à l'œuvre dans ce processus caractérisent cette médecine narrative. Il s'agit de : la temporalité (le temps de la narration), la singularité (ce qui fait que le récit ne peut pas être reproduit) la causalité et la contingence (l'intrigue du récit, le fil conducteur), l'intersubjectivité (la narration) et l'éthique. L'objectif de cette médecine de l'écoute c'est de l'associer à la clinique pour reconnaître la temporalité de la maladie, la singularité et la complexité de chaque patient. L'ouvrage « Les maladies chroniques » (Grimaldi, Caillé, Pierru et al., 2017) nous fait le récit de cette médecine et nous dit qu'elle est désormais enseignée à la faculté de médecine de Paris-Descartes.

La clinique biographique (Niewiadomski, 2012) fait référence à des disciplines variées, la sociologie, la psychologie clinique, qui considère la narration comme un élément fondamental de la fonction humaine, l'anthropologie sociale qui la questionne autour d'une constitution individuelle, c'est-à-dire qui fait l'individualité de l'homme, ainsi nous la comprenons comme une méthode du récit de vie. Cette clinique fait référence à la recherche biographique capable de s'intéresser aux représentations que l'individu se fait de lui-même et des relations aux autres (Delory-Momberger, 2012) par cette recherche, c'est la centralité du fait biographique qui est recherchée, comme projet épistémologique. Christine Delory-Momberger dit que la temporalité est une dimension constitutive de l'expérience humaine, et qu'à ce titre elle synthétise le « *penser et l'agir* » (ibid.). Ainsi les individus appréhendent le monde social tout au long de leurs expériences. Dans ce contexte, chaque espace social, y compris le soin, est porteur de « *structures d'actions* » (ibid.) c'est-à-dire de savoirs transmis et éprouvés dans l'expérience quotidienne (ibid.). La numérisation des services, c'est-à-dire les activités dans lesquelles il faut qu'un client, un prestataire, ou pour la santé, un patient et un médecin se rencontrent, génère une réduction des rencontres, l'interaction interpersonnelle dans le soin est un échange « coûteux », en énergies, en déplacements, ainsi la téléconsultation en tant que nouvelle pratique de soin fait

évoluer les expériences quotidiennes du soin en « économisant », ces rencontres. À l'instar des principes de la médecine narrative (Charon, 2006) et de la clinique biographique (*ibid.*), notre méthode narrative, a cherché à rendre compte, par le récit des patients, des évolutions que la téléconsultation apporte dans l'examen clinique. Pour ce faire, nous avons favorisé l'expression des représentations du soin qu'ont les patients du soin lui-même. Notre ambition est de situer l'examen clinique en téléconsultation par rapport à l'examen classique (en face à face) dans la pratique de soin. Notre approche s'entremêle donc à une dynamique clinique (le chercheur est au « chevet » du patient et recueille son récit sur les situations qui l'ont emmené à utiliser cette pratique de soin.), mais aussi à une dynamique managériale. L'organisation de santé, par cette numérisation des services, diminue les interactions physiques de soin en les faisant évoluer vers des interactions numériques. Cette évolution questionne la nature même de son organisation, puisque le soin est caractérisé par cette relation interpersonnelle, c'est donc le rapport à autrui, dans le soin, qui est modifié. Dans notre enquête pour voir ce que produit la téléconsultation dans le soin, nous cheminons donc au travers du colloque singulier pour en faire ressortir les expériences de téléconsultation qui nous permettent d'aboutir à une compréhension organisationnelle de la téléconsultation. Cette dynamique repose sur le fait que sous le regard attentif du médecin, ici du chercheur, le discours du patient prend sens par rapport à la confrontation de ce dernier aux cadres de référence du praticien (Niewiadomski, 2012). De même que le chercheur observe et comprend le témoignage du sujet de son étude au travers de son cadre interprétatif.

Les perspectives narratives en gestion

En gestion aussi, il existe des perspectives narratives. En effet, le paradigme narratif a également été mobilisé pour étudier les organisations. Nous synthétisons ces perspectives à partir de l'article « L'approche narrative des organisations » de Nicole Giroux et Lissette Maroquin (2005). De la comptabilité à la finance en passant par la communication et jusqu'aux ressources humaines, la narration a permis d'étudier les processus organisationnels (*ibid.*). Le processus narratif en gestion est associé à l'étude des changements dans les organisations, il est considéré comme un processus, mais aussi comme un résultat. Cet aspect est important puisqu'il influence son utilisation (*ibid.*) il est soit source de données soit objet d'étude. Dans le premier cas la narration devient « *un artefact révélateur de la culture et du climat*

organisationnel » (*ibid.*) c'est donc un outil de recueil d'informations. Lorsqu'on s'intéresse à la narration comme objet d'étude, c'est alors plutôt la compréhension du processus de création au travers de l'analyse du récit qui est mis en avant, le *storytelling* (*ibid.*). Aussi, plusieurs perspectives pour la narration sont envisagées en management : fonctionnalistes, interprétatives, processuelles, critiques et féministes, postmodernes. Nous reproduisons le tableau récapitulatif de ces perspectives (*ibid.*).

Tableau 1 COMPARAISON DES DIFFÉRENTES PERSPECTIVES À LA NARRATION EN ORGANISATION					
	Fonctionnaliste	Interprétative	Processuelle	Critique et Féministe	Postmoderne
Nature de la réalité sociale	Réaliste	Subjectiviste	Construite socialement dans l'interaction	Construite en fonction d'intérêts particuliers	Construite discursivement et fragmentée
Centre de l'attention	Structure et fonction	Acteur et représentation	Processus collectif	Pouvoir et Genre	Discours-savoir-pouvoir
Méthode	Démarche nomothétique	Démarche herméneutique ethnographique	Démarche d'analyse des interactions, des activités et des cas	Démarche de critique culturelle et idéologique	Déconstruction
Objectif des chercheurs	Expliquer et prédire	Comprendre	Décrire le processus de construction et de négociation	Dénoncer décrire la résistance et émanciper	Donner la parole à toutes les voix et décrire une alternative
Conception de l'organisation	Réalité objective	Univers subjectif	Médium et produit des interactions	Instrument de domination	Univers discursif fragmenté
Auteurs de référence (sociologie, gestion et communication)	Parsons Thompson Grunig	Weber Van Maanen Trujillo	Giddens Weick Taylor	Habermas Alvesson Mumb	Foucault Hassard Deetz
Conception de la communication	Transmission d'informations	Création de représentations signification	Co-construction de la réalité	Manipulation idéologique	Discours polyphonique
Conception de la narration	Un instrument de gestion	Un reflet de la culture	Un mécanisme de construction	Un instrument de dénonciation et de résistance	Un moyen de manipulation et de changement
Chercheurs utilisant la narration	Mitroff Vance Vendelo	Brown A. Gabriel Helmer	Jameson Orr Zilber	Clair, Tretthewey Witten	Barry Boje Hawes

Tableau 2: Comparaison des différentes perspectives narratives en gestion. (Source : Giroux, Marroquin, 2005).

Tout d'abord dans la perspective fonctionnaliste, la narration est considérée comme un outil de gestion (Detchessahar et Journé, 2007), en relation avec le management de proximité, qui donne une place valorisante à l'expertise et à la spécialisation comme étant des éléments producteurs d'attractivité, ayant un attrait sur la performance. La littérature à ce sujet nous dit que dans ce cas, la méthodologie employée est celle de la recherche de

lois générales dans une démarche hypothético-déductive, souvent quantitative et statistique (Giroux et Maroquin, 2005). L'approche fonctionnaliste de la narration s'intéresse cependant aussi à ses fonctions rhétoriques, poétiques. Elle est un instrument de transformation utilisé pour mobiliser des énergies internes et les tourner vers le futur. Ainsi, elle mobilise les histoires qui, en dessinant la trame du passé, construisent l'avenir (*ibid.*). Puis, dans la perspective interprétative, la narration est au service des représentations, de la culture de l'organisation. Plutôt accompagnée par des méthodes qualitatives, elle fait émerger les activités symboliques dans la communication des membres de l'organisation. Ainsi on s'intéresse aux valeurs et aux significations partagées. La perspective processuelle s'intéresse à la narration comme étant un « *mécanisme de construction collective de la réalité* » (*ibid.*). L'organisation, dans cette approche, est conçue comme un processus organisant de l'action collective. Les chercheurs décrivent par cette approche le processus par lequel les acteurs, en plus de construire individuellement leurs représentations, négocient collectivement. Ainsi elle devient un outil de la « *délibération collective* » (*ibid.*). Dans une perspective critique, la narration est aussi envisagée comme un lieu où se défont les relations de pouvoir, qui se créent au sein des organisations. La narration a ici une double portée : de dénonciation et de déconstruction. Dans une approche post-moderne, qui est la plus récente et la plus critiquée, les chercheurs s'intéressent au dialogue, au discours. Ils incarnent un rôle de participant et deviennent narrateurs à leur tour. Comme pour la perspective critique, ici aussi le rôle de la narration est de démasquer l'histoire dominante et de créer des alternatives valables. Cependant, la perspective post-moderne ne se contente pas de donner de la voix aux exclus, elle ne parle pas pour eux, mais elle leur donne la parole, en « multipliant les points de vue » (*ibid.*). Enfin, au travers de ces différents champs d'application, la narration est très utilisée en management, et, plus que cela, elle devient un domaine de recherche. Nous situons donc la mobilisation du recueil et de l'analyse du récit comme étant des moyens d'enquête qui, tant en santé qu'en gestion, mobilisent la narration.

Les recherches fondées sur les preuves qu'il s'agisse de *evidence based medicine*, ou de *evidence based management*, ou plus largement le champ des politiques publiques fondées sur les preuves (EBP) sont largement présentes dans les sciences sociales. Elles adoptent la posture du médecin qui relativise les savoirs profanes du récit du patient (car entachés de subjectivité) au profit de l'identification objective des origines du discours.

C'est donc en s'appuyant sur son regard, sur son touché, qu'il identifie des signes tangibles « cliniques », et élabore son diagnostic. Avec la téléconsultation, cette relation clinique évolue, la distance ne permet plus le toucher et l'observation directe. Ces deux aspects sont médiatisés par des objets connectés plus ou moins performants dans la restitution du réel. Face à cela, un changement fondamental dans la pratique du médecin s'opère, car les gestes sont remplacés par l'interrogatoire qui guide cette nouvelle pratique : comment réaliser cette téléconsultation de façon optimale ? Sur quels éléments repose la décision en l'absence d'examen clinique présentiel ? Comment communiquer avec le patient qui n'est pas avec moi ? Dès lors, à l'instar de Freud qui rompt avec la pratique du regard au profit de l'écoute clinique, le chercheur qui s'intéresse à ce sujet, favorise l'émergence de ce qui, avant, n'était pas nécessaire de faire émerger dans la pratique clinique en présence c'est-à-dire les soubassements théoriques communs qui permettent aux patients, comme aux médecins, de définir la relation, la situation de soin qui se vit dans l'examen clinique à distance. Face aux limites d'une appréhension purement biomédicale de l'introduction de ce nouveau dispositif de soin, nous inscrivons notre approche dans la médecine narrative et dans les perspectives de narration en gestion (Giroux et Marroquin, 2005).

Ainsi, nous mobilisons une approche narrative dans le champ du management en santé. Nous avons vu que la narration nous permet d'une part en santé d'observer la structure fondamentale du récit des patients (temporalité, singularité, causalité et contingence, intersubjectivité, éthique). Et, d'autre part, de nous doter d'une méthode, c'est-à-dire le récit biographique, pour la faire émerger. Les perspectives narratives en gestion nous permettent quant à elles de décrire des processus organisationnels, de production. Or, nous nous intéressons aux patients, sans les confondre avec l'organisation, nous pouvons cependant dire que la façon dont l'expérience de soin est vécue et ressentie par le patient renseigne également l'organisation qui gère la production du soin. Ainsi, en mobilisant notre approche narrative pour faire émerger les récits des patients, nous pouvons mieux apprécier ce qui est en lien ou pas, ce qui est *consonant* ou *dissonant* (Detchessahar et Journé, 2007) avec les objectifs organisationnels de la téléconsultation tels qu'identifiés plus haut, à savoir l'amélioration du parcours de soins par un meilleur accès aux soins, à la prévention, au suivi, au repérage et au diagnostic, et aux soins. L'approche que nous mobilisons porte donc son attention sur les processus évolutifs. En ce sens que le recueil du récit se concentre sur les ressemblances, les similitudes, les différences qui

interviennent entre les pratiques de soins « classiques » avant la téléconsultation, et les nouvelles, qui intègrent les nouvelles technologies connectées dans le soin. Ci-dessous, nous illustrons notre matrice de lecture.

Après avoir explicité notre cadre théorique et notre posture, nous allons détailler dans les prochains paragraphes l'enquête menée auprès des participants, puis nos méthodes d'analyses des données.

3.3.2.1.1 Enquête qualitative auprès des personnes âgées

La narration peut être associée au concept du *care* il s'agit de redonner du sens aux pratiques d'accompagnement. Cette éthique relationnelle s'appuie d'une part sur une méthode coopérative au travers de la co-construction de connaissances (par opposition à l'acquisition de compétences numériques) et, d'autre part, vise les ressorts performatifs du récit. En s'appuyant sur la construction des connaissances, l'autonomie performative (Bretonnière, 2016) du patient ressort grâce à l'enracinement dans la narration de son expérience. Notre recueil de données permet donc d'aborder les enjeux de la téléconsultation au niveau de l'action des utilisateurs de cette nouvelle pratique tout en montrant d'autres niveaux d'analyses, éloignés de ceux de l'administration de la preuve.

Ce qui a conditionné la mise en pratique de notre approche a été la possibilité d'en rendre compte dans le recueil de nos données. Tant par rapport à l'objet de notre recherche que par rapport aux individus qui ont accepté de participer. C'est pour cela que notre dispositif de recueil a été élaboré sous le signe de la co-construction des connaissances. La co-construction s'est caractérisée par le mouvement d'aller-retour entre nos tentatives de conceptualisation théoriques et l'écoute du vécu de la téléconsultation. Ainsi les témoignages recueillis étaient envisagés comme des résultats, celui de notre enquête, et comme un matériau théorique. Ce mouvement est donc à l'origine du croisement entre l'histoire du chercheur et de ses rencontres avec les patients et les ressources bibliographiques. C'est en cela qu'il a contribué à saisir la dimension existentielle de la numérisation de l'examen clinique illustré par l'utilisation de la téléconsultation. C'est dans l'incarnation de cette co-construction que l'enquête a été rendue possible. Nous identifions deux dimensions représentatives de ce mouvement dans notre enquête. La première est la posture intellectuelle et émotionnelle du chercheur et des participants, la deuxième est son inscription dans le temps (le temps de la thèse, mais aussi le temps dédié au terrain)

qui matérialise la mise à distance avec le matériau. L'approche intellectuelle a permis de faire émerger le cadre dans lequel les sujets envisageaient, acceptaient, de donner des informations susceptibles d'apporter des données pertinentes au chercheur (Vandeveld-Rougale, 2019). C'est ainsi que la place du cadre et de sa construction conjointe par le chercheur et les participants de l'enquête, par la voie de leurs témoignages, a été primordiale dans notre recueil des données. C'est donc dans la rencontre d'une part de l'offre de témoignage, c'est-à-dire du besoin des personnes de raconter leurs bouleversements lors du premier confinement et de la demande du chercheur que ce cadre a pu être établi (*ibid.*). Aussi, l'habitude des personnes à fréquenter la structure qui leur proposait de recueillir leurs récits a déterminé la nature des entretiens. En fonction de la connaissance des participants qu'en avait la chercheuse, et du temps qu'ils pouvaient lui accorder, le choix a donc porté d'une part sur des entretiens semi-directifs et, d'autre part, sur un dispositif groupal. La co-construction a impliqué une rencontre intellectuelle, rarement physique et à chaque fois, émotionnelle entre le chercheur et les participants. C'est donc un espace de compréhension mutuelle que ces dispositifs ont créé, et au sein duquel, la confrontation entre deux points de vue, celui de la chercheuse et celui des participants ont permis « *la co-élaboration d'une pensée formalisée sur le sens vécu par le sujet* » (Vandeveld-Rougale, 2019, p.127). Ce processus s'est poursuivi après les entretiens, au moyen de la réécriture, et a été le lieu d'un retour réflexif sur le matériau recueilli. C'est donc, ensemble, que la chercheuse et les participants ont fait émerger une parole qui ouvre sur la complexité du vécu, tout en respectant les retenues des participants (l'anonymisation des entretiens et la conservation temporaire des enregistrements ont été des questions très importantes dans ce recueil).

Notre dispositif peut donc se synthétiser en deux temps. Le premier est le temps de la discussion, de l'expression, du partage des réflexions sur sa propre histoire au regard des processus d'appropriation, d'acceptation, que mobilise l'apparition de la téléconsultation (tant du côté des participants que du chercheur). Le deuxième, celui de l'analyse du chercheur, de la mobilisation de sa réflexivité face au matériau recueilli et à la littérature. Le mécanisme essentiel, et qui se dessine à cheval de ces deux temps, est celui de la confrontation du chercheur face au savoir expérientiel des participants et son association avec son propre vécu et les éléments théoriques

qu'il construit. C'est au sein de ce « dialogue » que nous construisons le sens des données recueillies. Cela implique que tous les points de vue sont recevables, le chercheur ne retient pas seulement ceux dont les interprétations seraient validées par un ou par l'ensemble des interlocuteurs, mais le sens du matériau est donné par les interprétations multiples et les invalidations qui relancent le travail d'élaboration (ibid.). Le mouvement récursif du chercheur lors de l'écriture des entretiens est une autre étape de la *co-construction* du sens, puisque la distance dans le temps avec les entretiens, et physique d'avec les participants, l'engage à se déplacer sur de nouvelles voies de compréhension en dehors des barrières éventuelles de la relation d'échange direct (ibid.). Ce « *chemin élaboratif* » (Vandeveld-Rougale, 2019, p. 128) ne relève pas seulement de la chercheuse, car les participants peuvent également faire de nouvelles élaborations des éléments signifiants ressortis lors des entretiens. Chaque personne se réapproprie donc de l'échange et poursuit le mouvement récursif, sans pour autant qu'il y ait un « *véritable achèvement* » (Barus-Michel, 2006, p.321 cité in Vandeveld-Rougale 2019, p.128). Le parachèvement de cette co-construction du sens peut également s'envisager dans la restitution directe (lors d'une rencontre de fin de thèse dans notre cas) ou indirecte (au moyen des communications scientifiques) vis-à-vis des participants, ainsi les chemins des participants et de la chercheuse se rencontrent à nouveau et donnent lieu à un nouveau travail d'élaboration. Nous explicitons maintenant les modalités pratiques dans lesquelles notre enquête a pris forme.

Nous avons mené dans notre thèse une enquête qualitative fondée principalement sur des entretiens semi-directifs¹⁰. L'objectif de ces entretiens était que les personnes nous racontent leur dernière consultation et leur dernière téléconsultation. La durée moyenne des entretiens était de 39 min.

10 Le chercheur oriente les récits des participants autour de thèmes définis au préalable. À l'inverse d'un questionnement, la forme des échanges n'est pas prédéfinie, elle s'adapte donc au récit tel qu'il est exprimé.

3.3.2.1.1.1 Inclusion des participants

Dans un premier temps, afin de participer à notre enquête, nous avons sollicité les adhérents de notre association âgés de 75 ans et plus. Nous avons sollicité les personnes par téléphone, par courrier et par *e-mail*. Nous avons identifié deux cents personnes comme étant des participants potentiels, trente-quatre n'ont pas été intéressées par la démarche, et vingt et une personnes ont finalement refusé de participer. Puis, nous avons perdu de vue deux participants potentiels. Nous avons pu inclure 80 personnes au total.

Les critères d'inclusion étaient le fait d'avoir fait une ou plusieurs téléconsultations pour des raisons en lien avec le Covid-19 ou pas et d'habiter dans les QPV. Nous ne nous sommes pas intéressés à l'éventuel niveau GIR¹¹ des personnes. Ainsi les personnes qui ont souhaité participer, mais avaient une autonomie fonctionnelle réduite, ont pu le faire en étant accompagnées par un aidant, une personne de confiance. Au vu de la fragilité potentielle et du caractère personnel des informations auxquelles nous touchions, l'avis du comité d'éthique de l'Université de rattachement de la chercheuse a été sollicité (annexe 2). De plus, une autorisation orale (les conditions sanitaires ne permettaient pas de se rencontrer) à la participation, à l'enregistrement, et à la transcription anonyme des entretiens, a été

¹¹ Le Groupe Iso Ressources (GIR) correspond à un niveau de perte d'indépendance fonctionnelle des personnes. Il est attribué quand une évaluation gériatrique est nécessaire, pour l'accompagnement au domicile, l'entrée en institution ou l'attribution de l'APA. Les niveaux vont du 5 au 1. Le niveau 5 correspond au niveau où l'autonomie fonctionnelle est la plus préservée, le 1 correspond au niveau où elle est le moins préservée. Une prise en charge financière pour les aides humaines et techniques dont les personnes peuvent bénéficier en fonction de leur GIR est associée au niveau du GIR.

explicitement demandée, systématiquement, avant chaque entretien. Nous synthétisons l'inclusion de nos participants ci-dessous.



Tableau 3: Critères d'inclusion des participants et diagramme de flux des participants

Dans un second temps suite à la définition plus précise de notre méthode d'analyse, nous avons eu besoin de prolonger notre terrain, par d'autres entretiens semi-directifs. Nous avons appelé ce temps supplémentaire « les fossiles » (n=15), ce groupe constitue notre extra groupe d'analyse. En effet, ces entretiens avaient pour objectif de demander aux personnes âgées de nous raconter leurs consultations avant que le numérique, ordinateur ou carte vitale, n'apparaisse dans le cabinet du médecin. Spontanément, les personnes nous ont raconté les souvenirs des consultations de leur enfance. Nous avons donc recueilli une synthèse des souvenirs de consultations anciennes, de l'enfance ou de l'âge adulte pour chaque personne. Nous pouvons situer ces récits « fossiles » à partir de 1941 et jusqu'au milieu des années 1960. Cette partie s'est déroulée, tout à fait différemment de la première. En effet, nous avons sollicité ces récits, lors d'un événement convivial en présence, pour les fêtes de fin d'année 2021 (il était désormais possible de reprendre des activités collectives). Nous avons prévenu les participants de la possibilité, à cette occasion, de partager avec la chercheuse leurs souvenirs. Ainsi quinze personnes, sur la journée entière, se sont relayées, en groupe de 5, soit 3 groupes, pour raconter leurs souvenirs.

3.3.2.2 La reconstruction phylogénétique : méthode et analyse de nos données

Nous avons conscience que la question de la transmission des caractères et de leur changement est associée particulièrement aux approches évolutionnistes, en biologie bien sûr.

La reconstruction phylogénétique est une pratique scientifique qui permet de décrire des degrés relatifs de parenté. Elle est l'outil privilégié, en biologie évolutive, pour étudier le vivant depuis les premières formes de vie sur la Terre. Dans notre cas, nos données ne sont pas issues de la biologie, mais des sciences humaines et sociales. Ainsi, nous utilisons dans un premier temps l'outil qu'emploie la reconstruction phylogénétique, à savoir ses graphes permettant de hiérarchiser les partages d'attributs, qu'on appelle communément des « arbres ». En effet, nous cherchons à savoir, parmi les multiples consultations et téléconsultations, les traits communs qu'elles partagent de manière à les regrouper, sans chercher à savoir les raisons de ces regroupements.

En d'autres termes, nous utilisons d'abord ses moyens mathématiques de représentation sans employer la théorie qui les interprète en biologie. La raison en est que ces moyens répondent à trois de nos besoins : (1) besoin de hiérarchisation des partages de caractères, du plus général au plus particulier, (2) besoin de positionnement relatif des téléconsultations par rapport aux consultations, et (3) besoin d'identification des caractères responsables de ces positionnements. La méthode d'inférence dite « de parcimonie » (Lecointre, 2011 b, Darlu et Tassy, 2019) répond à ces besoins.

Nous expliquons donc le choix de cet outil par la nature du questionnement que nous nous posons tant en sciences de gestion qu'en santé.

Dans un second temps, à titre exploratoire et à partir des similitudes et des différences entre téléconsultations et consultations, nous observons d'éventuelles transmissions, des descendances entre la pratique d'un examen clinique de façon classique, c'est-à-dire en face à-face et la pratique d'un examen clinique numérique, c'est-à-dire par téléconsultation. Nous développons pour cela une vision dynamique des changements qu'apporte la téléconsultation, à partir des relations potentielles qu'elle pourrait induire dans ces deux pratiques de consultation.

Dans un troisième temps, il s'agira d'interpréter les raisons de ces partages. Transmissions verticales ou diffusions horizontales, ou bien les deux. Nous

utiliserons les résultats issus de ces analyses pour observer les changements qualitatifs c'est-à-dire de la qualité au sens du ressenti du patient, qu'apporte éventuellement la téléconsultation, au niveau individuel, c'est-à-dire dans l'examen clinique, mais aussi au niveau gestionnaire en observant ce que cette pratique, issue de la numérisation des services de santé, amène dans l'organisation de la production du soin.

3.3.2.2.1 La construction des arbres

Un cladogramme est un arbre schématique qui montre les caractères que partagent les taxons grâce à une hiérarchie par emboîtement du plus largement partagé au moins partagé (Darlu et Tassy, 2019). Les points de branchements, c'est-à-dire les nœuds, sont définis par des synapomorphies c'est-à-dire un caractère nouveau partagé par un ou plusieurs taxons.

Plusieurs questions ont présidé à la construction de nos arbres, tout d'abord nous nous sommes interrogés au sujet de la pertinence de la représentation et de la visualisation de nos données sous forme d'arbre : était-ce la meilleure façon de représenter nos données ? Aussi, nous avons abordé la question du degré de précision désiré dans leur analyse. Voulions-nous explorer la tendance générale dans la répartition des téléconsultations par rapport aux consultations ou bien voulions-nous détailler chaque proximité associée à chaque téléconsultation et consultation ? Le cladogramme permet les deux, cependant nous voulions répondre à la première question.

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes appuyés sur la méthode de maximum de parcimonie pour élaborer notre cladogramme. Notre choix s'est porté sur cette méthode parce qu'elle calcule le cladogramme qui maximise la cohérence des caractères entre eux (Lecointre, 2011b). Surtout, nous l'avons choisie, car elle permet d'identifier qui partage quoi avec qui parmi les téléconsultations et les consultations (que ne permettent pas de nombreuses autres méthodes, comme celles qui mesurent la distance, ou les ACP par exemple, Darlu et Tassy, 2019, Lecointre, 2011b). Toutes ces méthodes, y compris celle que nous avons choisie, sont complétées, par un test de robustesse utilisant le tirage aléatoire dit du « bootstrap » (Felsenstein, 1985) qui est un dérivé des simulations probabilistes. Dans le cas présent, il s'agit de produire 10, 100 ou 1000 pseudo-matrices de même taille en affectant aux caractères un poids aléatoire et de calculer un arbre à partir de chacune

d'elles. On enregistre ensuite combien de fois un nœud particulier de l'arbre est obtenu. Pour chaque nœud, on obtient ainsi sa robustesse, c'est-à-dire sa résistance (ou dit autrement sa sensibilité) à la perturbation aléatoire des données. Cette robustesse est représentée par des valeurs comprises entre 0 et 100 % pour chaque branche.

3.3.2.2.1.1 Choix du modèle d'analyse

Vous avez dit évolution ?	
	Évolution =
Langue courante	Changement
Science XVIIIe siècle	Développement embryonnaire
Science du XXe siècle	Progrès => valeur Image d'Épinal : l'arbre du vivant => phylogénie Récit du vivant => histoire Processus de changements des espèces => mécanismes (sélection naturelle) Théorie générale de la biologie => paléontologie, anthropologie et la médecine !

Nous proposons une synthèse de l'article Qu'appelle-t-on évolution ? (Lecointre, 2008) Comme le tableau ci-dessus nous le montre, le mot évolution n'a pas une acception unique, ni même simple. L'évolution peut faire référence au mécanisme par lequel les populations varient, que les espèces se transforment. C'est dans cette acception que l'agronomie ou la zoologie le comprennent. Puis, ce mot fait également référence à la théorie générale de la biologie, de l'anthropologie et de la paléontologie. Il s'agit ici de l'acception la plus commune, et la plus acceptée. Elle est souvent associée à Darwin. Le mot évolution est aussi très présents dans les manuels scolaires, en histoire par exemple. Dans ce cas, il prête sa définition à la description du déroulement historique de la vie sur Terre au cours du temps. L'évolution est dans ce cas ce qui ressort d'un récit, elle décrit une série d'« évènements ».

Le mot évolution est également associé au progrès. Dans ce cas il s'agit d'une confusion entre le discours scientifique et les valeurs associées à ce discours. C'est précisément ce point qui est marqué par l'auteur comme étant problématique de cette acception. En effet, nos valeurs conditionnent l'importance que nous accordons, rétrospectivement, à l'évènement. Il s'agit d'une marque d'anthropocentrisme dans notre approche du vivant. Puis, ce mot est utilisé pour figurer les relations entre les êtres vivants. C'est l'image de l'arbre de la vie, à l'origine de la métaphore d'arbre qui a permis d'illustrer le concept de phylogénie, créée par Ernst Haeckel en 1866 à partir des mots genèse (genesis) et lignée (phylum).

La médecine aussi s'intéresse de plus en plus aux approches évolutionnistes en ouvrant les interrogations médicales au « pourquoi » de la maladie, et non seulement au « comment » l'on tombe malade. Elle cherche à comprendre pourquoi l'évolution a façonné les mécanismes qui sous-tendent la santé et les maladies. Plusieurs études en cancérologie commencent à appliquer les principes de l'évolution aux traitements de certains cancers (Thomas, 2019).

Le fait de rechercher le sens de l'évolution (dans le tableau ci-contre, nous proposons une synthèse des « évolutions » du mot évolution) d'un état « primitif » vers un état « dérivé » sous forme binaire ou multiple, se nomme la « polarisation des caractères ». Elle est effectuée ici en entrant dans la matrice des « consultations fossiles », chez lesquelles la présence ou l'absence d'un caractère constituera son état primitif. L'autre état sera donc dérivé.

Dans notre analyse, nous nous intéressons aux ressemblances entre les téléconsultations et les consultations à partir des caractères individuels de chaque téléconsultation ou consultation. Nous utilisons l'algorithme qui met en œuvre le critère de choix de l'arbre le plus parcimonieux, car l'arbre le plus parcimonieux est celui qui maximise la cohérence des partages de caractères entre téléconsultation et consultations. Nous avons pratiqué une parcimonie sans contrainte dite de Wagner (Kluge & Farris 1969 ; Farris, 1970), où le choix entre les convergences et les réversions (deux modalités d'homéoplasie)¹² sont laissés libres selon le maximum de cohérence des données.

¹² Toute ressemblance non héritée d'un ancêtre commun

Pour la construction de notre arbre nous avons utilisé le logiciel PAUP (Phylogenetic Analysis Using Parsimony, Swofford 2002).

En conclusion, nous avons choisi la méthode d'analyse en fonction de nos données et du temps que nous avions à notre disposition de manière à dégager les tendances générales de la répartition des téléconsultations par rapport aux consultations et de leur partage de caractères, ceci de la manière la plus transparente possible (la matrice de données est explicite, la méthode est standardisée depuis plusieurs décennies, Lecointre, 2011 b, Darlu et Tassy, 2019).

3.3.2.2.1.1.1. Le fichier d'entrée

De façon à pouvoir pratiquer ce type d'analyse à nos données, nous les avons organisées de façon spécifique. Ces données sont issues de 160 récits, 80 récits de consultation (C), et 80 récits de téléconsultation (TC), plus 15 fossiles (F) c'est-à-dire des récits de la consultation avant l'apparition du numérique (les récits s'étalent entre 1941 et jusqu'au milieu des années 1960).

Nos données ont été organisées dans une matrice qui comporte des taxons et des caractères.

Notre matériau a été codé de façon à faire ressortir des nœuds hiérarchiques « parents » dans le récit des participants. Ces nœuds que nous avons appelés « catégories générales » correspondent, d'une part aux dimensions représentatives de l'examen clinique (gestes, émotions, représentations) et qui sont issues de notre cadre théorique, et d'autre part, à l'apparition d'une catégorie, appelée « paysage » externe à notre cadre théorique, mais qui a été apportée par le codage lui-même. Dans cette structuration de nos données, les caractères, dont nous parlons ici, correspondent à des catégories spécifiques des nœuds hiérarchiques « parents ». Les caractères sont les nœuds « enfants » des nœuds « parents ». Ils permettent donc de détailler les catégories générales auxquelles ils sont associés en unité d'observations spécifiques issues de notre matériau. Exemple : dans la catégorie générale « Émotions », nous identifions la catégorie spécifique « confiance », « connaissance », etc.

Nous avons donc codé ces caractères selon différentes modalités : absence= 0, présences= 1 ou sous forme d'autres modalités = de 2 à 11. Quand il y avait une coprésence de deux états nous avons codé (1,0) selon qu'ils appartenaient à la TC, à la C ou aux F. Quand l'information était manquante, nous avons codé « ? » quand

l'information ne s'appliquait pas nous avons codé « Z ». (Voir en annexe 5 la liste complète des codes).

3.3.2.2.1.1.1. Comment interpréter nos arbres ?

Nous avons pris en considération plusieurs éléments, tout d'abord les valeurs de bootstrap de la jonction des branches. Plus leur valeur est élevée, plus la branche est robuste. Puis, l'enracinement. En effet, nous avons introduit un extra-groupe (les fossiles) externe à ceux que nous avons étudiés. Ainsi les branches reliant ce groupe aux autres ont été considérées comme étant les racines de l'arbre. Enfin, nos arbres étant gigantesques, nous les avons redécoupés en plusieurs parties, correspondant à des figures emboîtées.

Codage des données

Les entretiens se sont déroulés entre le mois de mars et le mois de décembre 2020. Ils ont été menés par une équipe qui a varié de deux à trois personnes pendant la période, et se sont déroulés dans un climat de confiance, puisque les investigateurs, professionnels de la médiation gérontologique de proximité, étaient connus par les participants. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants. Les participants ont été encouragés à parler librement et les enregistrements ont été arrêtés lorsque tous les thèmes proposés par le guide d'entretien avaient été abordés et que les participants n'avaient plus rien à ajouter. Chaque entretien a été enregistré grâce à un téléphone portable, via l'application « dictaphone », puis transféré et stocké jusqu'à la retranscription sur un ordinateur. La retranscription intégrale des entretiens a été faite avec le logiciel de traitement de textes « Microsoft Word ». Au vu de la grande quantité de matériau, nous avons bénéficié d'une aide extérieure, tout d'abord au sein de la structure professionnelle de la chercheuse, puis par l'Université. Néanmoins, la chercheuse a effectué une partie importante des retranscriptions elle-même. S'agissant, en revanche, de la partie du terrain « fossiles », les retranscriptions n'ont pas été effectuées intégralement. Cela s'explique par la mise en place tardive de ce recueil de récits, par rapport au calendrier de cette thèse. Néanmoins, un guide de discussion et une fiche de prise de note précise ont été réalisés (en annexe 3). L'anonymisation des données était immédiate lors de la retranscription. Le langage non verbal a été retranscrit également, ex : silence, hésitation, rires. La mise en valeur d'un élément dans la phrase et l'étonnement ont été marqués par « ! ». Les enquêteurs, en revanche,

étaient identifiés par leurs initiales, et quand le participant évoquait des noms de villes, de médecins, ou des aides à domicile, des noms de fiction leur ont été attribués.

Avant d'aborder plus précisément le codage, nous nous associons aux réflexions de Dumez et Ayache (Ayache et Dumez, 2011) au sujet de la rigueur scientifique du codage. En effet, cette démarche doit être pratiquée de la façon la plus rigoureuse possible, et quand il est possible de le faire, un double codage doit être pratiqué. Cependant, le codage dans les recherches qualitatives ne doit pas être assimilé aux analyses statistiques des études quantitatives, dont la rigueur scientifique dépend (*ibid.*). À la suite de Dumez et Ayache, nous considérons le codage comme un instrument qui permet de mettre « en série », un matériau, de faire émerger des concepts. Il est donc situé à mi-chemin entre la théorie et les données brutes. En ce sens, le codage reste une interprétation (*ibid.*). À partir de cela, le travail scientifique réside davantage dans l'exploration fine des ressemblances et des dissemblances entre les discours, que dans « l'encodage » du matériau. De plus, avec un matériau qualitatif, et hétérogène, comme le nôtre, le risque de circularité est fort. La théorisation ancrée (Glaser et Strauss 1967) aurait permis de faire ressortir les concepts à partir d'un découpage fin du matériau, cela aurait permis un codage « pur ». Un double codage aurait été aussi une garantie supplémentaire contre le risque de circularité. Néanmoins, au vu de la grande quantité de données, ni la théorisation ancrée ni le double codage n'auraient été réalistes. (Ayache et Dumez, 2011). Ainsi, nous avons choisi d'utiliser un codage multithématique (*ibid.*). Nous avons étudié notre matériau à partir, d'une part de notre approche théorique, puis du matériau lui-même, ainsi en accord avec notre approche épistémologique nous avons pu faire une recherche systématique de ressemblances et de dissemblances entre les entretiens. Ce codage repose sur trois principes (*ibid.*) :

- Quadriller le matériau à partir de plusieurs thèmes et ne pas structurer prématurément l'analyse
- Chercher l'hétérogénéité des thèmes (sources, théories)
- Rechercher le recoupement possible des thèmes entre eux. Ainsi le chercheur est forcé de regarder l'extrait de l'entretien sous forme de ressemblances/dissemblances.

Notre codage en pratique

Nous avons codé notre matériau à l'aide du logiciel NVivo, ce logiciel permet d'organiser le codage par « nœuds ». Un nœud est un ensemble de références associées à un thème spécifique. Nous avons utilisé plusieurs types de nœuds. Nous allons présenter ces nœuds avant d'explicitier notre démarche pratique de codage.

Les cas : il s'agit de nœuds pouvant caractériser une entité couverte par l'étude. Il peut s'agir d'une personne ou d'un concept précis. Ces nœuds possèdent des attributs spécifiques tels, que l'âge, le sexe, le nom, ou toute autre spécificité que l'on souhaite mettre en valeur. Ces cas peuvent être organisés sous forme hiérarchique, les attributs permettent de classer les cas (par âge, sexe, en fonction de la pertinence des attributs par rapport à l'étude).

Les nœuds libres : il s'agit d'un nœud qui ne possède aucun lien hiérarchique avec les autres nœuds. Ils sont utiles au début de l'encodage, avant d'élaborer une structure précise.

Les nœuds hiérarchiques : Dans un esprit proche des « cas », ces nœuds s'organisent sus sous forme d'arborescence. L'origine est le nœud « parent » c'est-à-dire une catégorie générale, qui peut être subdivisée en catégories particulières (les nœuds enfants).

Les nœuds de relations : Ils définissent le lien entre deux éléments, par exemple une relation entre deux cas ou deux nœuds libres. Cela peut servir à encoder des « preuves » de relations entre certains nœuds. Dans notre cas, cela nous a permis d'encoder les relations entre les participants : $\{C1 \text{ est amie de } C74\}$ ou $\{Dr. Christophe : \text{médecin traitant de } C1 \text{ et } C74\}$.

La matrice : il s'agit d'un ensemble de nœuds, résultats d'une requête d'encodage matriciel. Chaque cellule de la matrice correspond à un nœud.

La requête d'encodage matriciel : est une méthode qui permet de comparer des paires d'éléments, tel un tableau croisé. Et d'afficher les résultats dans un tableau ou « matrice ».

Il existe dans ce travail un autre codage, celui de la matrice de caractères qui sera analysée par une méthode de parcimonie qui produira un arbre dont on dit qu'il a des « branches » et des « nœuds ». Le même vocabulaire (« nœud », « matrice », « codage ») est utilisé dans deux méthodes distinctes, nous veillerons à bien segmenter les emplois de ce vocabulaire.

L'encodage s'est déroulé en deux étapes. Tout d'abord, ce fut l'identification des catégories générales et particulières associées à chaque récit de consultation et de téléconsultation. Cette étape s'est déroulée elle-même en deux temps : premièrement par une attention flottante et deuxièmement par une attention spécifique. Ceci nous a permis de faire des allers-retours entre notre matériau et notre cadre interprétatif. Les deux temps de cette première étape ont été assez souples pour nous permettre de nourrir tant notre cadre théorique que la compréhension que nous avons de notre sujet et des entretiens eux-mêmes.

La deuxième étape de l'encodage a été plus spécifique à notre méthode d'analyse. En effet, elle a porté sur l'identification de modalités pour chaque catégorie particulière. Ceci dans le double but de pouvoir d'une part, rendre compte des catégories présentes ou absentes dans les téléconsultations comparativement aux consultations. Et, d'autre part d'observer la distribution des téléconsultations et consultations en fonction des caractères, ce qui les réunissent et de ceux qui les séparent.

Nous illustrons précisément dans les paragraphes ci-dessous chacune de ces étapes.

Première étape.

Nous nous sommes familiarisés avec chaque entretien séparément et le moment de la retranscription a été le lieu d'une première exploration. Cette attention s'est construite en deux temps, tout d'abord en accordant une attention flottante (Dumez, 2016) c'est-à-dire sans apporter d'attention particulière à des éléments précis du matériau. Lors de cette étape préliminaire, nous avons isolé à l'intérieur de chaque entretien ce qui relevait de la consultation et de la téléconsultation. Ainsi nous avons attribué à chaque participant deux cas. Un cas pour le récit de la consultation codée « C », et un cas pour le récit de la téléconsultation codé « TC », ainsi un participant est représenté par ses deux récits. Exemple : Le récit de monsieur Jacques Dupont¹³, premier participant interviewé, était codé comme ceci : « C1, TC1 ». Ceci nous a également permis de remplacer l'identité des participants par l'ordre des entretiens. À la suite de cette première familiarisation avec les entretiens, quatre catégories générales ont été identifiées. Ces catégories sont très éloignées entre elles, les trois premières sont issues de nos considérations théoriques c'est-à-dire de la structure gestes-représentations-émotions. La quatrième est issue du matériau même, il s'agit

13 Nom de fiction

de la catégorie « paysage ». Puis, nous avons attribué des nœuds hiérarchiques à ces catégories.

Ensuite, nous avons lu une deuxième fois notre matériau, et avons commencé à apporter une attention spécifique, à encoder chaque entité dans la catégorie générale correspondante, par exemple : TC7 « *J'étais en confiance, je connais le Docteur Christophe depuis plus de vingt ans* ». Nous avons encodé cet extrait dans la catégorie générale « émotions ». Une fois cette première étape effectuée pour l'ensemble des entretiens disponibles (car nous avons échelonné nos entretiens dans le temps). Nous avons comparé les entités encodées entre elles. Cette étape nous a permis de faire ressortir des catégories particulières pour chaque catégorie générale. Nous avons donc associé ces catégories particulières aux nœuds hiérarchiques en créant des « nœuds enfants ». Par exemple dans le cas TC7 : « *J'étais en confiance, je connais le Docteur Christophe depuis plus de vingt ans* », puis dans la TC 3 « *On peut dire que j'étais à l'aise avec ce médecin. Je ne le connaissais pas, mais il remplaçait mon docteur habituel, alors il m'a dit qu'il avait mon dossier médical* » et C 13 « *Ah, mais je n'avais pas peur, j'ai bien suivi tout ce que le médecin m'a dit de faire, c'est un bon médecin, il a soigné aussi mes enfants* ». Nous avons identifié à l'intérieur de la catégorie générale « émotions » la catégorie particulière « confiance », mais aussi « connaissance doc. »¹⁴. Cette organisation de notre codage a permis une double communication entre les nœuds hiérarchiques et les cas. Puisqu'il a été possible de retrouver à l'intérieur de chaque catégorie particulière s'il s'agissait d'un élément perçu lors d'une consultation ou d'une téléconsultation. Et à l'intérieur de chaque téléconsultation ou consultation d'identifier les catégories hiérarchiques dont ils sont composés. Ainsi, il a été possible de faire des requêtes d'encodage matriciel pour mieux analyser le matériau (un exemple de requête est fourni en annexe 4).

Lors de nos entretiens, des éléments nouveaux, que nous n'avions pas prévus dans notre modèle théorique, sont apparus dans les récits des patients. Ces éléments, qui ne relèvent pas directement de l'acte de soin, illustrent les moyens humains ou techniques déployés par les patients pour accéder à la téléconsultation. Ils dessinent l'environnement social et matériel des patients, ainsi que leurs parcours de santé

¹⁴ L'abréviation « Doc » remplace le mot médecin. Nous avons utilisé des abréviations pour nos codes.

effectifs, c'est-à-dire leur prise en charge globale, structurée et continue au plus près de chez eux par un réseau pluri professionnel soudé autour d'interventions prescrites (comme les soins à domicile, l'accompagnement à domicile) ou spontanées (l'aide numérique non prévue dans les plans d'aide à domicile, pour maintenir des relations sociales, ou médicales lors des confinements). Ainsi nous avons décidé de coder ces éléments et de les ajouter, sous forme de dimension supplémentaire appelée « paysage », à notre grille d'entretien afin de voir comment, et si, ils pouvaient être captés par des données hiérarchisées et donc faire partie de notre exercice comparatif entre la téléconsultation et la consultation.

S'agissant de cette catégorie, nous avons procédé de la même manière que pour les autres, par exemple : TC53 « *C'est Justine {aide à domicile} qui m'a montré comment faire pour me connecter* » ou encore TC16 « *Tu la connais {voisine} elle vient aussi à l'association, et bien elle m'a raconté comment ça s'était passé pour elle, ça m'a rassurée* » enfin TC 69 « *Madame Louise {aide à domicile} m'a raconté son expérience, elle avait douté elle aussi au début du confinement ! Mais sa fille, elle en avait déjà fait une. Alors, ça m'a rassurée, elle m'a bien expliqué comment ça allait se passer* ». Nous avons donc développé comme catégories particulières « tiers aidants ».

La liste complète des codes est disponible en annexe (Annexe 5).

Nous voyons donc que tout au long de ces deux temps nous avons cherché à recouper les thèmes, à les mettre en relation, à interroger notre matériau et notre cadre théorique par des allers-retours réflexifs entre nos terrains et notre approche théorique en construction. Nous avons pu observer et analyser les ressemblances et les dissemblances des témoignages à l'intérieur et entre chaque catégorie générale et catégorie particulière. Enfin, nous avons croisé nos catégories entre consultations, téléconsultations, catégories générales et particulières afin de comprendre au mieux ce que nos données nous permettaient de voir, de comprendre. L'apparition de la catégorie « paysage » est une surprise que notre codage nous a réservée et qu'illustre bien le processus que nous décrivons.

À la fin de cette première partie nous avons pu obtenir la structure de notre grille d'interprétation ci-dessous.

Dimensions de l'examen clinique (Malterud, 1995)	Catégories générales (Picard et al, 2013)	Catégories particulières				Dispositifs médicaux	
Human Interaction in clinical context (Balint, 1964)	Gestes	Inspection	Palpation	Percussion	Auscultation	Stéthoscope, Oxymètre, Tensiomètre	
Clinical Judgement (Gross, Lorenz, 1990)	Représentations	Interrogatoire	Aspect global				
Clinical Phylosophy (Pellegrino, 1988)	Émotions	Confiance	Relation	Connaissance doc	Respect	Ecoute	Satisfaction

Tableau 4: Notre grille d'interprétation

Deuxième étape

Cette deuxième étape nous permet d'organiser nos données afin de pouvoir observer quels sont les caractères que les téléconsultations et les consultations partagent. En d'autres termes, cette étape nous a permis d'observer, entre téléconsultations et consultations, qui partage quoi avec qui. Cette étape correspond à l'évolution de notre grille d'interprétation vers ce que les phylogénéticiens appellent une « matrice de caractères », préalable à une hiérarchisation des ressemblances par le moyen d'un arbre le plus cohérent possible. Pour ce faire, nous renommons nos catégories. Les catégories générales deviennent les « dimensions » des consultations et des téléconsultations, et les catégories particulières deviennent des « caractères ». À partir de cette étape, nous recherchons plus précisément la présence, codée « 1 », l'absence, codée « 0 » des caractères ainsi que toutes les autres modalités que nous pouvons identifier. Reprenons les exemples donnés plus haut. Pour les caractères « confiance » et « connaissance du médecin » :

Pour la TC7 : « *J'étais en confiance, je connais le Docteur Christophe depuis plus de vingt ans* ».

Voir l'exemple ci-dessous :

Ici nous avons codé pour les caractères « confiance » 1, et pour « connaissance doc » 1.

Sujets	Ecoute	Relation	Confiance dans le doc	Connaissance doc
TC 7	0	0	1	1

Tableau 5: Exemple de codage pour les caractères "connaissance" et "confiance" pour la TC n°7

Puis dans la TC 3 « *On peut dire que j'étais à l'aise avec ce médecin. Je ne le connaissais pas, mais il remplaçait mon docteur habituel, alors il m'a dit qu'il avait mon dossier médical* ». Nous avons également codé 1 pour « confiance », mais « 0 » pour « connaissance doc ».

Sujets	Ecoute	Relation	Confiance dans le doc	Connaissance doc
TC 3	1	0	1	0

Tableau 6: Exemple de codage pour les caractères "connaissance" et "confiance" pour la TCn°3

Enfin pour la C 13 « *Ah, mais je n'avais pas peur, j'ai bien suivi tout ce que le médecin m'a dit de faire, c'est un bon médecin, il a soigné aussi mes enfants* ». Ici « je n'avais pas peur » nous l'avons interprété comme étant une marque de confiance. Nous avons donc codé 1 pour « confiance doc ». S'agissant de « connaissance doc » nous avons par extension codé « 1 » bien que cela n'ait pas été dit spécifiquement.

Sujets	Ecoute	Relation	Confiance dans le doc	Connaissance doc
C 13	1	Z	1	1

Tableau 7 : Exemple de codage pour le caractère "tiers aidants" pour la C n°13

Nous reprenons également l'exemple du caractère « tiers aidants ».

Pour la TC53 « *C'est Justine, {aide à domicile} qui m'a montré comment faire pour me connecter* ». Nous avons codé non pas la présence ou l'absence, mais la modalité de l'aide. Nous avons donc codé « 1 » ce qui signifie dans ce cas « Tiers aidant SAAD »

Pour la TC16 « *Tu la connais {voisine} elle vient aussi à l'association, et bien elle m'a raconté comment ça s'était passé pour elle, ça m'a rassurée* ». Ici aussi nous sommes intéressés à la personne qui apportait de l'aide, nous avons donc codé « 3 » ce qui signifie « Tiers aidant voisin ».

Sujets	Familiarité avec les	Tiers aidants pour accéder à la TC
TC 16	3	3
TC53	2	1

Tableau 8: Exemple de codage pour le caractère "tiers aidants" pour les TC n°16 et 53

Nous n'avons pas pris ces exemples au hasard, mais pour montrer la complexité de l'exercice auquel nous sommes prêtés. En effet, les récits étant inscrits dans une temporalité et dans une intersubjectivité, les extraits « *verbatim* » ne peuvent pas être complètement étanches entre les dimensions et les caractères. Aussi, chaque participant s'exprime dans un langage qui a du sens pour lui, de ce fait, nous avons interprété certains non-dits, par exemple le fait de nous dire que le médecin soignait aussi ses enfants dans leur petite enfance. Nous avons implicitement compris que cette personne connaissait le médecin en question.

En revanche, si un caractère n'était pas du tout évoqué dans le récit, nous considérons qu'il n'avait pas d'importance pour le participant, ainsi nous avons codé « ? » c'est-à-dire l'élément manquant. Quand un participant nous disait que telle pratique à distance ou en présence n'avait pas de sens, ou ne s'appliquait pas à sa réalité, nous codions « Z ». Ainsi il sera facile de voir que pour la partie « fossiles » le « z » est généralisé au niveau des caractères qui s'intéressent au numérique.

Sujets	Familiarité avec les techno	Tiers aidants pour accéder à la TC
F1	Z	Z
F2	Z	Z
F3	Z	Z
F4	Z	Z
F5	Z	Z
F6	Z	Z
F7	Z	Z
F8	Z	Z
F9	Z	Z
F10	Z	Z
F11	Z	Z
F12	Z	Z
F13	Z	Z
F14	Z	Z
F15	Z	Z

Tableau 9: Exemple de codage pour les "fossiles"

Quand dans la même phrase nous remarquons la coprésence de deux états par exemple : TC52 « *J'ai confiance dans mon médecin, mais pas dans mon ordinateur* », nous avons noté : {1-0}.

Sujets	Ecoute	Relation	Confiance	Satisfaction
TC52	1	0	(1,0)	1

Tableau 10: Exemple de codage pour la co-présence de deux états dans un même caractère

Au sujet des codes utilisés pour marquer les modalités, nous avons dû respecter un nombre de codes maximal dans le logiciel qui a servi aux analyses. Afin de ne pas laisser la place au doute, nous avons donc fait un code book pour chaque caractère. De façon à pouvoir s'y référer spécifiquement.

À la fin de cette étape, nous avons obtenu une matrice de caractères, dont nous reproduisons ci-dessous la partie gestes. Des extraits pour les parties, émotions, représentation et paysages sont accessibles en annexe 6.

La liste exhaustive de tous les caractères ainsi que tous les codes est fournie en annexe 5.

Sujets	Gestes											
	Specialiste	Motifs	Percussion	Se rechauffe les mains	Palpation	Auscultation	Inspection	Inspection - langue	Inspection - couleur de l'œil	Stéthoscope	Oxymètre	Tensiomètre
C 1	1	1	0	Z	1	1	0	Z	Z	1	0	1
TC 1	1	1	?	Z	0	0	0	Z	Z	0	0	0
C 2	1	1	1	Z	1	1	?	Z	Z	1	1	1
TC 2	1	1	0	Z	0	0	0	Z	Z	0	0	0
C 3	1	1	1	Z	1	1	?	Z	Z	1	?	1
TC 3	1	1	0	Z	0	0	0	Z	Z	0	0	1
C 4	1	1	0	Z	1	1	0	Z	Z	1	1	1
TC4	1	1	?	Z	0	?	?	Z	Z	?	?	?
C 5	2	5	?	Z	1	0	0	Z	Z	?	?	?
TC 5	2	6	?	Z	0	0	0	Z	Z	0	0	0
C 6	1	1	1	Z	1	1	1	Z	Z	1	1	1
TC 6	1	1	?	Z	?	0	0	Z	Z	0	0	0
C 7	1	1	?	Z	0	1	?	Z	Z	1	?	1
TC 7	1	1	?	Z	0	0	0	Z	Z	0	0	6
C 8	1	3	1	Z	1	1	0	Z	Z	1	?	1
TC 8	1	4	?	Z	0	0	0	Z	Z	0	6	6
C 9	1	1	1	Z	0	1	?	Z	Z	1	?	1
TC 9	1	1	?	Z	?	0	0	Z	Z	0	0	0
C 10	1	1	1	Z	1	1	?	Z	Z	1	1	1
TC 10	1	1	?	Z	0	0	0	Z	Z	0	0	1
C 11	6	?	?	Z	1	1	?	Z	Z	1	1	1
TC 11	6	6	?	Z	?	?	4	Z	Z	?	?	3
C 12	1	1	1	Z	0	1	0	Z	Z	1	?	1
TC 12	1	1	?	Z	?	?	?	Z	Z	?	?	6
C 13	1	1	0	Z	0	?	0	Z	Z	1	0	1
TC 13	1	1	?	Z	3	?	3	Z	Z	0	1	1
C 14	1	1	0	Z	1	1	?	Z	Z	1	1	1
TC 14	1	1	1	Z	?	2	?	Z	Z	2	1	1
C 15	1	1	0	Z	0	1	1	Z	Z	1	?	1
TC 15	1	1	?	Z	1	2	?	Z	Z	2	2	2
C 16	1	2	?	Z	?	0	?	Z	Z	1	0	1
TC 16	1	2	?	Z	?	?	1	Z	Z	?	?	?
C 17	3	2	0	Z	1	1	1	Z	Z	1	0	1
TC 17	3	1	?	Z	?	?	?	Z	Z	?	?	?
C 18	1	3	0	Z	?	1	?	Z	Z	1	0	1
TC 18	1	1	?	Z	?	?	?	Z	Z	?	5	5
C 19	1	1	0	Z	0	1	?	Z	Z	1	0	1

Tableau 11: Notre matrice des caractères pour les 19 premiers entretiens de la dimension « gestes »

Ci-dessous, un extrait des dix premiers entretiens du fichier source de nos données. Le tableau global comprenant toutes les données recueillies est accessible en annexe 7 (fichier d'entrée Nexus).

À titre d'illustration, nous fournissons un extrait des dix premiers entretiens du fichier Nexus qui a permis l'analyse de nos données par le logiciel PAUP. La

totalité de l'analyse PAUP est accessibles en annexe (Annexe 8).

```
#NEXUS
begin data;
dimensions ntax=175 nchar=35;
format symbols="0123456789AB";
matrix
C1      110?110??101111110111000?1?????????
TC1     117?000??0000100001100000014?????????
C2      111?11????11?11?111111001?1?????????
TC2     110?000??000010100100000003111?????
C3      111?11????1?111111?11?00?1?????????
TC3     110?000??0001101011000000014?????????
C4      110?110??11?110111?11001?1?????????
TC4     117?077????7070?{1,0}110{1,0}11{1,0}10{1,2}61606061
C5      25??100??????10111111001?1?????????
TC5     267?000??0000060{1,0}110?{1,0}?00114?????????
C6      111?111??111111011111?11?1?????????
TC6     11????00??000000{1,0}{1,0}110{1,0}?01{1,0}1{2,3}121?????
C7      117?01????1?1101{1,0}0111?01?1?????????
TC7     117?000??00060010110{1,0}1?{1,0}0114761?????
C8      131?110??1?11111111001?1?????????
TC8     147?000??06060?10010{1,0}1002014763?????
C9      111?01????1?1111?1111001?1?????????
TC9     117??00??0000061110{1,0}1{1,0}{1,0}11{1,2}4?????????
C10     111?11????11?111110111001?1?????????
TC10    117?000??000100{1,0}0010000020221?????61
```

Tableau 12: Fichier d'entrée Nexus.

Afin de garantir la bonne qualité de l'alignement des données que nous avons fournies en entrée et nous permettre donc une bonne qualité de nos interprétations, les caractères « Z » ont été traduits par « ? ».

Conclusion du chapitre 3

Au début de notre travail de thèse, avec l'essor de la pandémie due au Covid-19, les questions relatives à la scientificité des processus de recherche, et particulièrement s'agissant de la production de connaissances, nous ont beaucoup interpellés. Nous avons identifié deux niveaux d'intérêt, tout d'abord le partage des données et leur clarté afin que tout un chacun puisse s'y référer, les critiquer et les faire évoluer. Pour rendre compte de cette démarche, appliquée à notre thèse, nous avons inscrit notre recherche d'une part dans l'approche épistémologique pragmatiste (Peirce, 1931, Dewey, 1938) et dans les études à partir d'entretiens, modalités que peuvent

prendre les enquêtes pragmatistes (Journé, 2007). Et, d'autre part, dans la reconstruction phylogénétique. Ainsi, nous avons pu traiter au sein même de notre recherche la subjectivité du chercheur. Nous avons donc pu aborder directement la relation que la chercheuse a entretenue avec les participants, leur connaissance personnelle en amont de l'enquête. La reconstruction phylogénétique nous a permis d'être transparents dans nos données, les « sortir » de la subjectivité en permettant un codage strict et accessible. Notre enquête n'a donc pas cherché à établir une vérité s'agissant des modifications qu'apporte la téléconsultation à l'examen clinique dans le soin des personnes âgées, mais à donner du sens à une situation afin de guider l'action (Lorino, 2020). De ce fait, nous n'avons pas opposé la théorie et la pratique dans notre dispositif d'enquête, et chaque étape de celle-ci (y compris les articles que nous avons pu élaborer tout au long de ce parcours) est liée à des phénomènes que nous cherchons à expliquer. L'enquête en tant qu'expérience n'est pas seulement logique, elle est aussi narrative (Berthelot, 2021), le processus d'abduction qu'illustre notre méthode de co-construction s'appuie sur cette approche narrative. La co-construction des connaissances, réelles ou imaginées lors des rencontres, nous a permis de proposer des hypothèses nouvelles, dans la tentative de faire sens dans la situation indéterminée, surprenante, dans laquelle nous nous trouvions. La confrontation avec le raisonnement logique et l'expérimentation (Dumez, 2012, Lorino, 2020) nous ont permis d'aborder un nouveau cadre théorique. Et c'est bien cette forme d'inférence théorisée par Pierce (Dumez 2012, Berthelot 2021) qui place notre travail dans le sillon de l'enquête pragmatiste. De plus, au vu des recherches en santé dans lesquelles nous plaçons notre enquête c'est une dimension supplémentaire que nous donnons à notre dispositif. En effet, « *en redonnant à la pensée les dimensions d'une thérapeutique et au récit les vertus d'un soin, cette médecine de soi, comme recherche et non comme science, concrétise les intentions d'une enquête, au sens de Dewey, en visant le double accomplissement du savoir et du pouvoir* » (Hardy et Eneau, 2021, p.41). Puis, le deuxième niveau d'intérêt au sujet de la rigueur scientifique dans la production de connaissances, qui nous a accompagnés dans ce travail, était l'opérationnalisation des dispositifs de construction de connaissances pour permettre aux politiques publiques de s'en approprier. À cette fin, nous avons cherché, élaboré et construit une opérationnalisation de notre cadre théorique permettant de rendre compte des

interactions entre, d'une part les objectifs organisationnels recherchés par la téléconsultation, à savoir l'amélioration du parcours de soin, et puis, par les connaissances produites par l'expérience de téléconsultation. Ainsi, nos données sont organisées et analysées de façon à pouvoir renseigner les acteurs publics au sujet de l'inscription de cette nouvelle pratique de consultation dans les habitudes de soins des personnes âgées et dans l'environnement de vie de ces patients. Ces informations peuvent être utiles pour mieux apprécier et modéliser les changements que la téléconsultation apporte dans l'organisation territoriale de la santé à partir du sens, que lui donnent les patients âgés, dans leur parcours de santé.

Partie 2 — Deux études complémentaires pour observer la numérisation des services en santé et la téléconsultation

Dans notre première partie nous avons décrit l'objet de notre recherche, le cadre interprétatif que nous mobilisons pour l'observer ainsi que notre méthodologie. Nous présentons ici les deux études effectuées pendant notre thèse ainsi que l'analyse spécifique issue des résultats de la deuxième étude. Ces travaux n'ont pas le même questionnement, mais permettent de saisir, dans les QPV, les changements structurels associés à l'apparition du numérique en santé et de la téléconsultation.

Aussi, par ces trois travaux, nous souhaitons illustrer la complémentarité des cadres interprétatifs interdisciplinaires que nous avons mobilisés.

Le chapitre 4 illustre notre étude préliminaire à la thèse. Pour donner suite au recueil du vécu des personnes âgées en situation de précarité (que nous avons présenté dans le chapitre 1) nous avons élaboré un parcours d'accompagnement au numérique visant à améliorer l'accès aux démarches administratives pour l'accès aux droits sociaux en lien avec le passage à la retraite et pour l'accès aux soins (aide personnalisée pour l'autonomie, site internet de la Sécurité Sociale Ameli). Dans le chapitre 5 nous présentons notre étude approfondie qui propose d'observer ce que la téléconsultation produit dans l'examen clinique (la méthode et le codage utilisés pour recueillir et analyser les données issues de ce terrain ont été décrits dans le chapitre 3). La richesse de cette étude, et le fait qu'elle porte la très grande majorité de nos résultats, fait que la taille de ce chapitre est largement supérieure à celle des chapitres 4 et 6. Le chapitre 6 illustre notre analyse spécifique d'une dimension particulière issue de notre étude approfondie. Celle-ci regarde l'évolution des métiers du soin, et plus particulièrement celui des aides à domicile, au travers de la numérisation de ces métiers. Elle propose de mettre en évidence l'influence du recours au numérique pour accéder au soin sur la perception que les patients ont des professionnels de l'aide à domicile qui les ont assistés à cette occasion. Cette étude mobilise les mêmes données que notre terrain de thèse. En effet, parmi les 80 personnes interrogées, une partie d'entre elles (28) nous ont dit avoir bénéficié de l'aide des aides à domicile pour accéder aux soins et plus spécifiquement à la téléconsultation dans la période de mars à décembre 2020. Cet article se limite donc

à ce sous-échantillon. Le chapitre 4 et le chapitre 6 ont fait l'objet de publications. L'étude approfondie au sujet de la téléconsultation que nous présentons dans le chapitre 5 a, quant à elle, fait l'objet d'une présentation aux colloques Airmap 2021 et Aramos 2021. L'étude préliminaire a été publiée dans la revue *Retraite et Société* (revue académique publiée par la CNAV) en 2021 et, l'analyse spécifique a été publiée dans la revue *Management & Avenir Santé* à l'été 2022.

Nous présenterons tout d'abord une synthèse de nos terrains et de nos résultats. Puis, pour chaque étude, une introduction générale qui dessinera les grandes lignes et les points saillants de ces travaux. À la suite de cela, nous laisserons la place aux articles pour l'étude préliminaire et pour l'analyse spécifique. Pour l'étude approfondie, nous présenterons en détail ses résultats.

CHAPITRE 4 — ÉTUDE PRÉLIMINAIRE : MÉDIATION

NUMÉRIQUE PAR LES PAIRS CONTRE LE NON-RECOURS AUX DROITS DES AÎNÉS. UNE EXPÉRIENCE DANS LES QUARTIERS POLITIQUES DE LA VILLE DE PARIS

Introduction

Ce chapitre s'organise en deux temps. Dans un premier temps nous présentons le contexte et le terrain de notre étude préliminaire. Pour ce faire, nous portons un regard documenté sur le vieillissement et ses enjeux sociaux et de santé. Nous parlerons du vieillissement démographique ainsi que de la gérontologie, et de la façon dont elle incarne, territorialement, ces enjeux, tant du côté des personnes âgées (patients ou familles) que des professionnels de santé. Notre ambition est de parcourir les politiques publiques gérontologiques, c'est-à-dire qui s'occupent du vieillissement, à partir du moment où cette donnée démographique a commencé à s'imposer dans le débat public et plus spécifiquement à partir de la canicule de l'année 2003. Puis, dans un deuxième temps, nous laissons la place à l'article, publié en français et en anglais en 2021 dans la revue *Retraite et Société*. Cette revue interdisciplinaire traite du vieillissement sous différents angles, économiques, sciences politiques, droit, anthropologie et ne suit pas les classements des revues scientifiques telles que les sciences de gestion ou la médecine le font. Pour autant, il s'agit d'une revue académique à comité de lecture, qui propose des contributions nationales et internationales. Elle est accessible sur le site Cairn.

4.1 Contexte et terrain de l'étude : vieillissement démographique, défis sanitaires et sociaux

Au niveau national : le vieillissement, une accélération des dépenses en santé ?

La littérature suggère que le vieillissement démographique est un fait qui commence à poser des défis de gouvernance, sanitaires et sociaux (Monod, 2018, Chanial, 2021). En France, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 18,8 % de la population et les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études

économiques (INSEE) nous disent qu'au 1er janvier 2050, si les tendances se confirment, 1 habitant sur 3 sera âgé de plus de 60 ans (contre 1 pour 5 en 2005). La part des dépenses en santé a augmenté dans le PIB depuis les années 1950 de près de 5 % par an en moyenne. À titre d'exemple, en 2012, la France a consacré 11,2 % du PIB aux soins de santé, contre 5,4 % en 1970. En outre, les dépenses en santé semblent augmenter avec l'âge. Selon l'INSEE, entre 60 et 69 ans, elles sont deux fois plus élevées que la moyenne, et près de quatre fois plus pour les personnes de plus de 70 ans. Au total, les personnes de plus de 60 ans consomment plus de 40 % des soins de ville, et le coût moyen de l'ordonnance apparaît lié à l'âge du patient. Parallèlement, les estimations de l'INSEE nous disent que la part des 75 ans augmentera de 72 % d'ici 2060, la France comptera alors 200 000 centenaires, soit treize fois de plus qu'aujourd'hui. Le système sanitaire est donc marqué par l'augmentation des maladies chroniques (Grimaldi, 2017). En effet, le vieillissement se caractérise par une suite d'états de santé chroniques et complexe, les syndromes gériatriques, dont la survenue augmente avec l'âge. La perte d'indépendance fonctionnelle des personnes âgées est un phénomène qui se développe. Au 1er janvier 2018, on estimait à 1 265 000 bénéficiaires de l'Allocation pour l'Autonomie (APA). On estime à 673 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile en situation d'incapacité plus ou moins forte. Les prévisions parlent de 2 millions de personnes dépendantes en 2040. Les besoins en soins et en accompagnement vont donc beaucoup augmenter (Monod, 2018).

Des personnes âgées plus pauvres et plus seules en milieu urbain ?

Le vieillissement a aussi un impact économique au niveau individuel, puisque L'Insee (2022) nous alerte au sujet du fait que les personnes en déficit fonctionnel sont plus souvent que les autres confrontées à la pauvreté. Les Petits Frères des pauvres observent que de plus en plus d'hommes âgés entre 55 et 65 ans entrent dans « une spirale descendante après avoir perdu leur emploi, leur logement », mais aussi les femmes de plus de 75 ans qui ont de faibles retraites. Au sujet de la retraite, le minimum vieillesse (ASPA) de, 953,45 € mensuels maximums touchés par 600 000 personnes, est équivalent au seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian (918 € mensuels depuis 2019) et inférieur au seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian (1102 € mensuels au 1er janvier 2022) (*ibid.*).

L'isolement relationnel s'accroît pour les personnes âgées de 75 ans et plus, une personne sur quatre déclare être seule. Ce phénomène s'amplifie dans les grandes villes, où l'on dénombre 33 % des personnes âgées de 75 ans et plus en situation d'isolement. Quand ces personnes âgées résident en habitat social, les chiffres sont encore plus alarmants, car 15 % d'entre elles sont isolées, contre 11 % en parc locatif privé. La perte d'autonomie ou le handicap sont cités comme étant à 10 % à l'origine de cet isolement. Enfin, les études montrent que la pauvreté a un impact majeur dans l'isolement.

Pourtant, parler de l'avancée en âge en brandissant le spectre de la dépendance (et de son impact économique) occulte le fait que le vieillissement est un phénomène progressif et qu'il est possible de l'accompagner, et de prévenir certaines modifications qu'il engendre. En France, une politique de santé publique spécifique aux personnes âgées a été mise en place autour du plan national « Bien Vieillir » (2003), il s'adresse aux personnes de plus de 55 ans afin d'organiser une prévention ciblée visant à promouvoir « *une vie active et adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités* » (Crignon-De Oliveira, 2010). Cependant, il existe peu de données concernant l'inscription des personnes âgées vivant en situation de précarité dans ces parcours de prévention.

Le Schéma Régional de Prévention (SRP) préconise de « construire des passerelles adaptées dans le but d'anticiper et mieux prévenir les conséquences du vieillissement pour une meilleure qualité de vie ».

La Ville de Paris, où est implantée la fédération de l'UNRPA a engagé, en 2016, des dépenses qui s'élèvent à 17 % de son budget, soit 314 M€, au titre des aides sociales et de solidarité pour les personnes âgées. L'APA s'établit à 151 M€ auxquels s'ajoutent 144 M€ pour l'aide à l'hébergement des personnes âgées. Ces chiffres sont en augmentation par rapport aux dépenses de 2015 (+ 9 M€).

En 2008, le Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) a pointé une évolution démographique du logement social et son occupation par un nombre important de personnes âgées, avec une surreprésentation des femmes âgées, voire très âgées. Les quartiers présentant les plus forts taux de personnes âgées sont souvent ceux qui comportent une part importante de logement social, ce qui est une caractéristique

des QPV. L'accès aux soins constitue un véritable problème pour les personnes âgées précaires (dépassement d'honoraires, couverture mutuelle). De plus, leur exposition forte et prolongée à des risques psychosociaux ou à des métiers pénibles les rend plus fragiles face à l'avancée en âge. Ces quartiers accueillent des personnes âgées qui ont moins de ressources et qui sont davantage exposées à la précarité que dans le reste de Paris : 1 120 personnes de plus de 75 ans bénéficient du minimum vieillesse, soit 5,5 % (4 % à Paris). 1 575 personnes bénéficient de l'allocation Paris Solidarité, soit 6,5 % de la population âgée (moins de 4 % à Paris). 1 000 personnes bénéficient de la complémentaire santé Paris, soit 4 % des personnes (2,5 % à Paris). Enfin, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est davantage sollicitée : 1 428 personnes de plus de 75 ans, soit 11,5 % (8,7 % à Paris). Dans le QPV « Grand Belleville » qui couvre trois arrondissements (10^e, 11^e, et 20^e) où se situe le siège de l'UNRPA-Paris, l'offre en professionnels de santé libéraux est globalement déficitaire, et ce sur la plupart des types d'offre (Chanial, 2021). La densité en médecins généralistes y est de 7 pour 10 000 habitants contre 33 pour 10 000 dans le 7^e arrondissement. De plus, sur les 128 médecins généralistes de ce quartier, très peu assurent des consultations à domicile, ce qui pose problème dans le parcours de soins des personnes âgées.

Il apparaît donc que la prise en charge d'une part de la perte d'indépendance fonctionnelle et des syndromes gériatriques, et d'autre part de la précarité liée au vieillissement et de l'allocation de ressources économiques, est multidimensionnelle et demande un décloisonnement des secteurs médicaux, médico-sociaux, et sociaux.

Politiques publiques gérontologiques et management public territorial : modernisation de l'action publique liée au vieillissement.

Le pilotage des politiques publiques, dont celles de la santé, selon les principes du New Public Management (NPM) (Christensen, Fimreite et Laegreid, 2007) est au cœur de toutes les réformes en matière de gouvernance et de conduite des politiques publiques (Sebai et Yatim 2018). La recherche de l'efficacité et la concentration sur les besoins et la satisfaction des patients sont au cœur de ces conduites (ibid.). Dans le secteur gérontologique, nous pouvons l'observer par le prisme du cadre théorique du vieillissement en santé. Ce modèle est développé par l'OMS en 2016, et met l'accent sur la nécessité de vieillir en bonne santé, tout en restant actif. Ce faisant

l'OMS illustre le rôle que les systèmes de santé jouent dans ce cadre conceptuel. Il s'agit de « viser des systèmes intégrés, adaptés et modulables selon les capacités de la personne visant au maintien des aptitudes fonctionnelles ». Pour ce faire, le vieillissement en santé propose une approche institutionnelle fondée d'une part sur une organisation territoriale intégrative et d'autre part, une approche préventive basée sur la responsabilité individuelle. En France, l'organisation territoriale répond à la prise en charge de la dépendance, notamment dans la composante organisationnelle du parcours de santé pour le maintien à domicile.

L'approche institutionnelle du vieillissement en santé s'appuie donc sur la recherche de solutions portées par les politiques publiques « visant à moderniser les domaines d'action publique liés au vieillissement » (Viriot-Durandal et Scheider 2016). En France, ce processus a été amorcé en 2009, avec la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST). Cette dernière ouvrait un large champ de compétences aux Agences Régionales de Santé (ARS), qu'on a chargées d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins, en installant un pilotage unifié du système de santé. Dans le cadre de cette loi, il est à noter une évolution intéressante quant à la définition de la notion de performance. En effet, Lemaire et Nobre (2013) montrent que l'optimisation des ressources, dans le champ médico-social, qui est celui dans lequel l'accompagnement du vieillissement se déroule, s'ajoute à la recherche de la qualité. Ce faisant, il donne lieu à un désapprentissage de la définition ancienne de la performance au profit d'une nouvelle, qui se définit par une « performance globale et multidimensionnelle incluant des objectifs financiers » (ibid.). De fait, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2016 est votée dans un contexte de diminution de la dépense publique et, pour ce faire, un cadre est donné avec le déploiement d'approches à visées intégratives sur la base de guichets intégrés (Somme et al., 2013). Ce cadre s'installe et se spécifie tout au long des différents schémas gérontologiques.

La démarche de responsabilisation individuelle, qui passe par le développement de programmes de prévention de la perte d'indépendance fonctionnelle, s'inscrit dans une approche « préventive en matière de santé en direction des individus eux-mêmes » (ibid.). Cette approche promeut l'adoption de comportements favorables et protecteurs pour la santé du point de vue physique, mental, social, et environnemental. La littérature nous dit qu'elle s'articule au travers du paradigme

néoclassique de la responsabilité individuelle (conscientiser le patient au sujet de son comportement et de l'impact économique, lui faire adopter un comportement « correct » sur le plan sanitaire, lui faire adopter une attitude « compliant » (Léonard, 2013). De cette façon, les personnes âgées sont invitées à vieillir en santé en pratiquant le vieillissement actif sur la base de normes autour desquelles construire la prévention de la perte d'indépendance fonctionnelle. Cette prévention est conçue sous forme de programmes. L'ensemble des programmes de prévention de la perte d'autonomie sont coordonnés territorialement, à l'échelle des départements par la Conférence des Financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans. Cette conférence, en plus d'être le cadre de gouvernance et d'élaboration de la stratégie préventive au niveau territorial est aussi financeur, sous forme de financements par projets, des actions de préventions portées par les acteurs territoriaux sociaux, associatifs et privés de type start-up. Certains auteurs parlent d'une expansion du domaine de la santé au vieillissement. En effet en affirmant la nécessité de vieillir en bonne santé et en l'associant à des parcours de prévention, toutes les activités qui sont proposées (activités physiques adaptées, aménagement du domicile, promotion du numérique en santé) s'inscrivent dans une bio légitimité (Moulaert, 2018), puisque, d'une part les activités proposées le sont après une évaluation des besoins des personnes âgées par le médecin majoritairement, à titre d'illustration les activités physiques sont prescrites par le médecin, au moyen du dispositif Prescri'forme, (Plan National Santé Bien-Être, 2017), et que d'autre part, toutes ces activités tendent à augmenter des capacités fonctionnelles (Moulaert, 2018). C'est donc au cours d'un processus de médicalisation qui a commencé par un cadrage du problème en termes médicaux (Delalandre et Collinet, 2018) et qui s'est accompagné par la mobilisation d'un savoir spécialisé que les programmes de prévention ont été adoptés comme réponse préventive à la dépendance.

Politiques publiques gérontologiques guidées par des résultats probants et médecine industrielle.

L'approche théorique du vieillissement en santé, portée par l'OMS, fait évoluer le langage et passe des enjeux de la vieillesse (un état) à ceux du vieillissement (un processus). Les rapports successifs de l'OMS, insistent sur la nécessité de nouvelles connaissances sur le processus du vieillissement et pour ce faire l'Organisation

Mondiale de la Santé, ancre son propos sur des bases solides de recherche et d'evidence-based (Moulaert, 2018). Cela pour deux raisons, la première, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des politiques publiques, et la deuxième afin d'impulser de nouvelles pratiques professionnelles qui reposent sur une dynamique de résultats probants (Couturier et al., 2013). Au niveau de l'organisation territoriale du vieillissement en santé, cette recherche de résultats probants se cristallise d'une part autour et de la création de structures gérontologiques de type Maia, Clic, la Maison des Aînés et des Aidants. Et, d'autre part par une culture de l'évaluation au niveau des Services d'aides à domicile (SAAD), des soins infirmiers à domicile (SSIAD). Mais aussi un niveau du regroupement de professionnels (évaluateurs APA, gestionnaires de cas). Plus spécifiquement, tous les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées en situation de perte d'indépendance fonctionnelle doivent fonder leur pratique sur la mutualisation des systèmes d'informations, d'analyses, d'évaluations et de coordinations entre tous les professionnels mobilisés autour de la personne. Ce faisant, ces gestionnaires et évaluateurs de situations de vieillissement complexes peuvent, au moyen de résultats issus de processus standardisés et normalisés, poser un diagnostic qui détermine l'intégration dans les dispositifs médico-sociaux de la personne âgée en perte d'indépendance fonctionnelle. Au niveau de la dynamique préventive, le vieillissement actif, propose une responsabilisation individuelle, d'une part en conscientisant le patient au sujet de son comportement et de son impact économique, puis, de lui faisant adopter un comportement « correct » sur le plan sanitaire, enfin de lui faisant adopter une attitude « compliant » (Léonard, 2013). Dans ce cadre, la personne âgée est mise au centre du dispositif de prévention, sous-tendu par l'inscription volontaire de la personne dans les programmes qu'il propose. De ce fait, la prévention de la perte d'indépendance fonctionnelle, en plus de faire partie des textes relatifs au vieillissement en santé, se traduit de façon concrète par la mise en place de programmes de prévention spécifiques. Ces programmes pour être financés doivent faire la preuve de leur efficacité en se conformant à un cahier des charges, lui-même normé au niveau des indicateurs et des outils d'évaluation à utiliser. Le promoteur doit donc structurer, harmoniser et standardiser ses actions afin qu'elles soient évaluables. Pour ce faire, la durée des programmes et la

fréquence des ateliers doit être la même pour tous les promoteurs, et les tests utilisés pour mesurer l'efficacité des actions doivent être normalisés.

De ce fait, les programmes financés et donc présents sur les territoires correspondent à des actions qui répondent à des normes imposées indépendamment des caractéristiques, spécifiques des territoires, et donc des personnes à qui elles s'adressent.

L'approche intégrative des réseaux gérontologiques vise à développer et structurer le parcours de santé, dont une des composantes principales est le maintien à domicile. Si de nombreuses enquêtes ont démontré que rester vivre à son domicile est avant tout un souhait de toutes les personnes handicapées, quel que soit leur âge, le choix du maintien à domicile repose cependant, sur la possibilité d'être accompagné d'aides à domicile et de disposer d'un environnement social riche. L'Aide personnalisée à l'autonomie (APA) est une aide économique qui sert à payer (en totalité ou en partie) les dépenses nécessaires pour rester à domicile. Cette aide est subordonnée à une évaluation qui est accompagnée par un outil de mesure standardisé, la grille AGGIR. Il s'agit d'une grille de mesure de la dépendance qui définit des GIR. Ces groupes correspondent à un niveau de perte d'indépendance fonctionnelle, et permettent d'établir, de façon optimale, l'allocation des ressources vis-à-vis de la situation observée. Parallèlement à cette grille, d'autres outils d'analyse de situation et de repérage de syndromes gériatriques sont utilisés par les gestionnaires de cas, et les assistants sociaux, dans le but d'optimiser la coordination de la prise en charge à domicile.

Or, la littérature propose d'une part, une lecture critique de la composante évaluatrice telle qu'elle est conçue pour la dépendance et pour la promotion des programmes de prévention de la perte d'indépendance. Et d'autre part, une lecture critique aussi du vieillissement en santé. Tout d'abord, la littérature souligne le fait que l'évaluation de la dépendance s'applique essentiellement aux personnes âgées qui ont besoin d'une prise en charge économique des aides qui leur permettront de rester à domicile. De ce fait, la principale critique porte sur les différents niveaux du rapport de force que cette évaluation crée. Le premier niveau porte sur la capacité de négociation, en effet la personne qui exprime le besoin d'aide est en position de faiblesse devant l'intervention d'experts. Puis, le deuxième niveau du rapport de force porte entre la sphère médicale et sociale s'agissant de l'outil AGGIR, et de sa

vision « d'incapacité » de la personne. Enfin, le dernier niveau porte entre les politiques et leurs bénéficiaires (Ennuyer, 2001).

S'agissant du vieillissement en santé, différents auteurs notent le caractère contradictoire dans la gestion de ce modèle théorique. En effet, la vision évaluatrice et de contrôle liée au maintien à domicile est en opposition avec le modèle de responsabilité individuelle lié aux programmes de préventions qui sont proposés. D'ailleurs, il est à noter la discordance sémantique employée autour du vieillissement en santé qui fonde son action d'une part, autour du maintien à domicile, qui renvoie à une vision de prise en charge, et d'une part, autour de la promotion du bien-vieillir, qui renvoie à une vision d'autonomie. La réponse institutionnelle du vieillissement en santé s'articule donc territorialement d'une part au moyen de dynamiques intégratives des réseaux gérontologiques accompagnées d'outils standardisés qui permettent d'évaluer la dépendance d'une personne âgée. Le degré de dépendance déclenche une prise en charge financière des aides au maintien à domicile. D'autre part, elle s'articule au moyen de dynamiques préventives, sur la base de programmes de prévention, qui reposent sur la responsabilité individuelle et le changement de comportements en santé. Ces programmes s'articulent autour d'un regard médical et mobilisent des outils cliniques d'évaluation de l'efficacité, dont les résultats probants déclenchent le financement de ces actions.

Il apparaît donc que la gestion du vieillissement au niveau territorial est associée à deux dynamiques, une territoriale, et l'autre préventive. Celles-ci qui découlent de la vision du vieillissement en santé, c'est-à-dire, un vieillissement sans incapacités, réussi. Cette gestion gérontologique semble donc avoir un impact dans l'organisation territoriale des services sociaux, médico-sociaux et associatifs qui interviennent auprès des personnes âgées et de ce fait, impactent directement les bénéficiaires, et particulièrement celles et ceux d'entre eux qui ont recours aux aides économiques, des politiques publiques gérontologiques.

En effet, la littérature met en avant que bien que le vieillissement en santé ait proposé une alternative au vieillissement « dépendant », les perspectives qu'il propose sont subordonnées à l'accès aux différents types de ressources. De ce fait, on observe un décalage structurel entre les opportunités mises à disposition par les institutions sociales (services gérontologiques de proximité, d'aide et de soins à domicile,

programmes de prévention), et la capacité des personnes les moins représentatives du vieillissement en santé (pauvres, en situation de handicap psychique, maladies neurocognitives) à s'en saisir (Riley, 1972).

L'ensemble des processus standardisés et des outils déployés, qu'ils soient en lien avec l'évaluation de la dépendance, ou avec les programmes de prévention, créent une forme de tension entre ce que la littérature appelle « l'éthique et la performance » (Bartoli et al., 2011). Ainsi si la gestion de l'efficacité publique au moyen d'outils standardisés semble avoir une nécessité stratégique au vu du vieillissement démographique, elle semble avoir un coût et des répercussions sociales. Notamment vis-à-vis des personnes âgées dont le vieillissement ne correspond pas au modèle du vieillissement en santé, sur lequel reposent les politiques publiques gérontologiques. La description de cette tension, qui met en opposition le sens, c'est-à-dire ce pour quoi les politiques gérontologiques existent, et le management, nous emmène à nous interroger sur la place des individus, professionnels de santé et personnes âgées bénéficiaires des politiques publiques gérontologiques, dans ce système de gestion.

Nous partons de cette tension pour observer l'organisation territoriale de santé, et plus spécifiquement ce que la télémédecine (et particulièrement la téléconsultation) produit dans l'organisation des soins de premiers recours. En effet, la gérontologie et les modèles issus de l'EBM qui y sont associés, sont une unité d'observation pertinente à la fois pour observer le rôle et les mécanismes du management public mis en œuvre dans la gestion territoriale et préventive du vieillissement démographique, mais aussi pour observer le développement de la santé numérique, qui s'inscrit, se faisant, dans le cadre d'une industrialisation des services (Maclouf et Fabrègues, 2016) de santé. Cette notion, plus connue sous la forme de « médecine industrielle » diffusée par l'économiste Claude Le Pen (Grimaldi, 2013) est associée à des formes de médecine très spécialisée (on pense à la chirurgie, cardiaque, du cerveau). Ce concept s'accompagne de nouveaux modes de gestion publique « fondés sur la preuve » (Grimaldi, 2018), en référence à l'EBM. Ces nouveaux modèles tendent à standardiser les pratiques soignantes et encadrer celles-ci par des procédures (Azria, 2013). Pour rendre compte de ce phénomène, certains auteurs distinguent désormais deux typologies de professionnels de santé. D'une part le « médecin-artisan » (Grimaldi, 2018, Maclouf, 2018) dont la pratique repose « sur

le colloque singulier, l'examen clinique et le partage d'expérience entre professionnels », et, d'autre part, le « médecin-ingénieur », davantage vu comme un producteur d'actes standardisés reposant sur des systèmes protocolaires de soin. Cependant la médecine, n'est pas une catégorie homogène. Mais elle se décline en fonction des besoins de la population. Ainsi, le processus de standardisation et l'opposition d'une médecine artisanale à une médecine industrielle sont peu représentatifs de la réalité de la santé. André Grimaldi (*ibid.*) envisage la médecine selon trois types. La médecine du quotidien, qui relève des affections bénignes, sans difficulté. La médecine de l'aigu qui repose sur des actes graves, et des gestes techniques. Qui nécessite des plateaux techniques lourds. Une partie de cette médecine pourrait être concernée spécifiquement par la « médecine industrielle ». Enfin, la médecine des maladies chroniques, qui correspond aux enjeux épidémiologiques, de vieillissement démographique de notre époque. Le portrait de la médecine industrielle pourrait être peint selon trois facettes, les systèmes économiques bien sûr, la tarification du soin et le management qui en découle. Du point de vue économique, deux tendances se rencontrent pour financer la santé, la régulation publique, et la régulation du marché (Domin, 2013, Grimaldi, 2013). La régulation publique est l'action par laquelle une enveloppe budgétaire est accordée afin de maintenir durablement un système économique ou social. La régulation de marché, inversement, fait reposer le financement du secteur (ici de la santé) sur des mécanismes d'offre et de demande. La mise en concurrence avec l'apparition de notions telles que patients « consommateurs de soins » fait porter le coût du système de santé sur les ressources individuelles des patients (Batifoulier, 2013) avec le paiement de reste à charge plus ou moins importants selon l'offre de protection associée aux mutuelles privées du secteur. Ce modèle est le modèle à partir duquel se développe le système de santé anglais, ou américain. André Grimaldi, fait remarquer que ce mécanisme est inadapté à la santé au vu du fait que les patients associent un coût élevé à un meilleur soin. La notion de patient « éclairé » n'est donc pas pertinente s'agissant de la préservation de sa propre santé ou de celle de ses proches. Puis, les réformes de la santé ont instauré un modèle de financement pour la prise en charge hospitalière qui tend à faire émerger la concurrence entre établissements. Il s'agit de la tarification à l'activité (T2A). Cette tarification a été généralisée en 2008. Elle permet le financement des gestes médicaux, techniques,

standardisés et programmés, elle développe l'activité des établissements. En effet, son principe consiste à rémunérer les établissements en fonction de leur niveau d'activité. Ce niveau est mesuré par groupe homogène de malades. Ainsi elle peut conduire les hôpitaux à augmenter leur activité dans les secteurs les plus intéressants de la T2A. Elle est de ce point de vue un outil plus transparent pour le financement de la santé. Néanmoins, elle ne finance ni l'investissement vis-à-vis de l'innovation médicale ou même l'entretien des bâtiments. Elle ne rémunère pas le temps médical. Plus largement elle est inadaptée aux soins complexes, chroniques, où la relation médicale, le temps de soin non programmé, l'accompagnement sont au cœur du soin (par exemple les programmes d'éducation thérapeutique (ETP)). Enfin, le management associé à cette « médecine industrielle » est fortement représenté dans ce champ (Minvielle, 2003) par la démarche qualité qui permet de contrôler la performance, non seulement du point de vue des finances, mais aussi du point de vue du service rendu aux patients, des établissements. Les métiers aussi sont touchés par cette vision industrielle de la santé. Le temps de soin au chevet des malades est réduit ainsi que les effectifs (Docteurs Blouses, 2013). La crise du Covid-19 a permis d'illustrer, *in vivo*, ces mécanismes et leurs conséquences sur la prise en charge des patients, et des personnes âgées dépendantes en EHPAD. La télémédecine et la téléconsultation particulièrement, s'inscrivent donc dans un environnement complexe et en évolution. Elles pourraient donc s'inscrire dans l'évolution de la médecine industrielle, qui, avec l'arrivée des nouvelles technologies, devient une médecine numérisée. Dans ce cadre, la numérisation des services prendrait le pas sur l'industrialisation des services (Cohen, 2022) dans le sens où, la recherche d'efficacité économique et organisationnelle ne reposerait plus sur la productivité, mais sur les interactions au cœur des services de santé, ce que permet de faire la consultation à distance en limitant les rencontres physiques et en contraignant les relations entre le médecin et le patient associées à cette pratique. Pour autant, l'essor de la téléconsultation, avant la crise sanitaire du Covid-19 était très limité. Nous proposons donc de voir, dans le chapitre suivant, comment le numérique en santé et la télémédecine s'inscrivent dans les évolutions du modèle organisationnel de la santé, mais, plus spécifiquement dans celui des soins de premier recours.

4.2 Article : Accompagner les personnes âgées à l'utilisation des services publics en ligne



point sur

Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés

Une expérience dans les quartiers
prioritaires de la politique de la ville

Élisa Chaniel – Doctorante en sciences de gestion. Laboratoire de recherche en sciences de gestion Panthéon-Assas (Largepa), université Paris 2, Panthéon-Assas
Directrice de l'Union nationale des retraités et des personnes âgées (UNRPA), Paris

Les habitants âgés du quartier du Grand Belleville, à Paris, sont confrontés à une fragilité monétaire et sociale qui s'accompagne de pratiques numériques restreintes. Dans ce cadre, la numérisation des administrations peut être un facteur supplémentaire d'exclusion et de non-recours aux droits sociaux. Comment favoriser, alors, une appropriation du numérique, afin de réduire le non-recours aux droits dans ce quartier ?

Cet article présente la démarche et les principaux résultats d'une recherche participative conduite en 2018 et en 2019 au sein de l'Union nationale des retraités et des personnes âgées (UNRPA) de Paris, dans le quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) du Grand Belleville. Celle-ci avait pour objectif de comprendre comment et dans quelle mesure la participation à un parcours de médiation numérique par les pairs conduit à une meilleure sollicitation en ligne des droits à la retraite ou aux aides financières facultatives mises en place par le centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP). Après avoir présenté les spécificités de ce quartier, emblématique de la difficulté d'accès aux droits, l'article présente la démarche mise en place, puis les principaux résultats :

2

Le non-recours des personnes âgées aux droits et aux services

un accès aux droits favorisé, un parcours dans l'usage du numérique moins standardisé, et un lieu de sociabilité.

Constat : un quartier emblématique de la difficulté d'accès aux droits par le numérique

Un quartier pauvre qui vieillit

Le Grand Belleville, à cheval entre les X^e, XI^e et XX^e arrondissements de Paris, est un quartier relativement homogène en termes d'habitat, de densité de population et de caractéristiques socio-économiques. Avec 32 000 habitants dans 800 immeubles d'habitation, le quartier compte 23 % de logements sociaux (Apur, 2010). Les indicateurs de précarité montrent qu'un habitant sur cinq est à bas revenus (Adil, 2019), soit deux fois plus que la moyenne parisienne ; le chômage y est également plus fréquent : la part d'actifs inoccupés s'élève à 24 % dans ces quartiers, contre 16 % à Paris (Apur, 2019a). La structure socio-économique du quartier est marquée par une proportion importante d'employés (30 %) et des ouvriers (10 %). Le nombre de bénéficiaires du RSA est deux fois supérieur à la moyenne parisienne (13 % versus 6 %) [Apur, 2019a].

Le vieillissement important des QPV est documenté depuis le début des années 2000 (CGET, 2017) ; il est en moyenne plus marqué à Paris (17 % de personnes âgées de 65 ans ou plus) que dans le reste de la France (14 %) [Apur, 2019a]. Or, ces personnes sont en moyenne davantage concernées par la pauvreté que les Parisiens du même âge. Ainsi, 6 % des personnes de plus de 75 ans bénéficient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa, ex-minimum vieillesse), contre 5,2 % à Paris (Drees, 2021), et 7 % de la population âgée bénéficie de l'allocation Paris Solidarité (moins de 4 % en moyenne dans la capitale) [Apur, 2012]. Dans ce quartier, le vieillissement se déroule donc davantage en situation de pauvreté monétaire.

Enfin, ce quartier est marqué par les situations particulières de vieillissement des personnes immigrées : leurs parcours sont caractérisés par des difficultés liées à la maîtrise de la langue et à la régularisation de leur séjour, ce qui peut freiner le recours aux aides et aggraver les ruptures de droits sociaux.

Un déficit d'accès à l'offre publique administrative

Les administrations, afin d'améliorer leur efficacité et de simplifier les démarches des particuliers et des entreprises grâce à internet, ont progressivement dématérialisé les procédures. Ainsi, la demande de retraite en ligne, mise en place en 2017, représentait environ un tiers des dépôts de dossiers au régime général en janvier 2019.

Cependant, le développement de l'accès numérique aux services publics induit une fermeture ou une moindre disponibilité des guichets d'accueil administratifs. Par exemple, le nombre des accueils de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) diminue : au moment de l'enquête, il existait 31 agences instructrices en France, contre 170 au début des années 2000 (Cours des comptes, 2019).

Or, en situation d'isolement, les pratiques numériques sont restreintes (Petits Frères des pauvres, 2018), tout particulièrement pour les personnes confrontées au manque d'autonomie numérique, c'est-à-dire à l'absence de possibilités d'accès aux outils numériques (dont l'équipement) et à la maîtrise de ceux-ci. De plus, les difficultés liées à l'expression écrite et orale des personnes âgées, notamment immigrées, constituent une barrière supplémentaire pour l'accès aux droits via ces outils. La numérisation des administrations apparaît alors comme un facteur d'exclusion et de non-recours aux droits sociaux pour ceux qui cumulent précarité sociale et précarité numérique, alors même que les enquêtes du Défenseur des droits (Défenseur des droits, 2019) préconisent de conserver plusieurs modalités d'accès aux services publics. Cela confirme la nécessité d'une politique de la ville portant une attention particulière au processus d'exclusion numérique, processus multifactoriel et dont l'âge n'est qu'un des déterminants. En complément, le Défenseur des droits (*ibid.*) préconise de renforcer la complémentarité entre travailleurs sociaux et intervenants bénévoles pour favoriser l'accès aux droits. C'est dans ce cadre que s'inscrit cette recherche participative menée au sein de l'UNRPA, association particulièrement sollicitée sur les problèmes d'exclusion numérique des personnes âgées (encadré 1).

ENCADRÉ 1

Présentation de l'UNRPA

L'Union nationale des retraités et des personnes âgées (UNRPA), précédemment dénommée « Union des vieux de France » (UVF), est créée en 1945. Comptant aujourd'hui plus de 100 000 adhérents, et présente dans toutes les régions françaises, elle promeut la solidarité et défend les intérêts des personnes âgées et des retraités.

La fédération de Paris existe depuis 2009, et se situe dans les quartiers « politique de la ville » du Grand Belleville. Elle encourage la santé et la solidarité pour lutter contre la précarité sanitaire et sociale des personnes âgées défavorisées. Elle compte 280 adhérents, et est reconnue pour son action par les pouvoirs publics.

Cette association agit sur les problèmes d'exclusion numérique des personnes âgées. En 2019, elle a ainsi reçu 1 400 demandes d'aide à l'accompagnement administratif. Sur ces demandes, 70 % concernaient l'utilisation du numérique pour initier ou finaliser une démarche administrative ; la moitié d'entre elles portait sur le suivi en ligne d'une démarche déjà commencée de façon classique, un tiers, sur une première demande en ligne, et le reste, sur la création d'une adresse mail.

Démarche : construire un parcours de médiation par les pairs

Accompagnement administratif ou médiation numérique par les pairs

L'enquête, qui s'est déroulée de septembre 2018 à septembre 2019, dans un local de l'UNRPA en pied d'immeuble dans le Grand Belleville, évalue l'effet d'un accompagnement par les pairs comparativement à un accompagnement administratif classique.

Deux types d'accompagnement sont mis en regard : deux groupes « Intervention », dans lesquels l'accompagnement par les pairs est mis en place, et deux groupes « Contrôle », dans lesquels ce n'est pas le cas. Les groupes, d'une dizaine de personnes, sont déterminés



Le non-recours des personnes âgées aux droits et aux services

de manière aléatoire. Pour les groupes « Intervention », il s'agit d'un parcours de médiation numérique par des pairs-accompagnants composé de 30 ateliers de deux heures, conduits toutes les semaines hors vacances scolaires. Pour les groupes « Contrôle », il s'agit d'ateliers numériques « classiques » favorisant l'accès aux services publics en ligne.

Des données quantitatives et qualitatives recueillies permettent de documenter l'influence de l'accompagnement par les pairs sur la reprise ou le maintien de l'accès aux droits via l'interface numérique. Le groupe d'investigateurs était composé de quatre personnes : la coordinatrice du projet, la médiatrice sociale et numérique ainsi que deux pairs-accompagnants.

Organisation de l'enquête et profils des participants

Afin de rencontrer des pairs-accompagnants, l'équipe de l'UNRPA a présenté ce projet aux personnes âgées du quartier qui avaient, dans les années précédentes, participé aux ateliers numériques proposés par l'association. L'ancrage local et social a permis d'identifier des personnes ayant eu un parcours administratif marqué par un non-recours aux droits sociaux et un retour vers l'accès aux droits au moyen de l'outil numérique. Six personnes ont manifesté à la fois leur intérêt et leur disponibilité régulière pour construire cet accompagnement. En plus de caractéristiques socio-économiques proches de celles des personnes aidées, ces personnes disposaient de qualités relationnelles – notamment l'empathie, et l'absence de jugement ou de discrimination –, et d'une grande capacité à créer un niveau relationnel égalitaire. Plus précisément, il s'agissait de cinq femmes et d'un homme, âgés de 65 à 73 ans et habitant dans les quartiers du Grand Belleville. Leur principale motivation était de « rendre ce qu'ils avaient reçu », eux-mêmes ayant bénéficié d'un accompagnement au numérique.

Les participants sont majoritairement des femmes, âgé(e)s de 65 ans ou plus, en situation de pauvreté monétaire, et habitent le quartier du Grand Belleville. Ils ne sont pas propriétaires de leur logement. Par ailleurs, ils sont en situation de non-recours à une ou plusieurs aides sociales et/ou médicales. L'objectif était de s'adresser en priorité aux personnes les plus éloignées de la participation sociale et fréquentant peu les activités collectives proposées par les centres sociaux ou associations du quartier. Les adhérents des structures sociales de territoire ont été contactés par plusieurs canaux d'information : lors des rendez-vous avec les écrivains publics, par des appels téléphoniques, et par des invitations distribuées par l'UNRPA dans les boîtes aux lettres. In fine, 45 personnes participent à l'enquête, réparties entre les groupes « Contrôle » et les groupes « Intervention » (tableau 1).

Principaux résultats

L'intérêt de la démarche de pair-accompagnant est considérée comme réussie d'abord si elle permet l'utilisation, en autonomie ou accompagné, du numérique pour ouvrir un droit en lien avec la retraite, quel que soit l'outil utilisé (tablette, ordinateur, smartphone). La démarche doit permettre également la modification de la perception de la relation avec l'administration publique et la perception de l'environnement social lié à l'accès aux droits.

Tableau 1 > Caractéristiques des participants, selon leur appartenance au groupe « Intervention » ou au groupe « Contrôle »

Caractéristiques socio-économiques	Groupe « Contrôle » (n = 21)	Groupe « Intervention » (n = 24)
Âge moyen (ans)	74	73
Sexe féminin	19	20
Revenus moyens mensuels (en €)	806	964

Source : enquête UNRPA-Paris 2018/2019.

Un accès aux droits amélioré et une meilleure perception de l'environnement social

Les participants ont été interrogés sur la manière dont l'accompagnement avait influencé leur connaissance des ressources du territoire pour les aides administratives et leurs réseaux de socialité ; il leur a également été demandé s'ils s'imaginaient eux-mêmes aller vers un engagement social à l'échelle du territoire. Les participants affirment effectivement ressentir une amélioration de la perception de ces trois domaines. Ainsi, une des participantes affirme : « Forcément, maintenant, j'en parle autour de moi, j'ai dit à ma voisine d'aller chez vous, mais je vais l'accompagner, sinon elle ne viendra pas. » Ce témoignage, qui illustre le point de vue de nombreux autres participants, montre, tout d'abord, que cette personne appréhende mieux les ressources à solliciter, et notamment la compétence de l'UNRPA pour accompagner dans l'appropriation du numérique ; ensuite, qu'elle en parle avec des proches, ce qui peut entretenir, sinon renforcer, son réseau social ; et, enfin, qu'elle est prête à accompagner une personne à l'association, ce qui est un engagement social.

Les participants se déclarent, par ailleurs, moins en opposition avec l'administration. Une participante explique : « Comme je sais qu'on peut écrire des mails, alors je m'énerve moins, je me dis qu'ils peuvent me répondre, on ne se fâche pas par mail. » Un autre : « Je suis moins énervé avec la communication par l'ordinateur, comme on s'envoie des mails, ça fait des traces, ce sont des preuves comme quoi j'ai vraiment fait la demande. Ils ne peuvent pas me dire que je n'ai pas envoyé le dossier, alors que c'est eux qui l'ont perdu. » Cette appropriation du langage numérique et du fonctionnement de l'administration en ligne permet aux participants d'adopter une posture moins contrainte qu'ils ne l'imaginaient dans leur accès aux droits.

Cette étude confirme donc que la participation sociale sous forme de co-construction est associée à une meilleure perception de l'environnement social ainsi qu'à un accès aux droits amélioré, comme cela a déjà été rapporté dans la littérature (Raymond et al., 2008).

Un accompagnement moins standardisé/normalisé

À l'issue de l'accompagnement, nous avons collecté des informations relatives à la reprise administrative, à l'ouverture de nouveaux droits ou au maintien de droits acquis, pour les groupes « Intervention » et « Contrôle ».

6

Le non-recours des personnes âgées aux droits et aux services

Ainsi, au sein des groupes « Contrôle », dans lesquels les participants ont bénéficié d'un accompagnement administratif en vue de créer une adresse électronique et un espace personnel, ces deux objectifs ont bien été atteints. En revanche, au sein des groupes « Intervention », il y a moins d'homogénéité dans les démarches entreprises, car tous les participants n'ont pas souhaité ouvrir d'espace personnel en ligne. En effet, les pairs-accompagnants ont soutenu les bénéficiaires en fonction du besoin que ces derniers exprimaient, en intervenant en soutien pour leur permettre de « s'essayer par eux-mêmes ». Le [tableau 2](#) et le [graphique 1](#) synthétisent ces informations.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la sollicitation de l'outil numérique pour effectuer les démarches administratives. Cela s'explique en partie par la méthode d'enquête retenue, qui repose sur des échantillons restreints. Cela tend également à montrer que l'accès à l'outil numérique pour ces démarches administratives est au moins aussi performant qu'une formation plus traditionnelle d'appropriation du numérique ; le recours à l'outil numérique est même plus prononcé pour les groupes « Intervention ».

Tableau 2 > Synthèse quantitative des ouvertures/reprises du parcours administratif

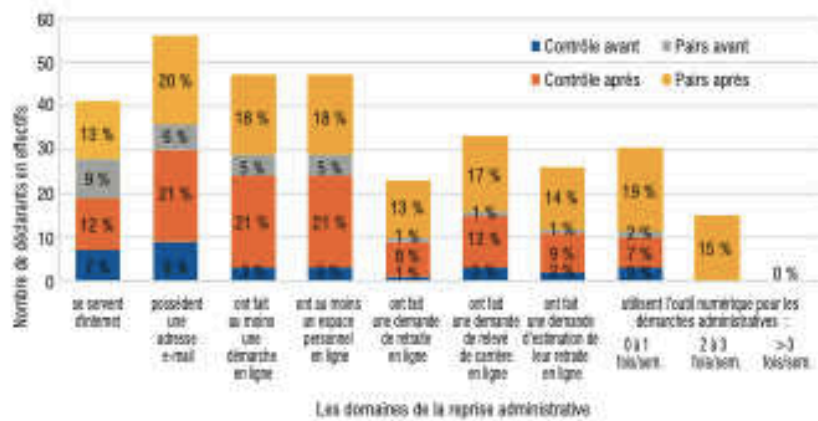
Groupe	Contrôle (n = 21)		Intervention (n = 24)	
	Avant	Après	Avant	Après
Temporalité par rapport à l'intervention				
Nombre de personnes qui déclarent se servir d'internet	7	12	9	13
Nombre de personnes qui déclarent posséder une adresse électronique	9	21	6	20
Nombre de personnes qui déclarent avoir fait au moins une démarche en ligne (retraite/retraite complémentaire/complémentaire santé...)	3	21	5	18
Nombre de personnes qui déclarent avoir un espace personnel en ligne	3	21	5	18
Nombre de personnes qui déclarent avoir fait une demande de retraite en ligne	1	8	1	13
Nombre de personnes qui déclarent avoir fait une demande de relevé de carrière en ligne	3	12	1	17
Nombre de personnes qui déclarent avoir fait une demande d'estimation de la retraite en ligne	2	9	1	14
Nombre de personnes qui déclarent utiliser l'outil numérique pour les démarches administratives : 0-1 fois/semaine	3	7	2	19
Nombre de personnes qui déclarent utiliser l'outil numérique pour les démarches administratives : 2-3 fois/semaine	0	0	0	15
Nombre de personnes qui déclarent utiliser l'outil numérique pour les démarches administratives : > 3 fois/semaine	0	0	0	0

Source : enquête UNRFA-Paris 2018/2019

Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés

7

Graphique 1 > Comparaison avant/après dans les domaines de la reprise administrative



Source : enquête UNRPA-Paris 2018/2019.

Surtout, nous avons constaté le développement d'une confiance plus directe et plus forte que dans des situations classiques d'accompagnement administratif. Les échanges avec les participants mettent en lumière une conviction de compréhension liée à l'expérience du même vécu par les pairs. Cette impression de symétrie explique cette confiance et la certitude de la compréhension des difficultés par le pair-accompagnant. Il ne s'agit pas d'une compréhension intellectuelle de ce qui mène à la situation de précarité numérique, mais d'une compréhension pratique, en phase avec l'action, pertinente pour surmonter la situation que les bénéficiaires identifient comme source de problème, ainsi que le montrent ces participants : « Tu es aussi passée par là, tu n'as pas besoin que je te fasse un dessin » ; « La galère tu sais ce que c'est, tu ne vas pas me juger. »

Un lieu d'apprentissage, mais aussi de sociabilité

Les participants ont également été interrogés sur leurs motivations à participer à ces ateliers. Quatre éléments se distinguent.

D'abord, les personnes ont vu un lieu de sociabilité, permettant d'éviter le sentiment de solitude ressenti lors de la première utilisation de l'outil numérique.

Ensuite, un deuxième facteur d'explication est lié à la dimension genrée de cette participation, qui réunit une grande majorité de femmes : il s'agit de s'extraire du rapport de double dépendance entretenu avec l'administration durant la vie active et familiale. En effet, celles dont les conditions de vie ont été le plus précaires ont été dépendantes des prestations sociales, qui représentaient une part nécessaire des ressources économiques familiales. D'autre part, étant désormais veuves ou accompagnantes de leurs conjoints en perte d'indépendance fonctionnelle, elles se trouvent face à la responsabilité renouvelée

8

Le non-recours des personnes âgées aux droits et aux services

et complexifiée, au vu de la numérisation des services publics, de la gestion des relations avec l'administration.

Par ailleurs, les participants espéraient réaliser de nouveaux apprentissages, permettant de se rapprocher de leurs enfants et petits-enfants, et de rester en contact, grâce aux applications de communication à distance, avec leurs proches vivant dans un autre pays. Cette nouvelle compétence développe un sentiment d'estime de soi. Les participants ont dit être « fiers » : « Malgré mon âge, je peux encore apprendre », ou encore « Ça y est, je suis une mamie moderne ! »

Enfin, pour certains, l'objectif était un retour total ou partiel au pays natal, conditionné par la liquidation de leurs droits à la retraite et subordonné à la possibilité de maintenir une relation à distance avec l'administration. Ainsi, la maîtrise des outils numériques leur confère, selon leur imaginaire, une forme de liberté de mouvements et de choix liés au lieu de vie.

Conclusion : autour de la santé et du bien-vieillir

Notre travail a pour ambition de s'inscrire dans la continuité de travaux relatifs aux dimensions de la participation sociale des aînés et, plus spécifiquement, de ceux en situation de pauvreté monétaire. Il montre que la difficulté numérique est multifactorielle, et qu'elle et renforce le processus de précarité dont les personnes âgées en situation de pauvreté monétaire sont victimes. Cette recherche-action confirme que l'accompagnement par les pairs, historiquement centré sur la santé (Gamot & Biot, 2017), est pertinent dans le contexte de précarité sociale et économique.

La gérontologie offre une riche littérature sur le « vieillissement réussi », et fait des préconisations pour favoriser le « bien-vieillir ». Or, certaines applications numériques permettent de renforcer sa mémoire, sa condition physique, et de conserver le lien social. Plusieurs études mettent en lumière les facteurs protecteurs vis-à-vis du vieillissement pathologique, et montrent que la fracture numérique induit une moins bonne santé et contribue à l'isolement des personnes qui ne peuvent pas y accéder. Quand cette fracture numérique engendre du non-recours aux droits, elle induit une plus grande pauvreté monétaire, dont les effets sont néfastes pour la santé des personnes âgées entendue selon la définition de l'OMS (WHO, 1985).

Bibliographie

Atelier parisien d'urbanisme (Apur), 2010, Évaluation du Contrat urbain de cohésion sociale de Paris 2007-2010.

Agence départementale d'information sur le logement (Adil) de Paris, 2019, *Le logement des personnes âgées à Paris, Profil et solutions*, 50 p. [en ligne]. à faire sur pdf au BAT.
https://www.adil75.org/fileadmin/Sites/ADIL_75/Etudes/Etude_Personnes_agees_Paris.pdf

Atelier parisien d'urbanisme (Apur), 2019a, *Spécificités des quartiers parisiens de la politique de la ville : évaluation à mi-parcours du contrat de ville de Paris 2015-2020, Volet 1, Cahier 1*, 28 p. [en ligne]. à faire sur pdf au BAT.
file:///C:/Users/z016000/AppData/Local/Temp/qpv_cahier_1.pdf

Atelier parisien d'urbanisme (Apur), 2019b, *Les quartiers de la politique de la ville du 20^e arrondissement : évaluation à mi-parcours du contrat de ville de Paris 2015-2020 – Volet 1*, 52 p.

Arnaud F. (dir.), 2020, *Les retraités et les retraites - Panoramas de la DREES, édition 2020, Drees (ouvrage collectif)*, 286 p.

Atelier parisien d'urbanisme (Apur), 2012, *Les Parisiens de 60 ans ou plus*.

Commissariat général à l'égalité des territoires, 2017, *Viellissement de la population : un processus qui touche aussi les quartiers prioritaires de la politique de la ville, En bref*, 44.

Cour des comptes, 2019, *L'accès aux services publics dans les territoires ruraux*, 154 p. [en ligne]. à faire sur pdf au BAT.
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-03/20190320-acces-services-publics-territoires-ruraux.pdf>

Défenseur des droits, 2020, *Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France*, Paris, La Documentation française, 2 tomes.

Gamot I., Biot L., 2017, *L'accès aux droits en santé. Bilans et perspectives de l'expérimentation des médiateurs pairs en santé*, Rapport de restitution dans le cadre du travail préparatoire au « plan d'action grenoblois pour l'accès aux droits et contre le non-recours », Direction Santé publique et environnementale et ville de Grenoble, 35 p.

Petits Frères des pauvres, 2018, *L'exclusion numérique des personnes âgées*.

Raymond É., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A., 2008, *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111 p.

10

Le non-recours des personnes âgées aux droits et aux services

Revil H., Warin P., 2019, « Le numérique, le risque de ne plus prévenir le non-recours », *Vie sociale*, 28, 121-133.

Sicard D., 2012, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012*, Drees, Document de travail, 168, 85 p. [en ligne]. à faire sur pdf au BAT.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtss168.pdf>

Wagstaff A., 2002, « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé : recueil d'articles*, 80 (2), 97-105.

World Health Organization, 1985, *Constitution de l'OMS*, Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. à faire sur pdf au BAT.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36852/9242602515.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Conclusion du chapitre 4

Notre recherche a donc pour ambition de porter un regard interdisciplinaire à la croisée de la gérontologie et de la gestion publique. Nous souhaitons donc observer la façon dont les politiques publiques liées au vieillissement et plus précisément celles de santé liée s'expriment vis-à-vis des personnes âgées qui ne rentrent pas dans un modèle de vieillissement réussi. Et, pour lesquelles, il existe un décalage structurel entre les opportunités mises à disposition par les institutions sociales et la capacité de ces personnes à s'en saisir. Nous observons cela à partir de l'organisation des soins de premiers recours dans les QPV. En effet, les quartiers Politique de la Ville de Paris sont les lieux où la proportion de personnes âgées vivant en situation de pauvreté monétaire est la plus forte. Ils bénéficient donc d'accompagnements sociaux renforcés : des équipes psychiatriques dédiées, les Ateliers Santé Ville, des permanences sociales en pieds d'immeubles. Pourtant, le nombre de personnes âgées en situation de non-recours au parcours de santé est très important. Ce qui constitue un enjeu de santé publique, car la prévention, en bénéficiant d'avantage aux personnes ayant un niveau socio-économique élevé, accentue les inégalités sociales et de santé. Ainsi s'agissant du sujet qui nous intéresse, ancrer notre recherche dans ces quartiers paraît être une unité d'observation pertinente. Cet ancrage local permet d'observer comment la santé numérique et plus spécifiquement la téléconsultation se déploient dans des situations de gestion inscrites localement telles que l'accès aux soins des plus démunis.

Dans le chapitre qui suit, nous allons donc observer comment les soins de premiers recours s'organisent à partir de la santé numérique et s'adaptent au vieillissement de la population.

CHAPITRE 5 — ÉTUDE APPROFONDIE : LE CHANGEMENT ASSOCIÉ À LA DIFFUSION DE LA TÉLÉCONSULTATION DANS UN TERRITOIRE

Introduction

Le déséquilibre apparent de ce chapitre par rapport aux deux autres de cette partie s'explique par notre choix de montrer la cohérence d'ensemble de notre démarche. Ainsi, il nous a semblé préférable de garder le détail des résultats, ainsi que leur interprétation dans un même chapitre.

Ce chapitre est donc organisé en deux temps. Tout d'abord, nous explicitions les concepts qui vont nous accompagner dans ce chapitre, puis nous présentons le contexte dans lequel cette étude se déroule. Nous verrons comment l'organisation territoriale de santé, à partir des soins de premiers recours, s'adapte, dans ses principes et dans son organisation, au vieillissement démographique et aux réformes qui l'accompagnent. Dans cette dynamique, nous observerons l'essor du numérique en santé au travers des outils qu'il déploie et comment, selon nous, il est devenu un projet organisationnel qui structure cette réorganisation des soins de premiers recours.

Puis, nous présentons les résultats de notre étude approfondie. Cette étude a eu pour objectif d'observer ce que rassemble et éloigne la téléconsultation et la consultation. Les questions à l'origine de cette étude sont les suivantes : Quelles ressemblances, similitudes, différences peut-on faire émerger entre la téléconsultation (TC) et la consultation (C) ? Quelles évolutions pour les caractères qui constituent l'examen clinique ? Est-ce qu'il existe une descendance avec des modifications entre la C et la TC ?

5.1 Contexte et terrain de l'étude : la construction d'un secteur sous tension entre médecine libérale et hospitalière

Du fait de l'ancrage territorial de l'association qui finance notre thèse, et de l'unité d'observation des QPV que nous avons choisie, le contexte et les analyses que nous allons présentons ci-dessous, constituent le cadre dans lequel nous inscrivons notre étude

approfondie. En effet, les personnes qui ont participé à notre enquête, ainsi que les lieux de soin, et les professionnels de santé dont il a été fait question, s'inscrivent dans cet environnement. Ainsi, le premier temps de ce chapitre peut être vu comme étant la description du contexte à partir duquel les résultats, présentés en deuxième partie, prennent appui.

La gérontologie est considérée comme une pratique faisant partie du travail du *care*. Elle s'occupe des enjeux de la vieillesse et du vieillissement entendus, pour le premier, comme un état ayant des retentissements sociaux et sociétaux, et, pour le second, comme étant un processus biologique avec un retentissement au niveau des pathologies de l'avancée en âge. La gérontologie joue donc un rôle d'observation des questions du grand âge tant au niveau sanitaire que social. La gérontologie, au travers de la grande variété d'organisations dans lesquelles elle s'incarne (associations, hôpitaux, résidences, domiciles) est aussi traversée par des choix politiques et gestionnaires, c'est donc dans cette acception interdisciplinaire, qu'il est possible d'observer les réformes de ce secteur et particulièrement celles qui concernent l'organisation des soins en ville. En partant de la réforme de 2004 qui a instauré le médecin traitant, jusqu'à « Ma santé 2022 », nous observons l'évolution du modèle organisationnel des soins primaires. Mais, tout d'abord, afin de situer au mieux notre propos, il nous semble intéressant de clarifier les concepts qui vont nous accompagner tout au long de ce chapitre.

5.1.1 Virage ambulatoire, parcours de santé et soins de premiers recours : explicitation des concepts

Le virage ambulatoire désigne le passage d'un système de santé centré sur l'hôpital, vers un système de santé ouvert sur la ville, sur les équipes de soins primaires, où les médecins jouent un rôle pivot ainsi que les coordinateurs des parcours entre les structures de ville, hospitalières et médico-sociales. Ce virage s'effectue dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016, qui visait à rendre plus efficace et juste ce système. Un élément fondamental de cette loi est la prise en charge des patients dans une approche coordonnée et intégrée par les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux. Le virage ambulatoire propose une prise en charge des patients par niveaux. Ces niveaux sont regroupés sous le terme de « parcours ». Ainsi on parle de trois secteurs de la santé pour une prise en charge à

l'enseigne des parcours : la prise en charge sanitaire, qui regroupe les secteurs hospitaliers et ambulatoires, la prise en charge médico-sociale, l'accompagnement à domicile ou en institution, ou encore dans les établissements sociaux d'aide par le travail (ESAT). Et la prise en charge sociale, pour les personnes vivant dans des situations complexes, de précarité ou d'isolement, avec une ou plusieurs pathologies, aiguës et chroniques. Souvent, les notions de perte d'indépendance fonctionnelle ou de handicap sont associées aux situations de vies complexes.

Trois parcours sont identifiés : les parcours de santé, qui articulent les soins avec la prévention, un accompagnement médico-social et un accompagnement à domicile. Les parcours de soin, c'est-à-dire l'accès aux soins de premier recours et aux hospitalisations, ou à l'hospitalisation à domicile (HAD). Les parcours de vie, moins spécifiques aux soins, ils envisagent la personne dans son environnement, pour une promotion globale de la santé au sens de l'OMS. On observe donc que les parcours reposent sur le virage ambulatoire et la prise en charge des patients par les soins primaires, entendus comme étant des équipes de soins primaires (ESP). Il s'agit d'un mode d'organisation créée par la loi de modernisation de 2016 (loi 2016-41, du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) pour les professionnels de santé qui veulent structurer leur exercice coordonné dans le but de favoriser une meilleure prise en charge des patients. Ces équipes sont composées de professionnels de santé, de premiers et, ou, de second recours regroupé autour d'un médecin généraliste de premier recours sur la base d'un projet de santé élaboré à partir d'une ou plusieurs thématiques communes et importantes pour les patients (le vieillissement par exemple). Les porteurs de ces ESP peuvent se constituer sous forme associative, ils peuvent exercer de façon libérale ou salariée de façon isolée ou regroupée.

Il convient maintenant d'observer de plus près ce que recouvrent les notions de soins primaires, soins de premier recours et soins de proximité. Les soins primaires, terme issu du monde anglo-saxon « *primary care* » (Bourgueil, Ramond-Roquin et Schweyer 2021) sont le point de contact de la population avec le système de santé. Ils sont la porte d'entrée dans les soins et présentent plusieurs acceptions. Ils font référence tour à tour à des niveaux de soins, un ensemble de fonctions et d'activités et un ensemble de professionnels de santé (Bourgueil, Marek et Mousquès 2009). L'article 1411 du code de la santé publique les définit comme suit : ces soins

comprennent : » 1° la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, 2° la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, 3° l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, 4° l'éducation pour la santé. » (Code de la Santé publique). Si on observe les soins primaires comme étant à la base de parcours de soin d'un individu, alors on voit qu'ils ne sont pas définis selon une pathologie, ou des caractéristiques spécifiques. Ce niveau de soin doit pouvoir prendre en charge la majorité des besoins de santé des populations (*ibid.*). Ils s'adressent donc à tout un chacun et pour cela ils doivent être accessibles, favoriser l'accès aux soins, et situés à proximité des lieux de vie des habitants. Le médecin généraliste est le spécialiste le plus associé aux soins primaires, bien que la médecine généraliste ne soit pas la seule spécialité représentée. Ainsi on y trouve la pédiatrie, la gynécologie obstétrique, les professionnels de santé comme les kinésithérapeutes et les infirmiers. Le médecin généraliste ou, lors d'exercices coordonnés, la maison de santé, y joue cependant un rôle particulier, celui de « *gate keeper* », ou médecin pivot en français. C'est-à-dire qu'il coordonne et gère ce niveau de soin (*ibid.*). Les soins primaires peuvent aussi se comprendre au niveau des fonctions qu'ils offrent. En écho à la description qu'en fait le Code de la Santé publique, ce sont des soins « préventifs, curatifs, et de réhabilitation » (*ibid.*) avec une dimension « intégrée » au vu du fait qu'ils prennent en charge l'individu dans son contexte de vie, sociale, familiale et environnementale. Les soins primaires sont donc des soins ambulatoires, néanmoins il convient de préciser que dans les soins ambulatoires on y intègre aussi les consultations externes des soins hospitaliers, c'est-à-dire hors hospitalisation. Lorsqu'en revanche on parle plus généralement des soins de proximité, on désigne généralement l'organisation des soins de premiers recours associés aux secteurs sociaux et médico-sociaux, et des soins ambulatoires qui assurent les soins de primaires. Nous observons donc que l'utilisation du terme « soins primaires » n'est pas le synonyme de « médecine générale » il se déploie dans ces termes une vision plus large, celle de justice sociale et de coordination. En France, c'est le terme de soins de premier recours qui pourrait s'approcher le plus de « soins primaires ». Le terme de soins de premier recours ou médecine de premier recours a été introduit dans une approche territoriale de la santé dans le cadre de la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de juillet 2009. Il est cependant assez mal compris, car

il fait davantage référence à un terme juridique visant à synthétiser « les logiques territoriales, techniques et financières » (HAS, 2015). Les termes les plus utilisés pour désigner les soins ambulatoires, de premiers recours, sont les « soins de ville », qui, en dehors de l'objectif économique que ce terme évoque dans les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), correspondent aux soins que l'on peut recevoir en dehors d'une hospitalisation, y compris bien sûr les soins ambulatoires à l'hôpital. Les soins de second recours se réfèrent aux soins qui ne peuvent pas être pris en charge par un médecin généraliste à cause de leur complexité, et qui demandent une intervention d'un médecin spécialiste.

Les évolutions du système de santé sont historiquement marquées par l'affirmation de la place de l'État dans la gestion des moyens alloués aux soins, notamment au travers des réformes du système hospitalier, mais aussi des soins de premier recours. Et puis, par la généralisation de l'accès aux soins. En effet, l'histoire des politiques publiques de santé se construit à la frontière entre la médecine libérale et l'hôpital, et entre l'identité du corps médical et sa relation conflictuelle avec les pouvoirs publics (Tabuteau, 2010). Au 19^e siècle l'hôpital se charge du soin des insolubles, des « nécessiteux », de la souffrance sociale, il est décrit comme étant, à ce titre « la béquille de la médecine libérale » (Domin, 2013). La gestion de ces institutions de bienfaisance est souvent du fait de congrégations religieuses et les principes de charité président à cette gestion (Tabuteau, 2010). Les dons, qui leur sont faits, permettent de financer leur fonctionnement. Jean-Paul Domin (Domin, 2013) parcourt l'évolution du système hospitalier en mettant en exergue le fait qu'en prenant en charge le soin des insolubles, l'hôpital régule les prix des consultations de la médecine libérale en préservant ce secteur des soins qui ne peuvent pas faire l'objet d'un paiement direct entre le médecin et le patient. C'est donc le prix de l'acte qui régule le système de soins puisque les officiers de santé (voir encadré ci-dessous) soignent les paysans, les pauvres, alors que les docteurs en médecine soignent dans les villes les personnes qui ont les moyens de s'acquitter de l'acte de soin. Les hôpitaux se sont donc construits en dehors du marché, contrairement à la médecine libérale qui n'intègre pas, dans la régulation de son secteur l'intervention de l'État.

Officier de santé : un métier disparu, dont il reste des traces dans la littérature

Au début du 19^e siècle l'officier de santé, désignait, en France, une personne qui exerçait la médecine sans le diplôme de docteur en médecine (à ne pas confondre avec les médecins militaires, officiers et professionnels de santé).

Le décret de juillet 1793¹⁵ relatif «à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents» détermine que «*il sera établi près de chaque agence un officier de santé chargé du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation, d'après la liste qui lui sera remise annuellement par l'agence*»¹⁶.

Cette disposition introduit une confusion dans la population et entraîner une médecine à double niveau.

D'une part, les docteurs en médecine, titulaires d'un doctorat de médecine exercent en percevant une rémunération directe de la part des patients. Les docteurs en médecine soignent donc les patients les plus aisés.

Ainsi la loi du 19 Ventôse, An XI (1803) stipule que «*Nul ne peut exercer l'art de guérir s'il n'est titulaire du diplôme de docteur en médecine délivré par l'État*». Mais, d'autre part, les officiers de santé «*sans avoir été reçus docteurs*» exercent sans percevoir de rémunération directe par le patient, auprès des plus démunis. Pour ces derniers leur exercice était limité au département où ils avaient reçu leur diplôme et tous les actes de médecine ne leur étaient pas permis.

Le métier d'officier de santé fut aboli en 1892.

La littérature classique nous renseigne plus directement sur ce métier. Nous reproduisons ici un passage de *Madame Bovary* (Flaubert, 1856, p. 253) où Charles Bovary, officier de santé «opère» un patient, Hyppolite Tautin, garçon d'auberge, atteint d'un pied-bot.

15 Convention Nationale de médecine du 27 au 28 juin 1793.

16 Convention Nationale de médecine du 27 au 28 juin 1793, p.366.

Ces quelques lignes nous permettent de voir déjà toute la complexité de « *l'art de guérir* », et de la place des professionnels de santé dans la société.

« *M. Homais, par toutes sortes de raisonnements, exhortait le garçon d'auberge à se faire opérer* ».

« *Le malheureux (Hippolyte) céda (...) ce qui acheva de le décider c'est que ça ne lui coûterait rien. Bovary se chargeait même de fournir la machine pour l'opération.* »

« *Le médecin (Charles Bovary) n'osait d'un seul coup risquer deux opérations, et même, il tremblait déjà, dans la peur d'attaquer quelque région importante qu'il ne connaissant pas* ».

Les règles de la médecine libérale sont définies avec la Charte de la médecine libérale de 1927 qui instaure plusieurs principes fondateurs. Tout d'abord une totale liberté d'installation du médecin qui exerce en libéral ainsi que le libre choix, par le patient, du médecin. Puis, que le tarif de la consultation naît d'une « *libre entente* » entre le patient et le médecin. Enfin, qu'aucun tiers ne peut s'introduire dans la relation entre le patient et le médecin (ce que l'on appelle le colloque singulier). Ainsi, la manifestation des pouvoirs publics dans cette relation, sous forme de régulation par exemple ou de partage d'informations médicales n'y trouve pas sa place. L'exercice de la médecine libérale est donc régie par un cadre qui promeut son autonomie, ainsi le médecin est au centre de la relation de soins. D'une part il reçoit et oriente le patient et d'autre part il échange et/ou met en relation le patient avec un autre professionnel de santé. Nous illustrons ceci dans la figure ci-dessous.

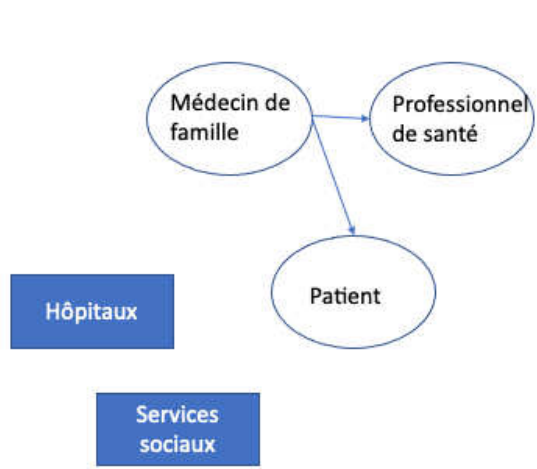


Figure 14: Modèle organisationnel de l'exercice libéral de la médecine

Les efforts de socialisation de la santé

Ce sont donc, à la fin du 19^e siècle, les réticences quant à une possible régulation des tarifs de consultation qui engendrent de la méfiance de la part du corps médical vis-à-vis des tentatives de socialisation de la médecine (Tabuteau, 2010). Cette socialisation qui est à la base des systèmes de protection sociale a des implications managériales dans l'évolution de l'organisation du système de santé, et plus particulièrement dans l'organisation des établissements. En effet, l'assurance et l'assistance sont les deux techniques principales qui incarnent cette protection. Tout d'abord l'assurance sociale, elle repose sur le principe de la cotisation associée au revenu du travail. Ce faisant, le cotisant s'assure d'un revenu de remplacement face aux accidents de la vie, la vieillesse. L'idée est celle des assurances privées, chacun cotise en fonction de ses revenus. Ce système de prévoyance est associé au système d'assurance Bismarckien (du fait des lois créées par le chancelier Bismarck en Allemagne) sur la base de la mutualisation des risques. Tous les assurés n'ont pas les mêmes besoins en même temps, ceci permet un partage de l'indemnisation par le nombre de cotisants et permet de réduire le montant des cotisations de chacun. Le fait que l'affiliation soit prise en charge par un système d'impôts réduit les risques associés aux assurances individuelles (puisque la définition du montant de cotisation varie en fonction des risques individuels tels que l'état de santé, âge, handicap). Ainsi les notions de sécurité sociale associées à celles de solidarité universelle commencent à se développer. Puis, l'assistance sociale, qui est liée aux principes de charité évoqués plus haut et qu'à partir de la Révolution française, se traduit dans le principe de solidarité nationale. Il n'y a pas de cotisations associées à l'assistance, et l'attribution de chaque prestation se fait sur la base de l'étude de la demande, de la situation individuelle du demandeur. Le versement de la prestation se fait grâce à l'impôt et aux collectivités territoriales. Nous le voyons, ces deux types de protections sociales sont porteuses de projets différents. L'assistance s'inscrit dans une logique d'intervention publique en assurant gratuitement, aux plus démunis, les soins hospitaliers et ambulatoires (Domin, 2013), les médecins hospitaliers assurent ces soins bénévolement. Ce faisant, la socialisation de la médecine joue un rôle et favorise aussi la médecine libérale, puisque si les médecins exercent bénévolement en institution, ils se rémunèrent en faisant payer les consultations à des tarifs plus

élevés au cabinet¹⁷. Selon plusieurs auteurs (Domin 2016), ce mécanisme favorise l'essor du paiement à l'acte, c'est-à-dire à la consultation. Les hôpitaux ont donc une fonction « sociale de redistribution des revenus » (Steudler, 1973).

Ainsi la protection sociale modifie l'organisation des soins, et en généralise l'accès. Désormais les hôpitaux représentent et cristallisent l'action publique dans le soin, ils accueillent des malades bénéficiaires de la protection sociale et leur mission n'est plus seulement caritative. Ceci engendre une évolution dans la profession de médecin hospitalier, puisque ces derniers peuvent négocier librement le tarif de leur consultation avec les patients qui peuvent payer (Domin, 2002). Nous l'avons vu, l'histoire de l'organisation des soins est faite de tensions et de passerelles permanentes entre le service hospitalier et la médecine libérale, et avec l'ouverture progressive de l'hôpital à tous les malades, c'est tout le maillage territorial du soin qui se structure autour de ce dernier (ibid.).

Naissance du concept de médecine intégrée

Depuis 2002, avec la promulgation de la loi dite « 2002-2 » visant à rénover l'action sociale, le législateur a mis en place un système de gestion rationalisé de la prise en charge (des personnes âgées) afin de répondre, a priori, aux besoins de ces dernières. Cette transformation n'est pas sans conséquences sur les pratiques des professionnels. En effet, les logiques d'évaluation et de démarche qualité inscrites dans la loi ont participé à interroger les pratiques des professionnels à tous les niveaux. Ainsi les « bonnes pratiques » ont souvent été vues comme une tentative de rationalisation de l'accompagnement gérontologique. La prise de conscience que les décès dus à la canicule de l'été 2003 engendrent permet, pour la première fois, de faire émerger les enjeux sanitaires et sociaux que pose le vieillissement tant au niveau du système de santé que de l'environnement urbain et social des personnes âgées. Le concept d'une médecine intégrée avec une prise en charge biomédicale, psychosociale et pédagogique est mis en avant par le corps médical et médico-social (Grimaldi, Caillé, Pierru et al., 2017). L'accompagnement multidimensionnel, et pluri professionnel apparaît alors comme étant l'élément socle de la prise en charge

¹⁷ Il faut aussi dire que les dépenses de santé représentent 25% de la richesse nationale (DRESS, 2021), c'est donc dans l'optique d'une maîtrise plus accrue des dépenses médicales que les relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ont été contractualisées. Cette contractualisation se fait par des conventions médicales. Les évolutions législatives portées par les réformes du système de santé font évoluer les conventions médicales, et donc le cadre d'exercice. En effet, elles fixent des tarifs conventionnés pour les consultations (secteurs 1 à 3), introduisent l'obligation du médecin traitant, créent

gérontologique, les notions telles que le parcours de soin, les soins coordonnés sont au cœur des éléments de langage de la modernisation du système de santé. Cette production notionnelle naît des constats issus de la vague de chaleur de 2003 qui a fait émerger des situations de vies complexes. Ces situations se caractérisent tant dans leur aspect social, en lien souvent avec l'isolement, que dans leur aspect physique. Elles sont dès lors identifiées comme étant la rencontre de plusieurs facteurs incluant le vieillissement vécu avec des maladies chroniques et le développement de pathologies aiguës, dans une situation sociale dégradée, précaire. Si le vieillissement n'est pas l'unique pourvoyeur de situations complexes, la prévalence des pathologies chroniques augmente avec l'âge. Les pathologies neurodégénératives associées au vieillissement ainsi que les difficultés sociales et économiques qu'elles engendrent requièrent un regard gérontologique, c'est-à-dire de l'ensemble des professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires formés à la compréhension de la vieillesse et du vieillissement. Le décloisonnement de l'ensemble de ces secteurs autour des notions de parcours, de soins et de coordination des soins constitue donc, dans l'évolution des réformes du secteur social, un axe majeur de transformation territoriale des soins.

5.1.2 Le numérique en santé : modèle organisationnel de l'exercice regroupé pour les soins de premiers recours

La transition épidémiologique qui commence donc à se dessiner dans cette situation interroge l'organisation territoriale de la santé et jette les bases d'une transformation territoriale des soins de premiers recours au travers des nouveaux modes d'organisation regroupés pour l'exercice de la médecine dans les soins de premier recours.

Les pouvoirs publics favorisent l'émergence de nouvelles organisations territoriales de santé et encouragent l'exercice des professionnels de santé en regroupement. Ils entreprennent alors de moderniser le cadre législatif du secteur de la santé tant au niveau de la régulation de la demande (historiquement les réformes portaient sur la régulation de l'offre de soins), qu'en matière d'organisation des soins (Cases, 2008). Pour ce faire, les pouvoirs publics entreprennent donc un parcours de réformes en s'appuyant sur trois secteurs, les professionnels de santé (des médecins généralistes

essentiellement), les acteurs publics (HAS et puis ARS) (Hassenteufel, Naiditch, Schweyer, 2020) et le numérique en santé.

Les lois du 9 et du 13 août 2004 relatives à la politique de santé publique pour la première et portant réforme de l'Assurance Maladie pour la seconde, sont la première étape de cette modernisation. La loi du 9 août vise à définir une politique de santé publique sur objectifs, en termes de résultats sur l'état de santé de la population (Cases, 2008), elle s'organise donc en plans successifs (plans cancer, plans Alzheimer) et promeut l'évaluation des politiques publiques par les professionnels de santé eux-mêmes (*ibid.*). Un élément de cette loi attire particulièrement notre attention, il s'agit de la mise en place de systèmes d'information pour l'évaluation des mesures, ceci constitue une première étape du développement des outils numériques en santé. Puis, la loi du 13 août, instaure de nouvelles instances de pilotage pour en assurer une gouvernance plus rationnelle (Tabuteau, 2004), ainsi elle propose une union des caisses de l'Assurance Maladie, pilotées par un directeur nommé par l'État, ouvre vers un pouvoir consultatif aux complémentaires santé qui peuvent s'associer à des médecins libéraux, crée la Haute Autorité de Santé (HAS) qui devient l'organisme de référence pour les bonnes pratiques au sujet du parcours de soin et l'évaluation de la qualité. Enfin, elle crée une nouvelle instance composée des agences régionales d'hospitalisation et de l'assurance maladie, qui chaque année produit des rapports sur des thématiques clés : répartition des médecins libéraux, organisation des soins, et télémédecine. Cette loi instaure, pour tous les adultes, la déclaration du médecin traitant et crée le dossier médical partagé (DMP) et permet donc l'arrivée du numérique en santé dans le colloque singulier. Dans cette situation, le médecin traitant incarne alors le rôle de « *gate keeper* » (Barnay, Hartmann et Ulmann 2007) c'est-à-dire du pivot du parcours de soins. On passe donc d'une prise en soin centrée sur le médecin de famille, à celle du médecin traitant qui fonde sa pratique sur un exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé où le patient serait guidé dans son parcours de soins. Directement en lien avec ces évolutions, en 2007, les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) ont été introduites dans le Code de la santé publique. Elles sont dotées d'une personnalité morale et réunissent des professionnels de santé libéraux et paramédicaux. Les professionnels, regroupés en son sein, doivent développer un projet de santé qui reflète leur exercice coordonné et doivent conclure

avec les ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avant tout financement des ARS. Ceci crée une évolution vers un système de soins plus bureaucratique (Da Silva, 2017) où les conditions de remboursement des frais de santé sont associées au respect du parcours et à la déclaration du médecin traitant. Nous observons donc que les nouveaux principes de coordination et d'accompagnement pluri professionnel conduisent à une transformation de l'organisation des soins au niveau territorial. Ce faisant, le modèle organisationnel évolue et passe d'un exercice isolé à un exercice coordonné.

Nous observons donc que les équipes de soins primaires (ESP), les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), les Centres de Santé (CDS) naissent de ce modèle organisationnel d'exercice coordonné. Ces structures représentent les nouveaux modes d'organisation des soins de premier recours. Elles permettent un exercice coordonné et le développement commun à plusieurs professionnels de santé, d'un projet de santé, entendu comme une réponse à des besoins observés territorialement, dans les secteurs d'exercices.

Afin de mieux situer ces nouveaux modes d'exercice, et au vu de l'ancrage gérontologique de notre thèse, nous nous basons sur l'ouvrage de André Grimaldi (Grimaldi, 2017) qui propose une vision de l'organisation du système de santé à partir des enjeux que posent les maladies chroniques et qui repose sur trois piliers. Nous situons ces nouvelles organisations territoriales de santé par rapport à ces enjeux.

Tout d'abord la disponibilité territoriale : déserts médicaux, pénurie de médecins traitants, distance entre lieux de soins et lieux d'habitations, coût financier, l'accès aux soins est parfois difficile, et particulièrement pour les personnes âgées. En effet, le découragement face à la difficulté de la prise de rendez-vous, avec, pour certaines spécialités des délais très longs (pouvant atteindre ou dépasser l'année), induit un renoncement aux soins. Le reste à charge des soins dentaires, ophtalmologiques, d'appareillage auditif, fait que les rendez-vous sont souvent trop peu fréquents, avec un retard d'appareillage. L'absence et la méconnaissance des soins paramédicaux sont aussi une réalité dans les territoires Politique de la Ville. Ainsi c'est tout le parcours de santé qui se complexifie, et ne peut, souvent, pas aboutir. Cette problématique, au vu de sa centralité, est au cœur des politiques publiques. Déjà avec la loi de modernisation du système de santé de 2016 (loi n° 2016-41) l'État

obtient la faculté d'organiser les soins là où la carence de ces derniers par initiative privée est constatée (*ibid.*). Puis, la loi Ma santé 2022, dans son chapitre « faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires », inscrit dans son article 9 la participation des médecins à la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins. Le statut de médecin adjoint aux zones reconnues comme étant en déficit d'offre de soins est mis en place. Ainsi les modes d'exercices regroupés répondent à l'enjeu de disponibilité territoriale puisqu'elles représentent de nouvelles formes d'exercice collectif, pluri professionnel, ancré dans les bassins de santé et de vie des individus.

Puis, la logique de coordination : véritablement le « *nouveau paradigme de la médecine générale* » (Grimaldi, 2017). En effet, le « virage ambulatoire » repose sur une vision globale et partagée des individus, des maladies. Un regard médical morcelé n'est pas adapté aux enjeux organisationnels des soins de premiers recours (*ibid.*). Les synergies effectives, entre les soins de ville, l'hôpital et la prise en charge paramédicale et médico-sociale sont recherchés, le dispositif Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) pour les personnes âgées en est un exemple. Ceci amène des réflexions également au niveau des typologies des rémunérations et des modes d'exercices, et forcément, des structures territoriales plus adaptées à un exercice coordonné. D'autant que la notion de coordination peut-être complexe à aborder au regard des nombreux dispositifs qui existent et qui sont promu par l'action publique. C'est donc à partir de la notion d'exercice pluri professionnel que la coordination s'incarne au sein d'une organisation des soins de premiers recours plus adaptée aux enjeux de la transformation épidémiologique en cours. Pour mieux illustrer cette notion, André Grimaldi (*ibid.*) en précise les contours. Tout d'abord la mobilisation d'une approche holistique, globale, du patient, puis l'orientation accompagnée, c'est-à-dire en créant un pont, entre le patient, le médecin qui oriente et le professionnel de santé ou la structure qui reçoit. Enfin la compréhension du patient doit être recherchée. Ceci tant au niveau de la littérature médicale que de son implication dans son parcours de santé. Nous voyons que les nouvelles organisations territoriales incarnent ces enjeux de coordination.

Enfin, la projection : Cet aspect se réfère à la capacité de l'organisation des soins à permettre aux patients quels qu'ils soient, de vivre dans la société en menant les choix qui les concernent pour leur vie. Ainsi les actions pluri professionnelles via

les programmes d'Éducation thérapeutique du Patient (ETP), les sensibilisations en santé doivent pouvoir émerger de cette nouvelle organisation des soins. Cette dernière doit donc promouvoir un décloisonnement de la prévention et du soin à l'échelle des besoins territoriaux en la matière. Ici aussi les organisations qui nous intéressent semblent avoir un rôle à jouer, notamment en incluant les patients, les aidants, dans leur mode de gestion afin de participer à des missions de démocratie sanitaire ». ¹⁸

À partir de ces piliers, nous avons pu observer quels ont été les axes de développement de ces structures et comment elles viennent s'inscrire dans une organisation territoriale de santé forcément en mouvement.

Le numérique en santé : élément structurant pour l'exercice regroupé

Nous observons que le numérique en santé n'est pas exclu de l'évolution de l'exercice médical au niveau territorial. En effet, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de juillet 2009 modifie en profondeur l'organisation et la planification des politiques de santé dans un objectif de simplification. Avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) elle développe la structure territoriale des politiques de santé et permet les partenariats public-privé. Elle se décline en Projet Régional de Santé (PRS) avec des schémas régionaux de mise en œuvre spécifique pour la prévention, l'intégration du secteur médico-social et l'organisation des soins. Elle promeut une approche intégrée et des interventions pluri professionnelles. Ce faisant, elle pose comme point central l'organisation et l'effectivité de la coordination des parcours. De plus, cette loi a une portée symbolique importante, car elle a également un impact sur le secteur social et médico-social. Si son nom ne laisse pas présager de décloisonnement, pourtant plusieurs points de cette réforme concernent ces deux domaines distincts et semblent marquer une rupture dans la séparation de ces domaines (Jaeger 2012). Ainsi plusieurs articles mettent en avant une conception extensive de la santé dans laquelle l'action sociale et médico-sociale font partie. Cette conception mise en avant par la loi HPST fait directement écho à la définition que donne l'OMS de la santé. Un élément de cette loi qui attire particulièrement notre attention est le fait qu'elle mette en avant la coordination des soins en relation avec les services et établissements

¹⁸ La démocratie sanitaire est un concept qui se réfère à la reconnaissance des droits des usagers dans le système de santé.

médico-sociaux. Dans ce contexte, les professionnels du secteur social et médico-social doivent gérer d'une part une mutation institutionnelle, puisqu'ils entrent dans le monde des ARS, et, d'autre part, une acculturation délicate alimentée par des logiques de formalisation et de rationalisations auxquelles les personnels du secteur associatif n'étaient pas, ou peu, habitués tels que le pouvoir médical, les modalités différentes des droits des personnes accompagnés qui quittent leur statut de bénéficiaires pour devenir des « patients », mais aussi des évolutions budgétaires reposant sur les rapports entre l'offre et la demande.

Face à ces défis, cette loi donne la mission à l'agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP, devenue en 2019 l'Agence du Numérique en Santé, ANS) de créer un ensemble de services numériques pour mettre en place des infrastructures et des outils communs permettant les échanges de données, le développement de la coopération entre les professionnels, la gestion optimisée des ressources publiques et l'information des usagers. La thématique de l'évaluation est promue et développée et évolue vers l'évaluation des pratiques par la bonne maîtrise de l'information. Cet aspect est servi par une diffusion large des technologies de l'information et de la communication, car « cet effet de levier de la numérisation et de la circulation des données sur la qualité des organisations est constaté dans de nombreux domaines d'activité industrielle et de services, qui ont investi dans l'optimisation de leurs systèmes d'information » (loi HPST).

Ce faisant, la loi HPST, fait évoluer la place du numérique en santé puisque de son acception en tant qu'outil au service d'un projet de modernisation des pouvoirs publics, il devient, grâce aux missions incarnées par l'ANS à savoir la régulation (améliorer les performances numériques grâce à un cadre d'utilisation commun et d'interopérabilité) l'opération (constructions de e-programmes en santé) la promotion et la valorisation (c'est-à-dire la promotion d'initiatives et évaluation de la e-santé) et le moyen de cette modernisation.

Enfin, la loi HPST et la publication du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine marque un tournant fondamental dans la pratique de cette nouvelle forme de soin puisqu'elle en donne une définition et le cadre légal de son exercice. Ainsi la pratique de la télémédecine peut prendre la forme de téléconsultation, télé expertise de télésurveillance médicale, de téléassistance médicale ou même correspondre à la « réponse médicale qui est apportée dans le

cadre de la régulation médicale » (Allaert et Quantin, 2018). À la suite de Pierre Simon (Simon, 2015), nous observons donc que la loi HPST ne s'arrête pas à la régulation de la télémédecine, mais elle fait, plus largement, du numérique en santé, une réponse aux enjeux de santé publique.

Annoncée en 2018, « Ma santé 2022 » est une stratégie de transformation du système de santé (STSS), elle s'inscrit plus largement dans la stratégie nationale de santé (SNS) qui fixe la politique nationale de santé durant 5 ans. L'objectif de cette stratégie est de réorganiser le système de santé français autour d'un financement qui favorise une organisation des soins de proximité et une plus grande coopération entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, dans un rapprochement ville-hôpital. Ma santé 2022 fonde son action sur 5 piliers : la qualité, le financement, le numérique en santé, les ressources humaines, l'organisation territoriale. Elle vise à positionner le système de santé français à la pointe de l'innovation grâce à des synergies renforcées entre professionnels libéraux et médico-sociaux. Son premier objectif est d'apporter de nouveaux services aux usagers pour renforcer leur rôle d'acteurs dans leur santé. Ensuite, il s'agit de faciliter l'exercice des professionnels en renforçant leur coordination par des outils sécurisés, interopérables, simples et qui facilitent les prescriptions dématérialisées, télémédecine, télé soins. Enfin, de développer l'intelligence artificielle afin d'exploiter à des fins de recherche les données de santé. À titre d'exemple, voici les mesures clés que propose Ma santé 2022 et qui reposent sur le numérique :

- Ouvrir un espace numérique de santé à destination de chaque Français d'ici janvier 2022
- Déployer pleinement la télémédecine ;
- S'appuyer sur le numérique pour améliorer les organisations, dégager du temps médical et offrir un bouquet de services numériques aux professionnels de santé ;
- Ouvrir l'hôpital (programme HOP'EN) et les territoires de santé (programme e - Parcours) sur le numérique ;
- Favoriser la production et l'utilisation des données de santé ;
- Constituer une commission de l'éthique numérique en santé– Encourager l'innovation en e-santé.

De plus, nous remarquons que Ma santé 2022 approfondit sa réflexion au sujet des modes d'organisation regroupés. Elle propose un dispositif visant à faciliter

l'exercice des professionnels de santé, à améliorer l'organisation des prises en charge des patients, il s'agit des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Elles regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Il ne s'agit pas d'un lieu de soin, mais d'une structure qui accueille les Maisons pluri professionnelles, les centres de santé et les équipes de soins primaires, mais aussi les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les acteurs médico-sociaux du territoire. Ma santé 2022 définit la CPTS comme étant l'organisation de référence des parcours ambulatoires (rapport IGAS, 2018-041-R). Le code de la santé publique ajoute et précise : *« La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux ainsi que de services de prévention et de santé au travail, concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé »*. Il est possible d'observer qu'au regard de la définition des CPTS et des missions de décloisonnement interprofessionnel des soins qu'elles doivent déployer, de coordination territoriale et de leur statut de référence pour les parcours ambulatoires, Ma santé 2022 se dote d'outils numériques spécifiques comme e-parcours pour y faire face. En effet, e-parcours, joue un rôle transversal et réunificateur entre ces objectifs. L'ambition de e-parcours est de réussir la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires entre les professionnels exerçant dans le secteur sanitaire, médico-social et social dans une logique de prise en charge décloisonnée. Pour ce faire il organise la mise à disposition d'un bouquet de services numériques territoriaux et finance des projets organisationnels et numériques faits par les nouvelles organisations territoriales, c'est-à-dire les MSP, les CDS, regroupés dans les CPTS. De plus, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé le 20 juin 2019, entre les représentants des professions de santé et l'Union des caisses nationales d'assurance maladie a pour objectif de favoriser l'exercice coordonné et le déploiement des CPTS en leur apportant un soutien financier pérenne et en définissant ses missions socles (c'est-

à-dire obligatoires) dont la première est de faciliter l'accès aux soins par le développement du recours à la télésanté (mission n° 1 axe C)¹⁹, or, l'ensemble de ces missions sont couvertes par le dispositif e-parcours.

Nous observons donc que le numérique en santé devient, tout au long des réformes qui se sont succédées depuis 2004, un projet organisationnel pour répondre aux enjeux sanitaires, territoriaux et sociaux de santé publique que pose l'accroissement des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Nous observons son aspect circulaire puisqu'il donne naissance à des nouvelles structures organisationnelles territoriales de santé parmi lesquelles les CPTS dont la mission obligatoire est le déploiement de la télémédecine elle-même, qui, de ce fait, devient la réponse sanitaire du numérique en santé. Ce faisant la télémédecine devient un outil pour la restructuration de l'organisation des soins de proximité et les CPTS constituent un levier en faveur de l'exercice regroupé pour les soins de premier recours. Nous observons également que la réforme Ma santé 2022 organise donc la transformation vers la numérisation du parcours de santé.

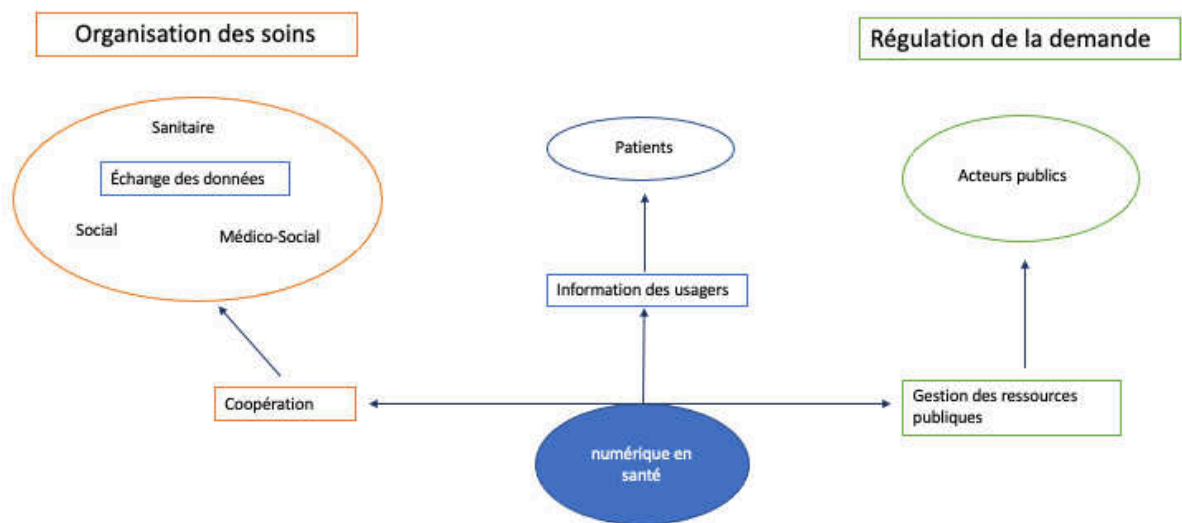


Figure 15: Le numérique en santé : projet organisationnel au cœur de la restructuration des soins de premier recours

¹⁹ Les autres missions sont organiser des parcours pluri-professionnels autour du patient (mission n°2), développer des actions territoriales de prévention (mission n°3).

5.2 Résultats : codage des pratiques et analyse phylogénétique

Afin de faciliter la lecture de cette partie, nous nommons la téléconsultation : TC et la consultation : C.

Cette partie s'organise en trois sections, tout d'abord l'étude approfondie de notre arbre nous permettra de montrer la hiérarchisation des partages des caractères, du plus général au plus particulier ainsi que le positionnement des téléconsultations par rapport aux consultations et donc des caractères responsables de ces positionnements. Puis, l'étude des récits nous permettra de décrire précisément chaque caractère ainsi que le codage que nous y avons associé. Ces éléments issus des récits qui caractérisent certains aspects de la distribution des TC par rapport aux C. Enfin, la troisième partie nous permettra de synthétiser les changements en cours que nous avons identifiés à travers l'ensemble de nos résultats.

Nous présentons ci-dessous les résultats issus de 80 entretiens semi-directifs auprès de patients âgés de 75 ans et plus. Ces personnes vivent à leur domicile seules ou accompagnées et sont, pour certaines, accompagnées dans les tâches de leur vie quotidienne par des services d'aide à domicile. Nous leur avons demandé, sur une période de 10 mois (mars à décembre 2020), de nous raconter leur dernière consultation et leur dernière téléconsultation. Ces consultations pouvaient avoir comme origine des motifs différents. Nous avons mobilisé la reconstruction phylogénétique afin d'analyser les récits dans l'objectif d'observer et de rendre compte des éventuelles relations entre les consultations et les téléconsultations.

5.2.1 Description générale des participants

La majorité des participants étaient des femmes (91 %), vivaient en logement social (52 %), puis en logement diffus, c'est-à-dire en dehors du logement social, soit en appartement dont ils étaient propriétaires, soit en location (42 %), une minorité en résidence, appartement ou services. L'âge moyen était de 81 ans. La majorité des participants vit seul-e (78 %), 15 % en famille, c'est-à-dire avec son, sa conjoint-e, ou avec un enfant, certains participants nous ont dit qu'ils vivaient avec leurs petits-enfants, dans le cadre de leurs études ou d'un premier emploi. D'autres encore ont tenu à nous préciser que bien qu'ils vivaient avec un membre de leur famille, ils étaient également aidant de ce-cette dernier-e. Enfin, s'agissant de leur familiarité avec l'outil numérique, la majorité des personnes (55 %) déclarent être à leur aise en utilisant le numérique

seulement s'ils sont accompagnés. C'est-à-dire après qu'un aidant numérique leur rappelle les bases du fonctionnement de l'ordinateur, de la navigation sur internet. Puis, 26 % d'entre eux déclarent ne pas savoir utiliser l'outil numérique seul-e-s. Enfin 18 % des participants déclarent en revanche utiliser l'outil numérique de façon autonome, c'est-à-dire sans accompagnement. 73 % des personnes qui ont participé à notre enquête, nous ont dit avoir eu recours à une aide pour accéder à la téléconsultation. Toutes les personnes qui nous ont parlé de leur téléconsultation nous ont dit qu'elles pratiquaient la téléconsultation pour la première fois.

Ci-dessous, la synthèse de cette description.

Caractéristiques des répondants	Nombre
Nombre de personnes interviewées	80
Pour accéder à la TC l'aide a été apportée par:	
Services à d'aide à domicile	28
Famille	19
Associations/gardiens d'immeuble	11
Pharmacien	1
Âge moyen	81
Genre	
Femme	73
Homme	7
Type de logement	
Locataires du parc social	42
Locataires du parc diffus	34
Autre (résidences appartements, seniors)	4
Occupation du logement	
Vit seul(e)	63
Vit en famille	17
Dont aidants familiaux	5
Familiarité avec le numérique	
Utilise les outils numériques (ordinateur, tablette) avec une aide	44
Ne sait pas utiliser le numérique	21
Utilise le numérique de façon autonome	15
Nombre de personnes ayant bénéficié	59

d'une aide pour accéder à la TC	
---------------------------------	--

Tableau 13: Description générale des participants

5.2.2 Description des téléconsultations et des consultations

Au niveau de leur téléconsultation, nous voyons que les raisons majoritairement invoquées pour les téléconsultations sont, le suivi des pathologies chroniques (63 %), et les maladies aiguës (16 %). Ceci se reflète dans les spécialités médicales sollicitées lors de la téléconsultation à savoir les généralistes à 66 % suivi des spécialités (33 %) telles que la cardiologie (25 %) la psychiatrie (ou psychologie) à 18 % et la diabétologie, endocrinologie (18 % également).

Motifs	TC	C
Suivi de pathologies chroniques	51	49
Maladies infectieuses (aiguës)	13	4
Traumatologie	8	5
Troubles psychiatriques	4	6
Bilan diagnostic	3	14
Non renseigné	1	1
Spécialités médicales		
Généralistes	53	33
Spécialistes dont :	27	30
Cardiologue	7	17
Psychiatre/Psychologue	5	6
Diabétologue/Endocrinologue	5	-
Dermatologue	4	6
Gériatre	2	5
Rhumatologue	1	4
Chirurgien	-	2
Urologue	-	2
Proctologue	-	2
Gynécologue	-	2
Non renseigné	1	1

Tableau 14: Description des téléconsultations et des consultations

5.2.3 Les résultats de la reconstruction phylogénétique : Les caractères propre aux TC, aux C et les caractères qui les réunissent.

Le logiciel PAUP nous a permis d'estimer la cohérence de nos données sous forme d'arbres. Nous avons obtenu 720 101 arbres équiparcimonieux à 457 pas.

L'indice de cohérence est bas : $CI = 0,21$, mais ceci peut être dû à un grand nombre de taxons (cet indice a ses propriétés qui se dégradent avec le nombre de taxons). C'est pourquoi il faut toujours calculer l'indice de rétention, qui ici est correct : $RI = 0,65$.

Les caractères montrent donc une certaine cohérence hiérarchique. L'ensemble des arbres sont synthétisés sous forme d'un arbre de consensus majoritaire (seules les branches majoritairement représentées parmi les 720 101 arbres au-dessus de 50 % sont figurées, les autres sont collapsées). Il s'agit, ici encore, d'un graphe connexe non cyclique orienté (car il y a une racine, les fossiles). Les éléments proches de la racine, sont les caractères généraux, plus on avance dans les branches, plus les caractères sont spécifiques.

Nous représentons ici, sous forme de phylogramme, l'un des arbres les plus parcimonieux que nous avons obtenu afin d'illustrer les grands blocs, que nous retrouverons dans l'arbre consensus.

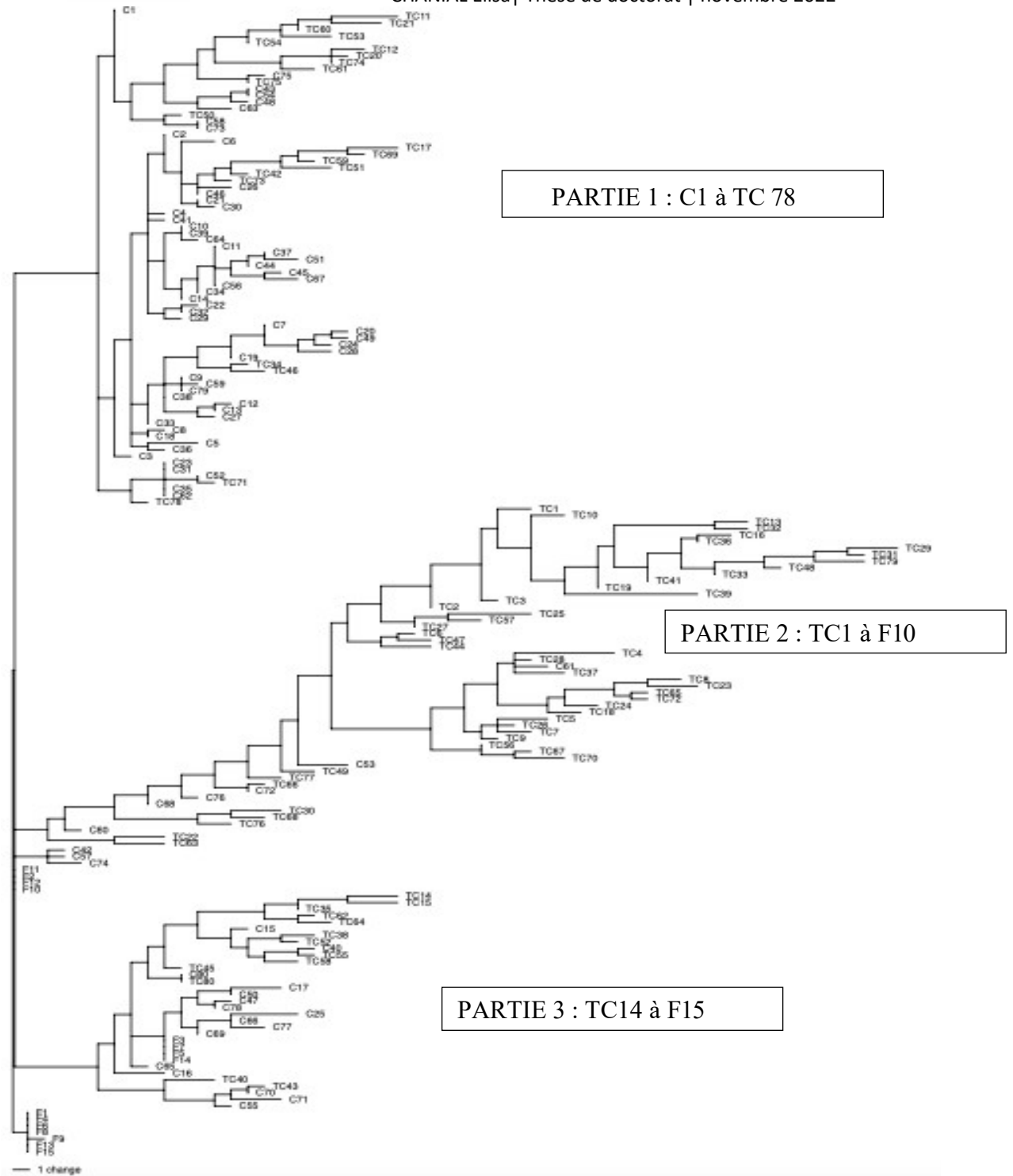


Figure 16 : phylogramme de l'un des arbres les plus parcimonieux.

Cet arbre se compose par un segment vertical qui donne naissance à trois parties que nous nommons partie 1 de C 1 à TC 78 et qui comporte 20 TC et 55 C. Partie 2 de TC1 à F10 qui comporte 46 TC et 9 C. La partie 3, qui va de TC 14 à F15 est le groupe basal qui comporte des F, 13 TC et 16 C.

Nous observons que les TC et les C apparaissent réparties en des blocs plutôt homogènes. Néanmoins, certaines C se trouvent dans des parties majoritairement composées de TC (partie 3). À l'inverse, plusieurs TC se trouvent dans des parties majoritairement composées de C (partie 2). Ainsi nous ne souhaitons pas étudier toutes les branches de notre arbre, mais souhaitons comprendre quelles sont les relations entre les consultations et les téléconsultations, à partir des trois ensembles de questions suivantes :

Question 1 : Quels sont les caractères propres aux C, c'est-à-dire qu'est-ce qui fait qu'elles sont ensemble ? Que font les TC dans ce groupe majoritairement composé de C ?

Question 2 : Quels sont les caractères propres aux TC, c'est-à-dire qu'est-ce qui fait qu'elles sont ensemble ? Que font les C dans ce groupe majoritairement composé de TC ?

Question 3 : Qu'on en commun les TC et les C dans le groupe où ces deux pratiques sont équivalentes ? Quels caractères les TC partagent entre-elles ? Quels caractères les C partagent entre-elles ?

Chaque partie de l'arbre permet de répondre à une de ces questions.

5.2.3.1 Question n° 1 : quels sont les caractères propres aux C, qu'est-ce qui fait qu'elles sont ensemble ? Que font les TC dans ce groupe majoritairement composé de C ?

Nœud A explique les derniers ancêtres communs aux groupes frères C1 et C2 :

- Percussion: 1 → 0
- Inspection: 1 → 0
- ECG : 0 → 1
- Intention de recommencer : 1 → 0
- Tiers Aidants (qui) : 2 → 1 (famille vers Saad)

Nœud B explique les caractères qui réunissent les C dans le bloc où elles sont majoritaires (C2 à TC78):

- Analyses complémentaires : 0 → 1

Nœud D explique les caractères qui réunissent les TC et les C dans le bloc où les TC sont majoritaires (C1 à TC75):

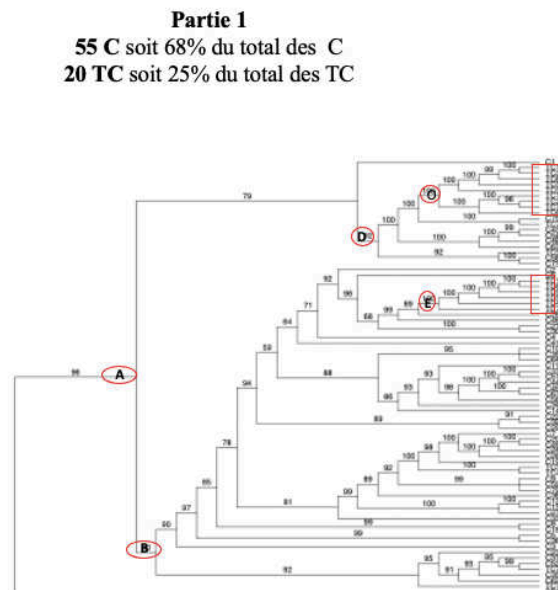
- Relation 1 → 0
- Tiers Aidants (quoi): 1 → 2 (ordinateur vers numérique)

Nœud E explique les caractères communs aux TC dans le bloc où les C sont majoritaires (TC17 à TC73)

- Analyses complémentaires : 1 → 0

Nœud O explique le caractère commun aux TC dans le groupe majoritairement composé de C (TC 11 à TC 61)

- Analyses complémentaires : 1 → 0



39

Figure 17: Arbre de cohérence partie 1 : consensus majoritaire

Nous observons que la reconstruction phylogénétique a regroupé dans cette première partie la majorité des C. Soit 68 % du total des C.

Si l'on regarde de plus près cette partie, nous observons tout d'abord que le nœud « A » (consensus majoritaire de 96 %) réunit les groupes frères D et B C1 et C2.

Pour ces deux groupes nous identifions que les ancêtres communs en A sont les caractères : percussion et inspection ainsi qu'« intention de recommencer » qui effectuent une évolution de leur état depuis l'état 1 vers l'état 0. Les caractères « électrocardiogramme » (ECG) et « tiers aidants » effectuent, en revanche, une évolution de leur état depuis l'état 0, vers l'état 1.

Le groupe C1 — C73 (« D ») comporte 11 TC et 7 C. Le groupe C2 — TC78 (« B ») comporte 48 C et 9 TC

Ce nœud « B » (consensus majoritaire de 89 %) porte le dernier ancêtre commun à la majorité des C. Il est porté par caractère « analyses complémentaires » qui effectue une

évolution de l'état 0 vers l'état 1. C'est-à-dire que ce caractère évolue depuis son absence vers sa présence.

Nous pouvons dire que la majorité des C de notre arbre de cohérence est réunie par la présence du caractère « analyses complémentaires ».

Nous pouvons aussi dire que l'ensemble des C et des TC de cette partie B partagent la disparition (l'absence) des caractères, percussion, inspection et intention de recommencer. En revanche, ils partagent l'apparition du caractère « ECG », ainsi que, s'agissant des téléconsultations, l'évolution du caractère « tiers aidant-qui sont-ils ? » depuis une aide professionnelle (des services d'aide à domicile SAAD) vers une aide familiale (membre de la famille).

Dans le groupe-frère de B nous trouvons le nœud « D » (consensus majoritaire de 79 %) qui représente les derniers ancêtres communs aux TC et au C du groupe C1. Le groupe D est soutenu par les caractères « relation » et « tiers aidants-que font-ils ? ». Le caractère « relation » effectue une évolution de son état depuis l'état 1 vers l'état 0. Alors que le caractère « tiers aidants-que font-ils ? » évolue depuis son état 1 vers l'état 2, c'est-à-dire depuis une aide à la gestion de l'ordinateur vers une aide à la connexion internet.

On peut également observer, avec le nœud « E » (consensus majoritaire de 100 %), le dernier ancêtre commun au bloc de TC (TC17 à TC73) présent dans le groupe C2. Il s'agit du caractère « analyses complémentaires » qui effectue une évolution de son état 1 vers son état 0. Nous notons donc que le caractère « analyses complémentaires » n'est pas partagé avec les TC dans le bloc où les C sont majoritaires.

Le nœud O (consensus majoritaire de 100 %) nous permet d'observer les derniers caractères communs au bloc des TC dans ce groupe majoritairement composé de C. Il s'agit du caractère « analyses complémentaires » qui évolue depuis son état 1 vers son état 0 (contrairement au nœud E).

5.2.3.2 Questions n° 2 : quels sont les caractères propres aux TC, qu'est-ce qui fait qu'elles sont ensemble ? Que font les C dans ce groupe majoritairement composé de TC ?

Nœud F explique les derniers ancêtres à toutes les TC de la partie 2 :
 -Innovation : 0 → 1

Nœud G explique les caractères qui réunissent le seul bloc où les C sont reliées entre-elles (C42 à C74):
 • Temps : 0 → 1

Partie 2
 46 TC soit 57% du total des TC
 9 C soit 11% du total des C
 4 F soit 26% du total des F

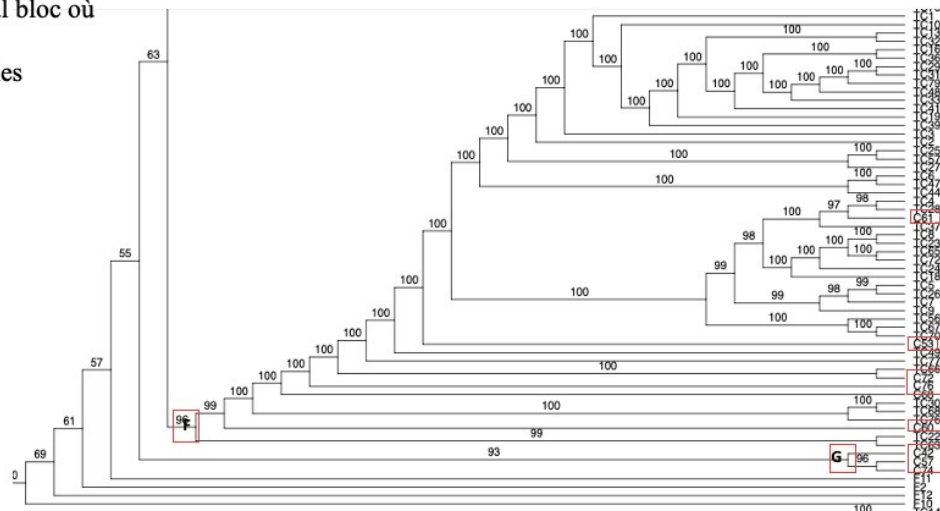


Figure 18: Arbre de cohérence partie 2 : consensus majoritaire

Nous voyons que 57 % des TC sont regroupées dans cette deuxième partie de notre arbre de cohérence. Pour comprendre ce qui les relie, nous avons recherché leurs derniers ancêtres communs.

Ils sont illustrés par le nœud « F » (consensus majoritaire de 96 %) qui représente le caractère « innovation » qui effectue une évolution de l'état « 0 » vers l'état « 1 ». C'est-à-dire que ce caractère évolue depuis son absence vers sa présence.

Nous pouvons dire que la plus grande partie des TC de notre arbre de cohérence est réunie par la présence du caractère 'innovation'.

Nous pouvons également regarder plus attentivement ce qui réunit le bloc des C (C42 à C74). Nous voyons que le nœud G (consensus majoritaire de 96 %) illustre le dernier ancêtre commun à ces trois C. Il s'agit du 'temps' qui effectue une évolution de l'état '0' vers l'état '1'.

Nous observons donc que le seul groupe où les C sont reliées entre-elles dans cette partie, majoritairement composée de TC, elles partagent la présence du caractère ‘temps’.

5.2.3.3 Question n° 3 : qu'ont en commun les TC et les C e dans le groupe où ces deux pratiques sont équivalentes ? Quels caractères les TC partagent entre-elles ? Quels caractères les C partagent entre-elles ?

Nœud H explique le dernier ancêtres commun aux TC et aux C de la partie 3 :
-Analyses complémentaires : 0 → 1

Nœud I explique les caractères qui réunissent le bloc qui regroupe la majorité des C de la partie 3 (C17 à C69):
• Innovation : 0 → 1

Nœud J explique les caractères qui réunissent le bloc qui regroupe la majorité des TC de la partie 3 (TC14 à TC64):
• Relation : 0 → 4
• Tiers aidants : 2 → 7

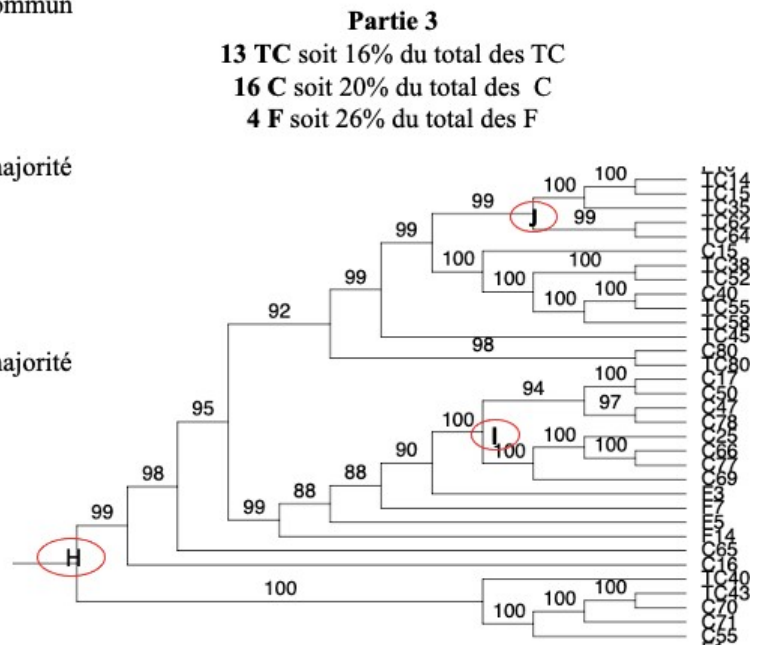


Figure 19: Arbre de cohérence partie 3 : consensus majoritaire

Nous observons dans cette partie les caractères qui nous permettent de comprendre ce que réunit les TC et les C dans ce groupe. Le nœud H (consensus majoritaire de 99 %) permet de le voir. Il s'agit du caractère « analyses complémentaires » qui effectue une évolution de l'état 0 vers l'état 1. C'est-à-dire que ce caractère évolue depuis son absence vers sa présence.

Nous pouvons donc dire que les TC sont réunis aux C, dans cette partie, par la présence du caractère « analyses complémentaires ».

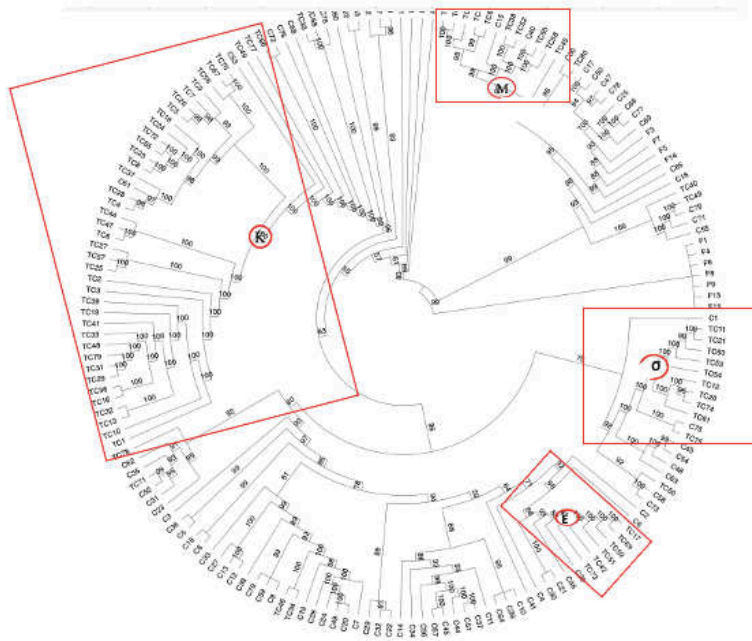
Puis, nous avons voulu observer plus spécifiquement ce que réunit les C dans ce groupe. Le nœud I (consensus majoritaire de 100 %) permet de l'expliquer. Il s'agit du caractère innovation qui effectue une évolution de l'état « 0 » vers l'état « 1 ». C'est-à-dire que ce caractère évolue depuis son absence vers sa présence. Ainsi nous pouvons dire que les C sont réunis par la présence du caractère innovation.

Enfin nous avons voulu voir plus précisément ce qui réunit les TC entre elles dans ce groupe (nœud J, consensus majoritaire de 99 %). Nous observons deux caractères ‘relation’ et ‘tiers aidants : Qui sont-ils pendant la TC?’.

‘Relation’ évolue depuis l’état ‘0’ vers l’état ‘4’. C’est-à-dire que ce caractère évolue depuis son absence vers sa présence en lien avec le fait que la relation préexistait à la TC. Et, ‘tiers aidants : Qui sont-ils pendant la TC?’ évolue depuis l’état ‘2’ vers l’état ‘4’, c’est-à-dire depuis la famille vers un professionnel de santé (ou un membre de la famille qui est professionnel de santé). Il est possible d’observer que les TC sont réunis par deux caractères communs. Il s’agit de la présence du caractère ‘relation’ qui montre une relation entre le patient et le professionnel de santé si la connaissance du médecin préexistait à la TC. Puis, la présence de l’évolution du caractère ‘tiers aidants’ vers la professionnalisation de l’aide reçue pour accéder à la TC.

Grâce à une vision plus synthétique, sous forme de disque, de notre arbre de cohérence (voir figure ci-dessous) nous nous rendons compte qu’il est possible de synthétiser les TC autour de quatre nœuds principaux à partir desquels les TC se distribuent dans tout l’arbre. En partant de la première partie de notre arbre qui s’étend de C1 à TC 78 nous identifions, pour le premier bloc des TC (celui qui s’étend de TC11 à TC 61) le nœud ‘O’ comme étant le dernier caractère commun à ce bloc de TC. Le nœud ‘O’ correspond au caractère ‘analyses complémentaires’ qui effectue une évolution de son état 0 vers son état 1. Puis, toujours dans cette première partie, pour le deuxième bloc des TC (qui s’étend de TC17 à TC 73) nous identifions le nœud ‘E’ comme étant le dernier caractère commun à ce bloc de TC. Le nœud ‘E’ correspond au caractère ‘analyses complémentaires’, comme le nœud ‘O’, mais pour ce dernier nous notons une évolution de son état 1 vers son état 0, à l’inverse du nœud ‘O’.

S’agissant de la deuxième partie de notre arbre qui s’étend de TC1 à F10, nous identifions le nœud K, avec les caractères ‘auscultation’, ‘stéthoscope’ et ‘tensiomètre’ comme étant les derniers caractères communs au bloc des TC qui s’étend de TC1 à TC 70, dans cette partie. Ces caractères effectuent une évolution de leur état 1 vers l’état 0, c’est-à-dire qu’ils évoluent vers leur absence. Pour la troisième partie de notre arbre, nous identifions le nœud M qui correspond au caractère ‘aspect global’ comme étant le dernier caractère commun au bloc des TC de cette partie (TC 14 à TC80) ce caractère évolue depuis son état ‘1’ vers son état ‘0’.



Synthétiser les TC à partir de 4 nœuds :

O : « analyses complémentaires » évolue de 0 vers 1

E : « analyses complémentaires » évolue de 1 vers 0 .

K : «Auscultation», « Stéthoscope » et «Tensiomètre» évoluent de 1 à 0

M : « aspect global » évolue de 1 à 0

Figure 20: Vision synthétique de l'arbre de cohérence (consensus majoritaire)

Ci-dessous nous représentons tous les changements d'état des caractères associés aux nœuds.

- X « Analyses complémentaires » évolue de 0 vers 1

X « Analyses complémentaires » évolue de 1 vers 0

II « Aspect global » évolue de 1 vers 0

X « Tensiomètre » évolue de 1 vers 0
- X « Auscultation » évolue de 1 vers 0

X « Stéthoscope » évolue de 1 vers 0

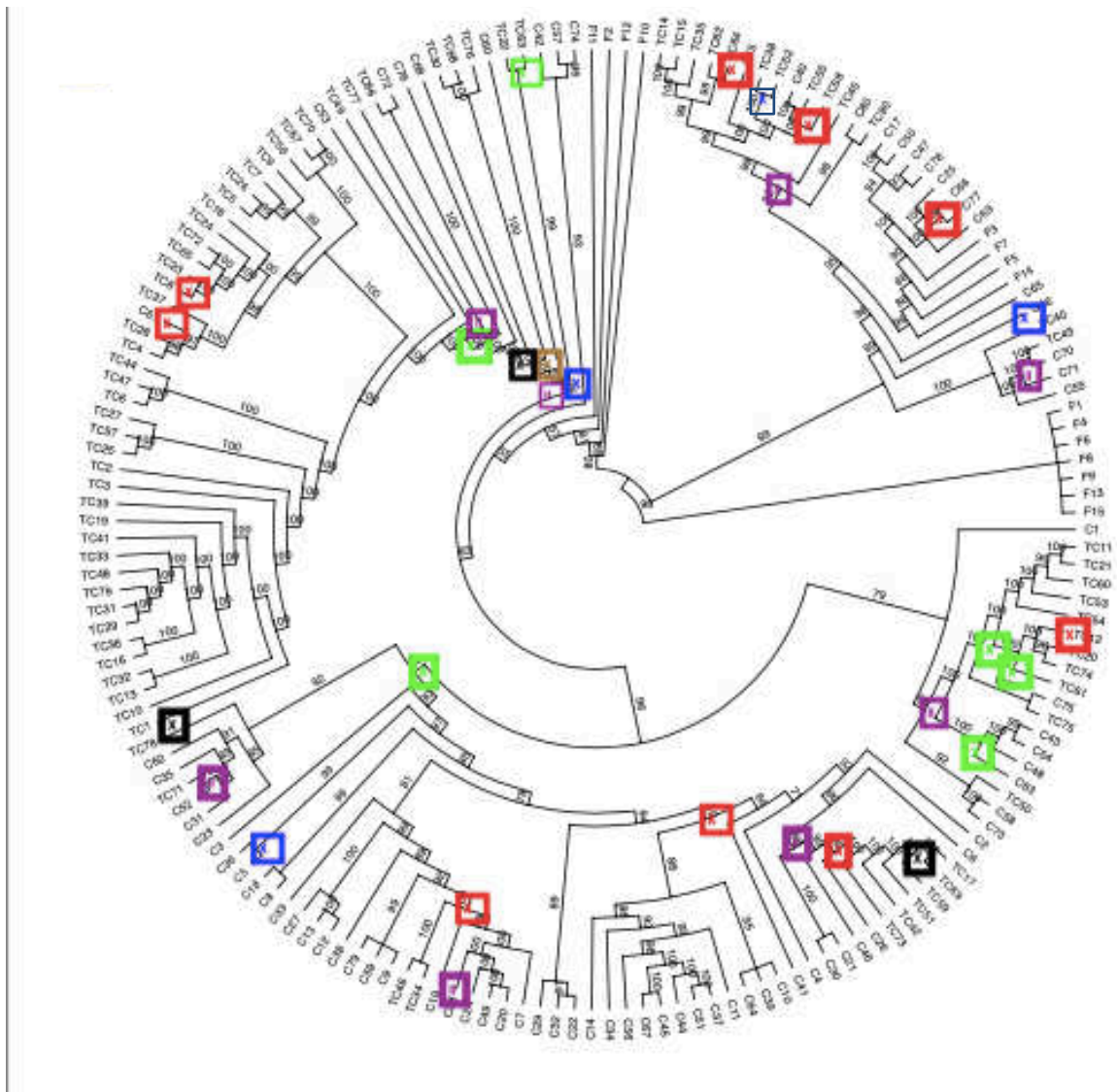


Figure 21: Représentation des changements d'états des caractères associés aux nœuds

Nous observons donc que les TC ont différentes raisons de se regrouper entre elles. En effet, les caractères « analyses complémentaires » et « aspect global » sont apparus plusieurs fois dans le cadre d'un ancêtre commun (homologie). Cela est le cas pour

« analyses complémentaires » dans le segment qui va de C2 à C3, pour « aspect global » dans le segment qui va de TC14 à C55. Compte tenu de l'indice de rétention qui est de 0,65, cela nous montre une transmission plutôt verticale de ces caractères. Comme s'ils étaient hérités par un ancêtre commun.

Néanmoins, nous observons que pour les caractères « tensiomètre » et « auscultation » et « stéthoscope », des ressemblances sont apparues plusieurs fois indépendamment du caractère commun (homoplasie) comme dans le segment qui va de F11 à C68. Ceci nous montre en revanche une diffusion plutôt horizontale de ces caractères, aucun lien de parenté ne peut être envisagé à partir de cela.

La visualisation de cette analyse de cohérence sous forme de disque nous permet également de porter un regard synthétique sur la façon dont les TC et les C se distribuent conjointement dans l'arbre. Ainsi nous retrouvons le nœud A qui réunit les TC et les C pour le segment où les consultations sont majoritaires. Puis, le nœud Q qui réunit les TC et les C dans le segment où les TC sont majoritaires (changement du caractère « innovation » de l'état 0 vers l'état 1 ainsi que du caractère « motifs de la consultation » depuis l'état 1 vers l'état 5, c'est-à-dire depuis un suivi de maladie chronique, vers un suivi spécialiste). Enfin le nœud P qui réunit les TC et C de ce segment avec le caractère « écoute » qui change d'état depuis 1 vers 0 dans le groupe où les TC et C sont équivalentes en nombre.

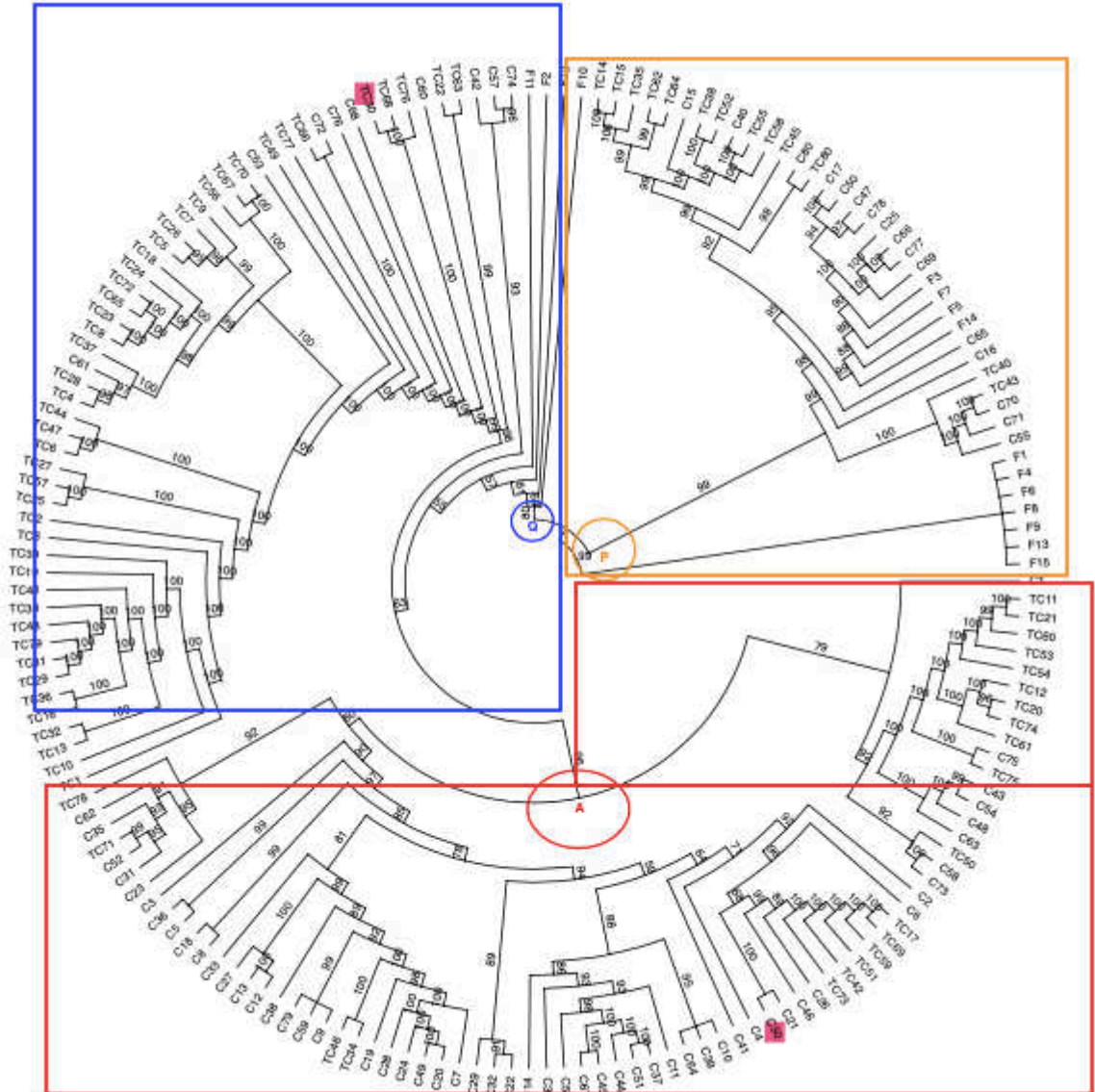


Figure 22: Vision synthétique de notre arbre de cohérence (consensus majoritaire) avec distribution conjointe des TC et des C

5.2.4 Interprétation générale des résultats de l'arbre : les évolutions des soins associées à la téléconsultation

Notre arbre de cohérence nous permet d'observer des signaux phylogénétiques forts en montrant que nos données sont structurées et se laissent capter par une hiérarchie. Cette structure, qui nous montre des transmissions de caractères horizontales et verticales entre la consultation et la téléconsultation, ainsi que son enracinement, grâce à notre extra groupe « fossile » nous permet de dire que cet arbre relève d'une phylogénie.

Nous avons voulu observer s'il existait des transmissions et des différences entre la pratique d'un examen clinique de façon classique, c'est-à-dire en face-à-face et la pratique

d'un examen clinique numérique, c'est-à-dire par téléconsultation. Nous avons cherché à savoir si et quels étaient les traits communs partagés par les téléconsultations et les consultations. Sans forcément faire émerger les raisons de ces regroupements, nous en voyons néanmoins les caractères qui les réunis. La répartition des TC par rapport aux C est assez homogène avec certains groupes où les TC sont majoritaires, et d'autres groupes où les C sont majoritaires.

Puis, dans un second temps nous avons pu interpréter les raisons de ces partages en observant une transmission verticale et des diffusions horizontales. La transmission verticale des caractères concerne l'évolution des caractères comme « analyses complémentaires » et « aspect global »

La diffusion horizontale n'est pas liée à l'évolution en temps long et s'acquière dans un temps court, comme le laps de temps que nous avons observé pour les caractères « auscultation », « tensiomètre », « stéthoscope » quand ils sont utilisés pour des téléconsultations.

Nous regroupons nos conclusions autour des dimensions qui nous ont permis d'observer l'examen clinique. Cependant, nous observons qu'il existe une forte porosité entre chacune de ces dimensions ainsi il est difficile, voire impossible, de traiter d'une dimension sans qu'elle dépende, ou influence une autre dimension. Néanmoins nous nous efforçons d'être aussi exhaustifs que possible pour chacune des dimensions que nous proposons d'observer.

Dimension gestes

Pour les TC : nous voyons que les gestes : palpation, percussion et inspection, ainsi que l'utilisation du tensiomètre, évoluent depuis une relation directe avec le soignant vers une médiation, un tiers aidant, c'est-à-dire un accompagnement aux soins par un service d'aide et de soins à domicile. Nous observons donc l'absence de gestes directs, non médiatisés ainsi que plus de difficultés à porter un regard global sur le patient au travers de la téléconsultation. Ces caractères apparaissent en même temps que la présence du caractère « innovation ».

Dimension émotions

Nous notons que le caractère « relation » se trouve dans son état « présence » quand la connaissance du professionnel préexistait à la TC. Nous retrouvons ce caractère à l'identique dans la consultation également. C'est-à-dire que les patients en tendance nous disent reconnaître une relation de soin avec le professionnel de santé si la connaissance

de ce professionnel est bien établie. Puis, nous notons que l'absence du caractère « intention de recommencer » réunit les groupes mixtes des TC et les C.

Dimension représentations

Nous avons observé une grande variabilité au niveau du caractère « analyses complémentaires ». Ce caractère a beaucoup évolué tout au long de notre arbre et semble indiquer qu'il est davantage associé aux C qu'aux TC. En effet, nous le trouvons dans des nœuds qui regroupent plusieurs C. Tout en étant pas exclusif à ce mode de consultations, le caractère « analyses complémentaires » semble évoluer vers la présence plutôt en situation de C ou dans des groupes mixtes comprenant des C et des TC.

Dimension paysage

Cette dimension évolue largement dans nos résultats et nous a permis d'observer le rôle des réseaux sociaux de proximité, gardiens, associatifs pour tous les aspects organisationnels avant, pendant et après la TC. Les caractères de cette dimension ont présenté un nombre important d'évolutions, particulièrement en accompagnement des gestes, c'est-à-dire pour pallier l'absence d'examen physique de la part du médecin (télé) consultant. À ce titre nous notons que l'assistance pour utiliser le numérique (prêt de smartphone, mise en route de l'ordinateur, branchement et allumage de la caméra, micro) est assurée généralement, et de façon spontanée, par des auxiliaires de vie des SAAD. Et, que d'autre part, l'accompagnement aux gestes cliniques quand il a été nécessaire a davantage été réalisé par des professionnels du soin à domicile (SIAD). Enfin, il a été possible de voir que les caractères « tiers aidant » évoluent en même temps que la présence du caractère « innovation ». C'est-à-dire que la présence de « tiers aidant » est souvent évoquée dans les récits, en même temps que la qualification de la pratique de TC comme étant innovante. La présence du caractère « temps » est aussi à noter dans les groupes où les C sont majoritaires.

En synthèse nous observons que les TC évoluent à partir des C (RI=0,65). Il existe une transmission verticale de certains caractères comme « aspect global », « analyses complémentaires » entre les TC et les C. Mais également une transmission horizontale comme pour les caractères « stéthoscope », « auscultation » et « tensiomètre ». Ainsi les partages de caractères sont en circulation, mais pas totalement puisque nos données ont pu être partiellement structurées verticalement comme en témoigne le RI de 0,65. Nous observons l'apparition du caractère « innovation » en même temps que l'absence du caractère « percussion » et « inspection » qui sont représentatifs du geste non médiatisé par

un dispositif médical, et une grande évolution du caractère « analyses complémentaires ». De plus, nous notons que la présence des caractères tiers aidants qui sont-ils ? et que font-ils ? change, pour passer d'un accompagnement depuis une aide familiale vers une aide professionnelle, accompagnée de gestes plus techniques, qui allient l'utilisation de l'informatique à celle du numérique. Enfin, nous remarquons qu'il n'y a pas de caractères exclusifs aux consultations, et que les consultations ne sont pas homogènes entre-elles. Nous représentons ci-dessous notre synthèse.

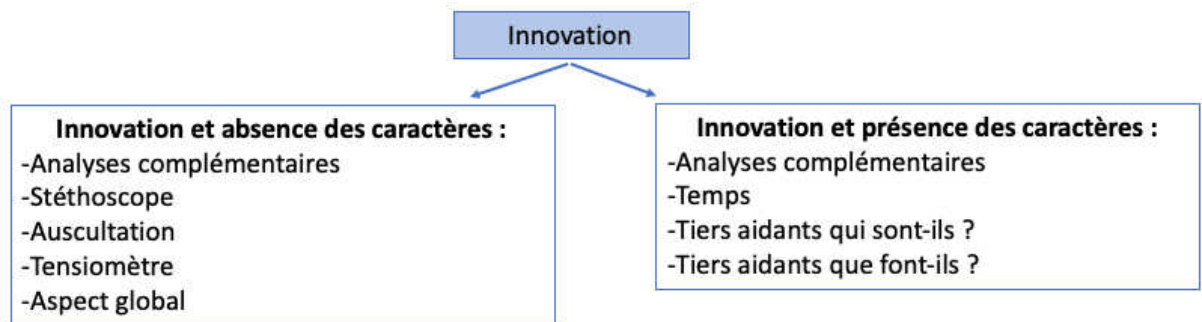


Figure 23: Trajectoires d'évolutions de la téléconsultation

5.2.5 Identification d'autres caractères dans les récits

Nous avons observé que tous les caractères que nous avons codés n'ont pas été retenus dans l'étude que nous avons faite de l'arbre. En effet, nous n'avons pas étudié la totalité des branches de l'arbre, et nous nous sommes seulement intéressés aux relations entre les consultations et les téléconsultations. Néanmoins pour pouvoir restituer toute sa profondeur à notre étude et aux résultats issus de l'arbre, nous présentons ci-dessous tous les caractères qui ont émergé de nos données et de notre codage. Pour chaque caractère nous proposons une explication contextuelle et l'illustrons avec des verbatim issus de notre matrice de caractères. Ainsi TC 1 ou C1 signifie que le verbatim présenté est issu du premier récit de téléconsultation ou de consultation. Ces éléments peuvent donc être retrouvés dans la matrice de caractères aux lignes et aux colonnes correspondant à la TC ou à la C qui est indiqué dans l'exemple. Pour chaque caractère nous précisons également le codage spécifique et précisons les précautions qui doivent être prises dans pour la compréhension de ces caractères au sein de notre travail et pour une utilisation éventuelle de ces caractères en dehors de ce travail.

Présentation détaillée de tous les caractères :

Gestes :

• Palpation

Ce caractère illustre un des aspects de l'examen physique. Nous avons codé sa présence quand le patient nous a dit que le médecin avait effectué ce geste ou bien quand on nous a dit que le patient l'avait effectué lui-même à la demande du médecin ou bien quand on nous a dit qu'un tiers aidant (professionnels de santé, médico-social, ou familial) l'avait effectué à la place du médecin, à la demande du médecin, avec des indications précises du médecin pour la réalisation. Exemple : C5 « *Il m'a palpée parce que j'avais une grosseur* ». Nous avons codé son absence quand le patient nous a dit explicitement qu'aucun geste direct, ou par l'intermédiaire d'une autre personne n'avait été effectué ou demandé. Exemple : TC27 « *il ne m'a pas visitée, non, comment voulez-vous ? à distance ?* »

Point de vigilance : nous avons associé d'autres mots à ce geste tels que : toucher, appuyer, poser les mains, tâter. D'autres expressions en dehors de celles que nous avons repérées pourraient être utilisées par les patients pour exprimer cette action.

Limite de l'usage : Comme pour tous les mots que nous avons classés dans la catégorie des gestes, une porosité entre la description du geste et le fait de nommer en général l'examen physique par le geste a été observée (voir le caractère auscultation).

Extraits des *verbatim* TC :

Présence

TC 13	<i>Alors, je me suis touchée, comme j'ai pu</i>
TC 15	<i>C'est Yves qui a touché</i>
TC 22	<i>Le médecin me disait comment faire pour me palper la poitrine</i>
TC 30	<i>Je me suis palpée parce que j'avais une grosseur, mais au cas où mes enfants pouvaient m'aider</i>
TC47	<i>Et j'appuyais avec mes mains pour voir si je sentais quelque chose</i>
TC53	<i>Je posais mes mains sur le cou pour sentir les ganglions, je crois</i>
TC61	<i>Donc elle me dit de me toucher du bout des doigts</i>

Absence

TC 1	<i>Bien sûr que ce n'était pas possible aucun geste</i>
TC 2	<i>Non, aucune palpation, ni percussion d'ailleurs, ni auscultation</i>
TC 3	<i>Non, cela n'a pas pu se faire</i>
TC4	<i>Il n'a pas été possible de réaliser ce type de geste</i>
TC 5	<i>C'est-à-dire que ce type de geste est quand même difficile à distance</i>
TC 7	<i>Non</i>
TC 8	<i>Il ne m'a pas touchée</i>
TC 10	<i>Pas du tout</i>
TC 25	<i>Non, mais remarquez, peut-être que les médecins ne le font plus</i>

Extraits des verbatim C :

	Présence
C 2	<i>Bon, alors je ne me souviens plus très bien, mais oui, il m'a palpée, pour voir si ce n'était pas cassé sans doute.</i>
C 3	<i>Exactement, il a palpé ma gorge. Je ne veux pas dire de bêtise, mais je crois que c'était pour trouver des ganglions. À mon âge, ça m'a étonné.</i>
C 5	<i>Il m'a palpée parce que j'avais une grosseur</i>
C 6	<i>Généralement oui il me palpe</i>

C	<i>Oui, j'avais une boule sous le bras, je m'excuse pour les détails,</i>
1	
0	

Absence	
C	<i>Non, cette fois-ci cela n'a pas été nécessaire</i>
7	
C	<i>Non, mais ce que je veux dire c'est que oui, d'habitude il le fait. Bon, la dernière consultation ce n'était pas pour ça, donc il ne l'a pas fait, mais normalement, si besoin, il fait</i>
9	
C	<i>De mémoire, non, pas de palpation</i>
1	
2	
C	<i>Non, je ne me souviens pas de ça</i>
1	
3	
C	<i>C'est-à-dire que la consultation ne s'y prêtait pas</i>
1	
5	

• Inspection

Idem que palpation. Exemple : TC16 « *il n'y avait pas d'autres marques, il a bien regardé* » ou TC56 « *le docteur a bien regardé la plaie au pied, ça commençait à changer de couleur, heureusement ça a été pris à temps* ».

Point de vigilance : Comme pour « palpation » nous avons identifié une large variété de mots et d'expression pour désigner le fait d'inspecter tout ou partie du corps. Nous avons donc associé à « inspection » : bien regarder, regarder partout, observer, observer attentivement, et bien sûr le mot inspecter.

Limite de l'usage : La frontière entre « inspection » et « aspect global » nous a semblé tenue dans les récits des participants. Dans de futures recherches, il ne sera peut-être pas nécessaire de garder les deux caractères.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC 16	<i>il n'y avait pas d'autre marques, il a bien regardé</i>
TC 22	<i>Oui, en lui donnant les bonnes indications, avec la palpation etc, alors je crois qu'il a bien réussi à regarder</i>
TC 30	<i>Je pense que cela a été plus ou moins possible</i>
TC56	<i>le docteur a bien regardé la plaie au pied, ça commençait à changer de couleur, heureusement ça a été pris à temps</i>
TC67	<i>C'est-à-dire qu'avec la caméra il pouvait voir, oui</i>
Absence	
TC 1	<i>Non, je n'ai pas eu l'impression d'un regard approfondi en fonction de ce que je lui disais</i>
TC 2	<i>Pour moi l'inspection, c'est vraiment quand il peut faire le tour de la personne, il regarde sous toutes les coutures on va dire, bon, dans mon cas à distance cela n'a pas été possible</i>
TC 3	<i>D'accord, j'ai confiance, d'accord j'ai pu faire marcher le tensiomètre, mais quand même il n'a pas pu bien inspecter, c'est d'ailleurs sans doute pour cela qu'il m'a fait faire des analyses en plus</i>

Extraits des *verbatim* C :

Présence	
C 6	inspection, c'est-à-dire regarder partout ? Oui bien-sûr c'est le but
C 15	oui en regardant du haut en bas
C 17	alors, c'est pas tout le temps le cas, c'est sur, mais là comme ce n'était pas très spécifique, alors oui
C 22	ben c'est ça qui est différent par rapport à l'autre consultation (en ligne), bon tu me l'a pas demandé, mais voilà, c'est ce qui me rassure
C 25	c'est ça oui il me regarde
C 37	très observateur, il regarde la peau il me demande de me tourner etc
C 41	il observe, scrute, tate, bouge, tu vois, c'est ça le métier, et ça donne confiance
Absence	
C 1	Non, mais la palpation lui a suffit
C 4	Ce n'était sans doute pas nécessaire par rapport à ce que j'avais, il a bien pu se faire une idée sans cet aspect là en plus
C 5	Non, mais je crois, qu'en dehors des problèmes de peau, cela ne se fait pas trop non ? Par rapport au cancer, cela n'était pas adapté
C 8	Non, mais c'était un bilan que je devais faire, sans doute que s'il trouve autre chose après, cela sera différent et il fera ce geste là en plus

• Percussions

Idem que pour la palpation et l'inspection. Les mots qui ont été employés pour désigner ce geste sont « tapoter », « taper ». Exemple C79 « *D'habitude, pour vérifier ma respiration, il me tapote dans le dos, je crois au niveau des poumons* ».

Point de vigilance : idem que palpation.

Limite de l'usage : idem que pour palpation.

Extraits des *verbatim* TC :

	Présence
TC 14	<i>Oui, elle me tapotait dans le dos je crois.</i>
TC 30	<i>Voilà, il me donnait des indications et je tapotais mes sinus, enfin je pense.</i>
	Absence
TC 2	<i>C'est-à-dire, non bien sûr, mais on disait otu à l'heure qu'il est possible de faire de sgestes soi même, mais alors là, je ne sais pas comment faire</i>
TC 3	<i>Je n'ai pas cette expérience, et comme j'en ai faite qu'une seule. Mais ça me parait difficilement réalisable quand même, on ne s'invente pas médecin</i>
TC 25	<i>Alors, là, c'est drôle à imaginer, il va faire comment, tapoter l'écran ? Ah ah !</i>
TC 26	<i>Non, bien sûr que non</i>
TC 27	<i>Mais j'en ai pas paré parce que ça me parait évident que ce n'est pas possible. Sauf, à avoir une infirmiere chez vous. C'ets possible, mais pas dans mon cas</i>
TC 28	<i>Si encore j'étais du métier, mais même pas, alors il m'aurait dit de me taper sur les doigts comme ils font, j'aurais été bête</i>
TC 29	<i>non</i>
TC 33	<i>sans hésiter, je dis non</i>

Extraits des *verbatim* C :

Présence	
C 2	<i>Mais tout dépend de la raison de la visite, souvent oui. Et pour la dernière consultation, aussi oui.</i>
C 3	<i>Parfois oui, parfois non, la dernière fois oui</i>
C 6	<i>oui assez classiquement</i>
C 8	<i>oui , il tapotait sur ses doigts un coup un doigt, un coup deux</i>
C 9	<i>ça fait partie du B-A BA de la consultation. Dans la dernière il m'a tapoté juste avant de m'ausculter</i>
C 10	<i>oui quand c'est nécessaire</i>
C 12	<i>assez souvent, comme j'ai des problèmes de respiration</i>
C 39	<i>alors c'est des tapotements léger sur le dos, généralement, oui voilà ça il l'a fait la dernière fois</i>
C 40	<i>Tu vois, ce sont des petit coups pour voir si ça résonne, je pense</i>
C 42	<i>Après avoir écouté mes poumons il a tapoté mon dos, ou l'inverse, je ne sais plus</i>
C 46	<i>Avec une très grande minutie, il a exploré écouté enfin tout ce qu'il faut. Et en effet, j'avais un souffle, quelque chose qui</i>
Absence	
C 1	<i>Pas cette fois, non</i>
C 4	<i>Non, mais ce n'était pas nécessaire</i>
C 13	<i>Non, il a fait un examen physique, mais pas de percussion</i>
C 14	<i>Non, mais je précise qu'il aurait pu si cela avait été nécessaire, c'est tout à fait différent de ne pas faire parce que cela n'est pas nécessaire et ne pas faire parce qu'on ne peut pas</i>
C 15	<i>Cette fois-ci non, mais il a bien fait un examen du corps quand même</i>
C 17	<i>Je me souviens de la palpation, parce qu'il a trouvé ce qui me faisait mal, mais la percussion, je ne me souviens pas, non pas cette fois</i>

• Auscultation

Il s'agit ici de rendre compte de l'acte médical d'auscultation. Si pour certains patients il a été synonyme d'« examen physique », nous avons codé sa présence seulement pour les récits qui illustraient explicitement le fait d'ausculter.

Exemple : C2 « *Vous savez avec le stéthoscope elle a écouté mes poumons* ». C7 « *oui j'y suis allé pour la grippe alors il m'a bien visité comme il faut, avec les outils comme vous dites pour écouter ce qui se passe dans les poumons, oui je toussais beaucoup* ». Nous avons codé son absence, seulement quand le patient nous disait explicitement que cette partie de l'examen n'avait pas été faite. Ainsi, nous n'avons pas codé son absence dans les récits où les patients nous disaient ne pas avoir reçu d'examen physique, dans ces cas nous avons codé « Z ». C'est-à-dire que le caractère ne s'applique pas.

Point de vigilance : Le point le plus important réside dans le fait d'être sûr que le caractère désigne bien l'acte médical d'auscultation, et non, l'examen physique en général qui peut comporter bien des observations en plus de l'auscultation.

Limite de l'usage : rien à signaler.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC4	<i>C'était moi, mais le médecin de l'autre côté me disait comment faire !</i>
TC 14	<i>Elle a posé son stéthoscope</i>
TC 15	<i>Ben donc il a utilisé l'appareil pour écouter, ma respiration je pense</i>
TC 39	<i>C'est ma fille, qui est infirmière qui m'a auscultée avec son appareil, et c'est elle ensuite qui a dit au médecin</i>
Absence	
TC 1	<i>Bien sûr que ce n'était pas possible aucun geste</i>
TC 2	<i>Non, aucune palpation, ni percussion d'ailleurs, ni auscultation</i>
TC 3	<i>Non, cela n'a pas pu se faire</i>
TC 5	<i>C'est-à-dire que ce type de geste est quand même difficile à distance</i>
TC 6	<i>non</i>
TC 7	<i>Il ne m'a pas touchée</i>
TC 8	<i>non</i>
TC 9	<i>non</i>
TC 10	<i>Pas du tout</i>
TC 25	<i>Non, à distance, il me semble que c'est tout le travail en lien avec le corps qui se perd... enfin parfois déjà au cabinet on avait l'impression d'être moins touchés, voyez ?</i>

Extraits des *verbatim* des C :

Présence	
C 1	<i>oui, avec le stéthoscope</i>
C 2	<i>Vous savez avec le stéthoscope elle a écouté mes poumons</i>
C 3	<i>Pour vérifier mes poumons</i>
C 4	<i>Je toussais, il a mis son stéthoscope dans le dos</i>
C 6	<i>non, il m' fait la consultation normale, avec tout ce qu'il faut, la tension et tout, mais là c'était spécifique à mon problème, il a écouté ma respiration</i>
C 7	<i>oui j'y suis allé pour la grippe alors il m'a bien visité comme il faut, avec les outils comme vous dites pour écouter ce qui se passe dans les poumons, oui je toussais beaucoup</i>
C 8	<i>bien sur c'est la base de la consultation l'auscultation</i>
C 9	<i>ah, oui, vous voyez, je n'avais pas précisé tellement ça me paraît normal, pas comme quand c'est à distance</i>
C 10	<i>oui</i>
C 11	<i>alors, oui, une auscultation</i>
C 12	<i>elle a ausculté comme il faut en tapotant, en me demandant de dire "33", avec le stéthoscope</i>
C 14	<i>en utilisant son stéthoscope, donc oui l'auscultation, sinon c'est ma fille qui l'a fait, quand c'était en téléconsultation, mais je te dirai ça après</i>
Absence	
C 5	<i>Non mais alors, ce n'est pas parce qu'on se voit qu'il est obligé d'ausculter les patients, moi par exemple, cela n'a pas été fait</i>
C 16	<i>Tout dépend de la raison de la visite, non ? Pour mon problème c'était pas nécessaire</i>
C 53	<i>Pas dans mon cas, mais c'était pas nécessaire je pense</i>

Ci-dessous nous présentons les outils de l'examen physique qui nous ont été rapportés par les patients

- Stéthoscope

Il s'agit de l'outil que les professionnels de santé utilisent dans l'examen physique. Nous avons codé sa présence quand le patient nous a dit spécifiquement que le médecin l'avait utilisé soit en donnant le nom « stéthoscope » soit en nous décrivant approximativement. Exemple : C50 « *Il écoute ce qui se passe avec son appareil* ». Nous avons codé « 2 » quand le geste d'auscultation avait été fait par une autre personne que le médecin lors de la téléconsultation, et plus spécifiquement, c'est la modalité « famille » qui est ressortie pour l'aide obtenue lors de la manipulation du stéthoscope (comme dans le cas des TC14, TC15 et TC39). Dans ces cas, c'est un membre de la famille (fille ou fils) professionnel de santé (infirmier ou kinésithérapeute) qui a manipulé l'outil et transmis l'information au médecin téléconsultant.

De même que pour les caractères palpation et inspection, nous avons noté son absence quand le patient nous a dit spécifiquement qu'aucun examen physique direct, ni par l'intermédiaire d'un tiers (y compris le pharmacien) n'avait été pratiqué ou demandé. Exemple : TC26 « *Non, il n'a pas pu m'ausculter, ni rien* ».

Point de vigilance : Nous avons codé la présence du stéthoscope à chaque fois qu'on nous l'a dit, mais aussi à chaque fois que l'on nous a dit qu'il y avait eu une auscultation. En effet, le stéthoscope est l'instrument qui permet l'auscultation. Néanmoins, l'auscultation peut aussi recouvrir d'autres techniques comme par exemple le fait de poser l'oreille du médecin sur le thorax du patient.

Limite de l'usage : Une exploration plus fine aurait dû être effectuée afin de savoir précisément pour les consultations, et pour les consultations fossiles si cet instrument avait été utilisé ou si le médecin avait procédé à l'écoute directe sur le thorax.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence

TC4	<i>C'était moi, mais le médecin de l'autre côté me disait comment faire !</i>
TC 14	<i>Elle a posé son stéthoscope</i>
TC 15	<i>Ben donc il a utilisé l'appareil pour écouter, ma respiration je pense</i>
TC 39	<i>C'est ma fille, qui est infirmière qui m'a auscultée avec son appareil, et c'est elle ensuite qui a dit au médecin</i>

Absence

TC 1	<i>Bien sûr que ce n'était pas possible aucun geste</i>
TC 2	<i>Non, aucune palpation, ni percussion d'ailleurs, ni auscultation</i>
TC 3	<i>Non, cela n'a pas pu se faire</i>
TC 5	<i>C'est-à-dire que ce type de geste est quand même difficile à distance</i>
TC 6	<i>Non</i>
TC 7	<i>Il ne m'a pas touchée</i>
TC 8	<i>Non</i>
TC 9	<i>Non</i>
TC 10	<i>Pas du tout</i>
TC 25	<i>Non, à distance, il me semble que c'est tout le travail en lien avec le corps qui se perd... enfin parfois déjà au cabinet on avait l'impression d'être moins touchés, voyez ?</i>
TC 26	<i>Non, il n'a pas pu m'ausculter, ni rien</i>
TC 27	<i>il ne m'a pas visitée, non, comment voulez-vous ? à distance ?</i>

Extraits des *verbatim* C :

A	B
Présence	
C 1	<i>oui, avec le stéthoscope</i>
C 2	<i>Vous savez avec le stéthoscope elle a écouté mes poumons</i>
C 3	<i>Pour vérifier mes poumons</i>
C 4	<i>Je toussais, il a mis son stéthoscope dans le dos</i>
C 6	<i>non, il m' fait la consultation normale, avec tout ce qu'il faut, la tension et tout, mais là c'était spécifique à mon problème, il a écouté ma respiration</i>
C 7	<i>oui j'y suis allé pour la grippe alors il m'a bien visité comme il faut, avec les outils comme vous dites pour écouter ce qui se passe dans les poumons, oui je toussais beaucoup</i>
C 8	<i>bien sur c'est la base de la consultation l'auscultation</i>
C 9	<i>ah, oui, vous voyez, je n'avais pas précisé tellement ça me paraît normal, pas comme quand c'est à distance</i>
C 10	<i>oui</i>
C 11	<i>alors, oui, une auscultation</i>
C 12	<i>elle a ausculté comme il faut en tapotant, en me demandant de dire "33", avec le stéthoscope</i>
C 14	<i>en utilisant son stéthoscope, donc oui l'auscultation, sinon c'est ma fille qui l'a fait, quand c'était en téléconsultation, mais je te dirai ça après</i>
Absence	
C 5	<i>Non mais alors, ce n'est pas parce qu'on se voit qu'il est obligé d'ausculter les patients, moi par exemple, cela n'a pas été fait</i>
C 16	<i>Tout dépend de la raison de la visite, non ? Pour mon problème c'était pas nécessaire</i>
C53	<i>Pas dans mon cas, mais c'était pas nécessaire je pense</i>

• Tensiomètre

Nous avons codé cet outil de la même façon que nous l'avons fait pour le stéthoscope. Les mots que nous avons associés à "tensiomètre" sont : « l'appareil qui prend la tension », « le bracelet qui serre le bras », « l'appareil avec la pompe ».

Point de vigilance : rien à signaler.

Limite de l'usage : rien à signaler.

Extraits des *verbatim* TC

Présence	
TC 3	<i>J'avais l'appareil à la maison, vous savez à notre âge..</i>
TC4	<i>C'était dans la cabine, et le pharmacien m'a aidé à la placer</i>
TC 7	<i>J'avais prévu et je suis allée la veille à la pharmacie</i>
TC 8	<i>C'est la pharmacienne, qui tait la ce jour-là, qui m'a fait la prise de tension</i>
TC 10	<i>J'ai fait ça moi-même, quelques minutes avant le début de la consultation à distance</i>
TC 11	<i>Madame Emma en venant elle m'a pris la tension</i>
TC 12	<i>Non, mais je suis allée directement à la pharmacie pour prendre la tension, ils ont l'appareil et ils ont l'habitude</i>
TC 13	<i>mais alors c'est facile à faire, j'ai l'appareil, avec le bracelet, bien sûr, je l'ai fait moi-même, je fais de l'hypertension, vous savez</i>
Absence	
TC 1	<i>Pas de tension</i>
TC 2	<i>Non</i>
TC 5	<i>Pas possible j'ai pas l'appareil à la maison</i>
TC 6	<i>Non je n'aurais pas su faire</i>
TC 9	<i>Là aussi, au cabinet il y a mais à distance non</i>
TC 26	<i>Je n'ai pas pu vérifier ma tension</i>
TC 27	<i>Cela n'a pas été évoqué, mais c'est vrai qu'eje devrais le faire de temps en temps, même sans ordonnance quoi</i>
TC 28	<i>Non...</i>
TC56	<i>Je n'ai pas fait de mesure de a tension</i>
TC69	<i>Il n'a pas vérifié ma tension</i>
TC76	<i>Non, il ne me l'a pas demandé, mais j'ai l'appreil à la maison, pour une prochaine fois je le ferai moi-même</i>

Extraits de *verbatim* C :

Présence	
C 1	<i>oui, prise de tension bien évidemment</i>
C 2	<i>il a pris ma tension</i>
C 3	<i>il a mesurer ma tension</i>
C 4	<i>c'était pour voir si je ne faisais pas d'hyper tension. Mais il faut que je refasse des prises à la maison. Visiblement on peut faire de l'hyper tension quand on voit un médecin, c'est pour ça que je vais le refaire chez moi</i>
C 6	<i>non, il m' a fait la consultation normale, avec tout ce qu'il faut, la tension et tout, mais là c'était spécifique à mon problème, il a écouté ma respiration</i>
Absence	
C53	<i>Non, il n'a pas utilisé de tensiomètre, d'ailleurs il n'a pas pris la tension</i>
C68	<i>Ce n'était pas nécessaire, mais bon, vous me faites douter là</i>
C72	<i>Non, je ne crois pas</i>
C76	<i>Ah, tiens, c'est vrai, il n'a pas pris de tension, faut dire que je peux le faire chez moi au besoin</i>

• Oxymètre

Nous attirons l'attention sur le fait que, au vu de la situation épidémique, l'oxymètre de pouls, revient extrêmement souvent dans les récits des patients, étant donné que ce dispositif médical a été utilisé pour monitorer la bonne oxygénation du sang des personnes atteintes de la Covid-19. De même que pour le stéthoscope, nous avons codé la présence de cet outil quand elle était clairement énoncée par le patient : TC31 « *Le médecin, m'a demandé d'acheter la pince qu'on met au bout du doigt... vous savez ?* » ou C26 « *J'avais un souffle aux poumons, alors la docteure m'a prescrit le "saturnomètre"* ». Nous avons codé l'absence de ce caractère quand le patient nous a dit explicitement que cet outil n'avait pas été utilisé, soit que le médecin ne l'avait pas prescrit dans le cadre d'une surveillance, soit que le patient ne se l'était pas procuré. Nous avons codé « ? » quand nous n'avions pas l'information.

Les mots associés à cet outil ont été : « la pince à doigt / au bout du doigt », « l'appareil qui mesure/prend/voit l'oxygène », « saturomètre » et « saturnomètre ».

Point de vigilance : La fréquence de cet appareil est très importante dans les téléconsultations, moins dans les consultations, sauf pour celles qui ont porté spécifiquement sur des problèmes pulmonaires, ou de respiration comme dans le cas de bronchite chronique, ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) attestée. Plus rares, nous avons codé un cas d'asthme où cet outil a été utilisé.

Limite de l'usage : Ce caractère doit être observé avec précaution puisqu'on pourrait croire que au vu de sa fréquence lors des téléconsultations, ces dernières ont davantage été sollicitées pour des problèmes à caractère respiratoire. Nous ne pouvons ni supposer ni affirmer cela à partir de nos données.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC4	<i>Alors, voyez, dans la cabine il y avait tout, même la pince pour l'oxygène</i>
TC 8	<i>Le médecin, m'a demandé d'acheter la pince qu'on met au bout du doigts... vous savez</i>
TC 13	<i>Comme Josette venait la veille de la consultation par ordinateur, je lui ai demandé de m'aider à lire ce qu'il y avait écrit sur la pince à oxygène, tu vois ?</i>
TC 14	<i>C'est monsieur Louis, de la pharmacie qui m'a pris l'oxygène</i>
TC 15	<i>En allant à la pharmacie c'était possible de faire ça avec le pharmacien</i>
TC 18	<i>pour l'oxygène ? Oui, j'ai pu, enfin pas toute seule, avec le pharmacien</i>
TC 19	<i>j'ai du aller à la pharmacie, il m'ont montré une fois, après j'ai loué l'appareil</i>
TC 21	<i>donc c'est mon fils qui m'a aidée avec la pince, il était venu la vieille il me semble</i>
TC 23	<i>Le médecin, m'a demandé d'acheter la pince qu'on met au bout du doigts... vous savez ?</i>
TC 24	<i>Ben c'est ma fille qui m'a montré comment faire</i>
TC 29	<i>Il faudrait que je vous la montre... mais c'est l'application du téléphone qui permet aussi de voir ce paramètre du sang, voilà tout.</i>
TC 31	<i>Le médecin, m'a demandé d'acheter la pince qu'on met au bout du doigts... vous savez ?</i>
Absence	
TC 1	<i>Remarque, si j'avais eu l'équipement, j'aurais pu le faire moi-même, mais non.</i>
TC 26	<i>Pas d'auscultation ni de visite, alors ça...</i>
TC 27	<i>Non plus, non, rien à vrai dire. En tout cas, rien en relation avec le touché. Je pense pourtant que c'est important. Enfin comment être sur du diagnostic sans ça</i>
TC 28	<i>Voyez, c'est terrible à chaque fois je vous ai dit que non, cela n'avait pas eu lieu...alors de quelle médecin parle-t-on ?</i>
TC60	<i>Heun, non</i>
TC66	<i>Le médecin ne m'a pas demandé ça, et je n'ai pas pensé à me faire contrôler</i>

Extraits des *verbatim* C :

	Présence
C 2	<i>C'était d'ailleurs la première fois que j'utilisais cet appareil. Oui c'était bien cela, pour la prise d'oxygène. C'est-à-dire que ma bronchite chronique empire, alors j'avais besoin de cette mesure même à domicile. Alors ce qu'il y a c'est que contrairement à la consultation vidéo le médecin m'a auscultée et surtout à écouté ma respiration et mes poumons</i>
C 4	<i>Oui, il avait cet appareil dans son cabinet, et il me la posé sur le doigt</i>
C 6	<i>Et, bien, si ça t'intéresse, il a aussi mis la pince pour l'oxygène, enfin c'était juste pour vérifier, parce qu'en fait elle avait déjà posé son stéthoscope, oui pour écouter directement mes poumons.</i>
	Absence
C 1	<i>Non</i>
C 13	<i>non, et j'ai l'impression que ce n'est pas commun quand même. Franchement, j'en entends parler depuis le covid, c'est tout</i>
C 16	<i>non, pas avec la pince en tout cas, après avec toutes les mesures de l'examen normal il a du avoir cette information</i>
C 17	<i>tu parles de l'oxymètre qu'on achète à la pharmacie ? Non, pas vraiment,</i>
C 18	<i>il fait beaucoup d'examens pas celui-là, c'est étrange avec ce que j'ai, maintenant que j'y pense</i>

Inspection de l'œil, inspection de la langue, se réchauffe les

• *mains*

Ces trois caractères n'ont été trouvés que dans les récits « fossiles » c'est-à-dire des époques où, l'ordinateur n'était pas présent dans le cabinet médical. Ces trois caractères ont été codés comme étant présents, quand les patients nous ont dit se souvenir de ces gestes comme étant des gestes fréquents de leurs expériences médicales passées. Ils ont souvent été évoqués ensemble. Nous avons codé « ne s'applique pas » c'est-à-dire « Z » pour toutes les autres consultations ou téléconsultations où ces caractères n'ont pas été évoqués.

Point de vigilance : À partir de nos données et de nos codes, il n'est pas possible de dire, dans l'absolu, que ces pratiques ont disparu et qu'elles n'appartiennent qu'aux « fossiles ». Des investigations plus poussées nous permettraient de mieux comprendre dans quelles situations ces gestes continuent de se pratiquer.

Limite de l'usage : La limite de l'usage de ces caractères serait de les « ranger » dans des pratiques disparues.

Nous reportons de larges extraits des récits « fossiles » dans la section 5.4.7 de ce chapitre, page 273.

Représentations :

• *Analyses complémentaires*

Ce caractère correspond à la prescription par le médecin téléconsultant et/ ou consultant d'analyses complémentaires à l'issue de la consultation. La liste détaillée de toutes les analyses complémentaires est accessible dans l'annexe 5. Nous avons donc codé la présence de ce caractère soit quand les personnes nous ont dit que des analyses complémentaires avaient été prescrites, mais sans nous en donner le détail. Soit quand la personne ne prononçait pas les mots analyses complémentaires, mais nous donnait directement le type d'analyse Ex : TC4 « *J'ai dû y retourner il m'a fait faire des analyses pour comprendre* », ou C3 « *J'ai fait ensuite des analyses complémentaires pour vérifier que tout allait bien* ». Ou bien TC35 « *J'ai dû prendre rendez-vous avec l'anesthésiste, et faire des prises de sang* » « il m'a prescrit une prise de sang ». Nous avons codé l'absence de ce caractère quand les personnes nous ont dit qu'aucune analyse complémentaire n'avait été prescrite. : Ex : C7 « *Et c'était tout, pas besoin de faire des prises de sang ou autre* ».

Point de vigilance : Pour les analyses complémentaires, cet aspect nous interpelle puisque dans la littérature médicale, l'augmentation des prescriptions d'analyses complémentaires est associée à la télémédecine. Nous nous attendions donc à trouver davantage de témoignages d'analyses complémentaires dans les caractères illustratifs des TC. Néanmoins, cette absence d'analyses complémentaires peut s'expliquer par la période particulière, dans laquelle nous avons fait nos entretiens qui ont peut-être été caractérisés par une forme de prudence dans les déplacements et donc également dans la prescription d'examens qui nécessitent de fréquenter des lieux publics. Nous remarquons également que ce caractère est peu représenté dans les fossiles. Enfin, d'autres observations devraient être faites pour mieux observer ce caractère, notamment à partir d'une comparaison entre consultations et téléconsultations ayant le même motif, et mobilisant les mêmes spécialistes.

Limite de l'usage : rien à signaler.

Extraits des *verbatim* TC

	Présence
TC 3	<i>une analyse complémentaire</i>
TC4	<i>J'ai dû y retourner il m'a fait faire des analyses pour comprendre</i>
TC 5	<i>des examens complémentaires</i>
TC 6	<i>je crois que c'était une radio</i>
TC 7	<i>Oui, une prise de sang</i>
TC 9	<i>Pour mieux comprendre ce que c'était, oui, il y a eu besoin d'analyses en plus</i>
TC 11	<i>j'ai du faire une prise de sang pour voir si j'avais des anticorps</i>
TC 13	<i>Tout à fait des examens supplémentaires</i>
	Absence
TC 1	<i>Pas d'examen complémentaires</i>
TC 2	<i>Je n'en ai pas eu besoin je pense</i>
TC 8	<i>non</i>
TC 10	<i>Aucun</i>

Extrait des *verbatim* C

	Présence			
C 2	<i>Oui, il m'a prescrit des analyses, comme d'habitude</i>			
C 3	<i>J'ai fait ensuite des analyses complémentaires pour vérifier que tout allait bien</i>			
C 4	<i>En effet, il y avait une prise de sang je crois</i>			
	Absence			
C 1	<i>Non, à vrai dire j'en ai pas eu, et tant mieux!</i>			
C 7	<i>Et c'était tout, pas besoin de faire des prises de sang ou autre</i>			
C 10	<i>Aucune prise de sang, ni même autre chose.</i>			

• ECG

Il s'agit de l'électrocardiogramme (ECG). Il existe une ambiguïté dans le caractère ECG, en effet, il peut s'agir d'un examen qui est fait par un médecin, cardiologue généralement, mais il peut aussi être prescrit et donc faire partie du caractère « analyses complémentaires ». Aussi, certains objets connectés permettent d'en faire et de l'envoyer au médecin traitant. Dans notre codage, afin de limiter les codes pour l'analyse, nous avons regroupé toutes les analyses complémentaires autour du caractère unique « analyses complémentaires » qui comportent également la prescription de suivis cardiaque (dont les ECG). Puis, nous avons codé « présence » dans le caractère ECG quand un patient nous disait que sa dernière consultation s'était déroulée dans le cadre d'un suivi en lien avec un problème cardiaque et que le médecin avait pratiqué un ECG. En revanche, un seul témoignage (TC18) comportait l'utilisation du dispositif médical connecté ECG voici l'extrait du témoignage : « *Alors, je suis cardiaque, et je fais de l'hypertension. C'est de famille, il n'y a rien à faire. Comme j'utilise bien l'informatique, je n'ai pas de problème, je fais partie d'un groupe de patients qui utilisent un appareil pour voir s'il fonctionne bien. C'est un ECG (électrocardiogramme) portable* ».

Point de vigilance : Ce caractère fait référence à un outil et à une pratique. Il convient de le comprendre dans son contexte précis.

Limite de l'usage : La plus grande limite est celle de la confusion entre l'analyse, le dispositif médical et l'objet de santé à partir duquel cette mesure est prise.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC18	<i>Alors, je suis cardiaque, et je fais de l'hypertension. C'est de famille, il n'y a rien à faire. Comme j'utilise bien l'informatique, je n'ai pas de problème, je fais partie d'un groupe de patients qui utilisent un appareil pour voir s'il fonctionne bien. C'est un ECG (électrocardiogramme) portable</i>
Absence	
TC 1	<i>Non, non</i>
TC 2	<i>Ce n'était sans doute pas nécessaire</i>
TC 3	<i>Pas d'examen cardiaque</i>
TC4	<i>Cela aurait pu se faire avec toute la machinerie, mais non je n'ai pas fait ça</i>
TC 25	<i>Non et puis ça ne m'a pas été prescrit dans les analyses complémentaires non plus. Je ne suis pas sûre que c'était nécessaire</i>

Extraits des *verbatim* C :

Présence	
C 1	<i>Concernant ma pathologie, oui j'ai pu faire un électro... oui voilà</i>
C 6	<i>Avec la pose d'un appareil cardiaque portable</i>
C 14	<i>Oui, j'en fais une régulièrement. Ry c'était le cas cette fois-ci</i>
C 22	<i>Oui, en hospitalisation, mais aussi au cabinet. En tout cas, là, elle m'a fait une ordonnance pour mon médecin généraliste pour en refaire une</i>
C 30	<i>Mais à nos âges l'électrocardiogramme c'est fréquent ! Hé, hé. En tout cas oui j'en ai fait une</i>
C 38	<i>Ben, oui visite cardio-pulmonaire, je crois qu'on dit ça.</i>
C51	<i>Tout à fait, j'y étais allée justement parce que mon médicament pour l'hypertension me donnait des problèmes, alors il a fallu s'assurer que cela fonctionnait. Je dois aller un faire une, dès que possible quoi</i>
C54	<i>Tout à fait, oui</i>
C59	<i>Ben vu ce que j'ai, oui j'avais une prescription</i>
C62	<i>Oui</i>
C79	<i>Il en fallait, un, oui, malheureusement, j'aurais préféré ne pas le faire.hein!</i>
Absence	
C 42	<i>Mais pourquoi faire ? Non</i>
C72	<i>Ce n'était pas la question, la raison de la consultation</i>
C76	<i>Et bien non, pas cela cette fois</i>

- Interrogatoire

Ce caractère correspond à la partie de l'examen qui s'intéresse à l'histoire du problème médical actuel du patient ainsi que de ses antécédents. Nous nous intéressons à la démarche médicale de l'interrogatoire et non forcément au résultat de ce dernier.

Nous avons codé sa présence quand le patient nous a dit que le médecin avait recherché l'histoire médicale de la personne, qui lui avait posé des questions sur ses antécédents. Les phrases que nous avons associées à ce caractère sont : il m'a posé beaucoup de questions, il a voulu savoir comment j'allais, pourquoi je venais, « anamnèse ». Exemples : TC15 « *la discussion surtout, pour comprendre comment la maladie était arrivée, si ça avait changé, diminué, enfin tu vois.* ». C1 « *Alors je lui ai raconté mon histoire, pourquoi j'étais là, et aussi l'histoire de la consultation à l'écran et il m'a dit que le doliprane n'allait pas soigner mon souffle au cœur.* ». Nous avons codé son absence quand les personnes nous ont dit spécifiquement que le médecin ne leur avait posé aucune question, qu'il ne s'était pas intéressé à l'histoire de la maladie ou de la vie du patient. Ex : C64 « *C'est allé vite, il a juste regardé mon dossier, il ne m'a rien demandé, m'enfin c'était simple, juste un renouvellement* ».

Point de vigilance : Nous aurions pu nommer ce caractère « anamnèse », mais nous avons fait le choix, discutable, de donner de l'importance à l'ensemble des questions et discussions qui se déroulent lors de la rencontre entre le médecin et le patient. Sans nous attarder sur la nature de cet échange. Ainsi le mot anamnèse fait bien référence à l'interrogatoire préliminaire à l'examen clinique. L'interrogatoire tel que nous l'avons codé ici s'ouvre également sur les questions, discussions qui peuvent surgir et qui sont de l'ordre du récit de vie, familial, des conditions de vie dans lesquelles se trouve le patient, en dehors de la sphère médicale.

Point de vigilance : nous notons qu'il n'y a pas eu d'absence d'interrogatoire dans les téléconsultations recueillies. En revanche, on voit cette absence dans plusieurs consultations.

Limite de l'usage : rien à signaler.

Extrait des *verbatim* TC :

	Présence
TC 1	<i>il m'a posé des questions pour savoir comment ça alalit</i>
TC 2	<i>oui des questions mais précises</i>
TC 3	<i>C'était pas pour parler de la pluie et du beau temps, il savait ce qu'il cherchait</i>
TC4	<i>oui</i>
TC 5	<i>un quetsionnement global</i>
TC 6	<i>Bien-sûr, même à distance</i>
TC 7	<i>C'est ça, mais comme en présence, pareil</i>
TC 8	<i>oui</i>
TC 9	<i>il y avait tout le travail de l'entretien,</i>
TC 10	<i>Oui, on était dans une relation d'accompagnement sur un temps court de la vie</i>
TC 11	<i>mes antécédents, comment j'allais, enfin voila,</i>
TC 12	<i>bien sur</i>
TC 13	<i>Il m'a posé des questions</i>
TC 14	<i>discussion surtout</i>
TC 15	<i>la discussion surtout, pour comprendre comment la maladie était arrivée, si ça avait changé, diminué, enfin tu vois.</i>

Extrait des *verbatim* C :

Présence	
C 1	<i>Alors je lui ai raconté mon histoire, pourquoi j'étais là, et aussi l'histoire de la consultation à l'écran et il m'a dit que le doliprane n'allait pas soigner mon souffle au coeur.</i>
C 2	<i>Donc, oui la consultation a commencé par la question habituelle : qu'est-ce qui vous emmène ? Et ça c'est quand même le début de l'interrogatoire on va dire</i>
C 5	<i>Alors, il a voulu savoir pourquoi je venais. Mais je dirais qu'il cherchait déjà à comprendre les raisons médicales de ma venue</i>
C 6	<i>En fait il a commencé par le résumé, oui on peut dire ça comme ça, de la visite précédente. Alors il m'a dit, voilà vous étiez venu pour ça, et je vous avais donné ça, et maintenant, ça en est où ?</i>
C 7	<i>Il ' a demandé de lui dire les raisons précises de ma venue, et tout au long il posait des questions pour diriger ce que j'allais lui répondre</i>
Absence	
C48	<i>pas de questionnement, il était préoccupé par son ordinateur, et tout le reste, mais pas trop par moi</i>
C49	<i>Bon, sincèrement, non, je n'ai pas ressenti que cette étape de la consultation lui tenait à coeur</i>
C57	<i>Bien, non, on ne peut pas dire qu'il ait cherché à comprendre les raisons de ma venue, précisément</i>
C61	<i>Ah, mais ça ne l'intéressait pas vraiment de me parler je pense</i>
C63	<i>Il a fait ce qu'il avait à faire, sans trop s'occuper de moi</i>
C64	<i>C'est allé vite, il a juste regardé mon dossier, il ne m'a rien demandé, m'enfin c'était simple, juste un renouvellement</i>

- Aspect global

Il s'agit de la possibilité d'observer le patient dans sa globalité. Exemple : TC5 « *J'ai consulté pour une chute. Au cabinet, le médecin m'a demandé de marcher, il m'observait. La fois où j'ai consulté par ordinateur, j'étais tombée à nouveau, mais il ne m'a pas regardée marcher* ». Ici nous avons codé « 0 ». Nous avons donc codé la présence de ce caractère si le patient nous a dit que le médecin a pu porter de façon directe, c'est-à-dire par lui-même, ce regard global, ou bien si un intermédiaire l'a fait à sa place, exemple : TC 15 « *C'est mon fils, qui est kiné, qui lui disait comment j'étais, la couleur de mes lèvres, de ma peau... C'est-à-dire qu'à la caméra on ne voyait pas bien* ». Nous avons codé l'absence de ce caractère quand le patient nous a explicitement dit que cela n'avait pas eu lieu, y compris en consultation classique. Exemple : C75 « *Ah, mais vous savez, il ne faut pas croire, même en consultation au cabinet, il ne me regarde pas trop. Il est bien occupé à tout écrire sur son ordinateur !* ».

Point de vigilance : rien à signaler

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* des TC :

Présence	
TC 1	<i>oui, mais alors là pour le coup je te parle de moi, ça a pu me déranger quelque part d'être dans quelque chose de plus morcelé.</i>
TC 11	<i>Oui, mai sparce que Mme Emma disait aussi comment je marchait et tout</i>
TC 13	<i>C'est toujours grâce à Josette, qui pouvait approcher la caméra pour que le docteur me voie bien</i>
TC 14	<i>Bien sur, c'est ma fille qui lui disait si j'étais pâle ou non</i>
TC 15	<i>C'est mon fils, qui est kiné, qui lui disait comment j'étais, la couleur de mes lèvres, de ma peau...</i>
Absence	
TC 2	<i>J'ai consulté pour une chute. Au cabinet, le médecin m'a demandé de marcher, il m'observait. La fois où j'ai consulté par ordinateur, j'étais tombée à nouveau, mais il ne m'a pas regardée marcher</i>
TC 3	<i>Je crois que par la caméra ce n'est pas possible</i>
TC4	<i>ça me fait rire, parce que on voit des vidéos où des gens travaillent depuis chez eux en bas de pyjama. Alors, si la vidéo permettait de porter un regard gloabl, ça se serait, et il y a longtemps qu'on aurait remis des pntalons. AH, aH !</i>
TC 5	<i>J'ai consulté pour une chute. Au cabinet, le médecin m'a demandé de marcher, il m'observait. La fois où j'ai consulté par ordinateur, j'étais tombée à nouveau, mais il ne m'a pas regardée marcher</i>

Extraits des *verbatim* C :

Présence	
C 1	Oui, il s'est levé de derrière son bureau et est venu à coté de moi, il a observé mes reflexes et aussi les mouvements de mes yeux, il a eu un regard très global
C 2	Tout à fait, non seulement il m'a posé des quesiotns, mais il a aussi regardé globalement comment j'allais il m' regardé de près , les reflexes, les mouvements de la tête
C 3	Oui, oui, il s'intéressait à plusieurs aspects, les poumons, le coeur, mais il m'a aussi posé des questions
C 4	En tout cas, le fait d'être en face de lui, il a pu regarder comment je marchais, ma souplesse aussi, c'est important
Absence	
C61	Ah, mais c'est pas la question, même à distance on peut faire une consultation qui donne de l'importance au patient. Mais là le problème c'est le médecin, il ne fait que ce qu'on lui demande , il ne s'inquiète pas d'aller explorer à côté
C70	non, je ne peux pas dire qu'il a pris du temps à me regarder dans l'ensemble, enfin je ne sais pas comment le dire, vous comprenez ?
C73	J'ai pas l'impression que ce qui l'intéresse c'est de regarder ses patients
C75	<i>Ah, mais vous savez, faut pas croire, même en consultation au cabinet, il me regarde pas trop. Il est bien occupé à tout écrire sur son ordinateur !</i>

Émotions :

- Relation

Ce caractère illustre l'expression d'une relation entre le médecin et le patient. Nous avons codé sa présence quand le patient nous a explicitement dit que lors de la consultation ou de la téléconsultation, une relation nouvelle s'était nouée, ou bien si la relation précédait la consultation ou la téléconsultation. Exemple : C8 « *oui, la relation était déjà établie avec Dr Jérôme, c'est lui qui nous suit depuis des années, mon mari et moi. Et du temps où les enfants étaient à la maison, il les soignait aussi, alors oui, cette même confiance, ou alors relation si vous préférez, étaient présente dans la consultation par écran* ». Nous avons codé son absence quand le patient nous a dit spécifiquement que cette relation n'était pas présente, soit lors de la téléconsultation soit lors de la consultation. Exemple : TC19 « *Alors, on ne se connaît pas bien avec ce médecin, de la téléconsultation, il est dans la maison de santé, donc c'est comme mon médecin, mais en fait, ils sont plusieurs, je ne vois pas toujours le même. Alors ce n'est pas grave, il a mon dossier médical quand même... mais ce n'est pas la même chose que si on se connaissait depuis longtemps... que c'était toujours le même médecin qui me suit..., tu vois ?* »

Point de vigilance : Nous n'avons pas pensé ce code comme étant un synonyme de « confiance ». Nous l'avons envisagé comme étant un élément d'information au sujet des rapports et des liens établis entre le patient et le médecin. Force est de constater pourtant qu'il est souvent associé à des qualificatifs au sujet de la nature de la relation.

Limite de l'usage : Un regard plus précis et plus approfondi, dans une démarche de retour aux caractères nous permettrait sans doute de mieux identifier les propriétés de ce caractère en rapport des autres caractères que nous avons codés et qui s'y rapportent tels que « connaissance doc », « confiance ». La question de la pertinence de maintenir ce caractère pourrait alors être soulevée.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence

TC 14	<i>C'est-à-dire que, comme il y avait ma fille qui m'aidait la relation a pu avoir lieu grâce à elle, tu vois ?</i>
TC 15	<i>Yves (le fils), était très présent, il a beaucoup facilité cette relation comme tu dis</i>
TC 21	<i>La relation... oui, bien sûr</i>
TC 22	<i>Une bonne relation je dois dire, mais ce qu'il y a c'est que je le connais bien le médecin.</i>

Absence

TC 1	<i>Autant pour l'écoute j'ai ressenti vraiment son attention, autant cela n'est pas suffisant pour établir une relation, tu vois ?</i>
TC 2	<i>Non, ça, c'est trop personnel, non je n'ai pas vu ça dans cette téléconsultation</i>
TC 18	<i>Ben même réponse que pour l'écoute je dirai</i>
TC 19	<i>Alors, on ne se connaît pas bien avec ce médecin, de la téléconsultation, il est dans la maison de santé, donc c'est comme mon médecin, mais en fait, ils sont plusieurs, je ne vois pas toujours le même. Alors ce n'est pas grave, il a mon dossier médical quand même... mais ce n'est pas la même chose que si on se connaissait depuis longtemps... que c'était toujours le même médecin qui me suit..., tu vois ?</i>
TC 25	<i>Et pourtant je pense qu'il a fait du mieux qu'il a pu, mais non. Je mets ça sur le compte de l'écran.</i>

Extraits des *verbatim* C :

	Présence
C 1	<i>oui, alors au niveau de la relation très bien, très satisfaisant, mais aussi au niveau de la visite médicale. Ce qu'il y a c'est que je connaissais bien le médecin</i>
C 3	<i>une bonne relation, cordiale, mais ça tu l'as compris avec ce que je viens de te dire. Et malgré tout l'appareillage anti covid !</i>
C 6	<i>vraiment il m'écoute, oui il hoche la tête et pose des questions, mais là, ça ne l'a pas fait je pense que je retournerai le voir parce que je n'ai pas trop compris ce qu'il m'a mis dans l'ordonnance, pas trop confiance dans ces médicaments</i>
C 8	<i>oui, la relation était déjà établie avec Dr Jérôme, c'est lui qui nous suit depuis des années, mon mari et moi. Et du temps où les enfants étaient à la maison, il les soignait aussi, alors oui, cette même confiance, ou alors relation si vous préférez, étaient présente dans la consultation par écran</i>
C 9	<i>oui</i>
C 10	<i>oui</i>
C 11	<i>je vais chez le médecin, qui me connaît bien, j'ai mes habitudes, il me regarde et m'examine bien, prend ma température, mon taux d'oxygène, avec la pince à doigt, ma tension aussi il me demande di ça va, le moral ? Il s'intéresse quoi</i>
C 14	<i>au niveau de la relation , oui</i>
	Absence
C 4	<i>Non,</i>
C 5	<i>Je n'ai pas eu l'impression qu'une relation particulière se nouait</i>
C 7	<i>Non, la relation pas trop</i>
C 15	<i>Relation, je ne sais pas, je crois que cela ,n'es t pas une affaire d'une consultation. Sans doute que la relation se construit avec la connaissance sur le long terme</i>

• Satisfaction

Nous avons codé ce caractère quand le patient exprimait une satisfaction en rapport avec la téléconsultation ou la consultation spécifiquement : Exemple : TC62 « *oui, la consultation à distance m'a plu, je suis satisfait, c'est rapide* ». Nous avons codé l'absence de ce caractère quand le patient exprimait clairement son manque de satisfaction pour la consultation ou téléconsultation, mais aussi en général pour la démarche liée à la numérisation de l'acte de consultation : TC21 « *C'est-à-dire que ça peut être utile, mais c'est trop compliqué, la connexion, l'aide, l'ordinateur... et si je n'ai pas d'argent pour ça je fais comment ? Alors, non, ce n'est pas satisfaisant comme réponse, non* ».

Point de vigilance : rien à signaler

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* TC :

	Présence
TC4	oui et non, oui parce que le médecin s'est donné du mal, alors qu'il avait sans doute plus urgent à faire, et non, parce que tu sais... je ne veux pas te vexer...l'écran et tout..
TC 12	difficile à trancher, je vais te dire ouio pour le médecin, mais moins pour la visio,c'était pas facile à comprendre à mettre en marche, tu vois ?
TC 14	oui pareil qu'avant, tu sais, grâce à ma fille
TC 15	oui et non comme je t'ai dit, c'est Yves qui a été d'une grande aide
TC 38	très satisfaisant
TC51	bof, bof, ni oui ni non et un peu des deux
TC52	tout à fait
TC58	alors c'est difficile de te répondre je le connaissais, et c'était utile, mais j'aurais préféré en vrai, donc on va dire un peu satisfait et un peu non
TC62	<i>oui, la consultation à distance, m'a plu, je suis satisfait, c'est rapide</i>
	Absence
TC 10	pas possible dans ces conditions
TC 13	attention ce n'est pas la faute du médecin, je ne dis pas ça, c'est un ensemble de choses
TC 16	Et puis avec cette histoire de covid... non
TC 21	<i>« C'est-à-dire que ça peut être utile, mais c'est trop compliqué, la connexion, l'aide, l'ordinateur... et si je n'ai pas d'argent pour ça je fais comment ? Alors, non ce n'est pas satisfaisant comme réponse, non ».</i>

Extraits des *verbatim* C :

Présence	
C 1	oui, alors au niveau de la relation très bien, très satisfaisant, mais aussi au niveau de la visite médicale. Ce qu'il y a c'est que je connaissais bien le médecin
C 4	une bonne écoute, oui c'est vrai je le connaissais déjà, alors ça aide. Non mais non, c'est pas pour autant qu'il y a une connaissance un feeling, non la relation, justement je ne dirais pas ça
C 5	oui, pour l'écoute, non pour la relation, je ne comprend pas bien ce que ça veut dire, mais en tout cas, oui je le connaissais déjà et ça m'a satisfaite
C 6	vraiment il m'écoute, oui il hoche la tête et pose des questions, mais là, ça ne l'a pas fait je pense que je retournerai le voir parce que je n'ai pas trop compris ce qu'il m'a mis dans l'ordonnance, pas trop confiance dans ces médicaments
C 11	<i>je vais chez le médecin, qui me connaît bien, j'ai mes habitudes, il me regarde et m'examine bien, prend ma température, mon taux d'oxygène, avec la pince à doigt, ma tension aussi il me demande si ça va, le moral ? Il s'intéresse quoi</i>
Absence	
C 20	Je ne peux pas dire que j'ai été satisfaite, sans doute que j'ai une idée du travail de médecin plus ouverte sur l'autre
C 24	Je n'ai pas ressenti de la satisfaction, j'aurais aimé qu'il soit plus dans l'empathie
C 28	Sans le sentiment d'avoir une relation individuelle, personnelle je dirais, alors bon, je ne suis pas très satisfait

• Confiance

Ce caractère correspond à l'expression de la confiance que les patients ont ressentie vis-à-vis de la téléconsultation ou la consultation. La particularité de ce caractère réside dans la coprésence de deux états. Exemple : TC52 « *j'ai confiance dans le médecin, mais pas dans l'ordinateur* ». TC52 (suite) « *Le médecin, je le connaissais bien, c'est un type bien, compétent, mais ma caméra n'était pas stable, enfin l'image sautait quoi, on ne se voyait pas vraiment bien, alors, comme avoir confiance dans le diagnostic, ou même dans la prescription ?* ». Dans ces cas, nous avons codé comme suit : (0, 1) de façon à respecter au mieux les témoignages. En revanche, nous avons codé l'absence de ce caractère quand le participant nous disait explicitement qu'il n'avait pas eu confiance ni en l'outil qui a permis la téléconsultation, ni dans le médecin. Cette situation s'est majoritairement produite quand le médecin téléconsultant n'était pas connu du patient. Exemple : TC37 « *je suis tombé malade soudainement, je n'ai pas de médecin traitant, alors mon fils a pris rendez-vous sur Doctolib... après il m'a expliqué comment faire... la consultation a été expédiée en 5 minutes... ni fait ni à faire, je n'ai pas suivi les conseils du médecin.* »

Point de vigilance : rien à signaler

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* TC :

	Présence
TC 3	<i>On peut dire que j'étais à l'aise avec ce médecin. Je ne le connaissais pas mais il remplaçait mon docteur habituel, alors il m'a dit qu'il avait mon dossier médical</i>
TC 7	<i>J'étais en confiance, je connais le Docteur Christophe depuis plus de vingt ans</i>
TC 8	<i>Oui</i>
TC 10	<i>oui dans mon médecin, mais pas dans mon ordinateur</i>
TC 11	<i>Oui j'ai confiance</i>
TC 12	<i>J'avais confiance vous savez</i>
TC 13	<i>Bof, dans le médecin, sans doute, bien sur je le connaissais, mais pas dans l'apapreil</i>
TC 14	<i>oui, grâce à ma fille</i>
	Absence
TC 1	<i>Avec tout cela, difficile d'avoir confiance</i>
TC4	<i>Non mais comme je te disais, pour moi ce n'était pas très sérieux, et le médecin qui décide de faire ce travail là... ben excuse-moi mais non</i>
TC 5	<i>Non je ne crois pas que j'ai eu vraiment confiance. Après je me contredis peut-être parce que pourtant je le connaissais déjà...</i>
TC 16	<i>Il était à l'écoute, c'est vrais, mais je n'ai pas eu l'impression de nouer une confiance</i>

Extraits des *verbatim* C :

Présence	
C 1	<i>oui, alors au niveau de la relation très bien, très satisfaisant, mais aussi au niveau de la visite médicale. Ce qu'il y a c'est que je connaissais bien le médecin</i>
C 2	<i>très bien, rien à dire je le connaissais déjà. J'ai eu confiance, et, oui satisfaite aussi. Remarque une chose. Ça veut dire quoi être satisfait pour un patient ? S'il m'avais annoncée une mauvaise nouvelle j'aurais été insatisfaite alors ? Je ne sais pas trop.</i>
C 4	<i>une bonne écoute, oui c'est vrai je le connaissais déjà, alors ça aide. Non mais non, c'est pas pour autant qu'il y a une connaissance un feeling, non la relation, justement je ne dirais pas ça</i>
C 5	<i>oui, pour l'écoute, non pour la relation, je ne comprend pas bien ce que ça veut dire, mais en tout cas, oui je le connaissais déjà et ça m'a satisfaite</i>
C 11	<i>je vais chez le médecin, qui me connaît bien, j'ai mes habitudes, il me regarde et m'examine bien, prend ma température, mon taux d'oxygène, avec la pince à doigt, ma tension aussi il me demande di ça va, le moral ? Il s'intéresse quoi</i>
C 13	<i>Ah, mais je n'avais pas peur, j'ai bien suivi tout ce que le médecin m'a dit de faire, c'est un bon médecin, il a soigné aussi mes enfants</i>
Absence	
C 6	<i>Vu mon expérience je n'avais pas confiance</i>
C61	<i>On ne peut pas dire que j'étais dans la confiance totale</i>

• Écoute

Nous avons codé la présence de ce caractère quand dans leurs récits, les patients nous ont dit avoir ressenti une écoute de la part du médecin. Les mots que nous avons associés à ce caractère sont : écoute, attention, intérêt, on discute, se sentir proche. Exemple : C 11 *« je vais chez le médecin, qui me connaît bien, j'ai mes habitudes, il me regarde et m'examine bien, prend ma température, mon taux d'oxygène, avec la pince à doigt, ma tension aussi il me demande di ça va, le moral ? Il s'intéresse quoi »*. C3 *« Contrairement au premier médecin derrière son écran, j'ai trouvé la démarche de celui-ci, honnête. Il me disait qu'il ne pouvait pas me soigner, mais en face à face. Mais ça aussi ça fait partie de la médecine, je me suis sentie proche de ce médecin »*. TC34 *« Il ne pouvait pas faire beaucoup plus que m'écouter, le pauvre, mais ça va, c'était important ça aussi »*.

Dans des situations où l'expression de l'écoute n'était pas tout à fait claire, nous avons codé la coprésence de deux états. Exemple : « En face à face il est plutôt à l'écoute, mais bon ça reste expéditif quand même ».

Pour autant, dans les situations où les patients nous ont dit que l'écoute était malaisée du fait de problèmes techniques de connexion, en rapport souvent à la défaillance des appareillages auditifs (TC 20, TC 26, TC 37, TC 53) nous avons codé « 5 » : Écoute possible, mais diminuée à cause d'un problème technique.

Point de vigilance : Ce caractère peut être confondu avec le verbe « entendre », qui sans doute aurait été plus pertinent à utiliser pour décrire les cas où les personnes nous ont dit qu'elles entendaient mal. Nous avons fait le choix d'ajouter une modalité à « écoute » de façon à pouvoir différencier les deux sens (« écoute » et « entendre ») plutôt que d'ajouter un caractère à la matrice.

Limite de l'usage : La limite plus importante que nous voyons porte sur le fait de penser que lors de consultations classiques aucun problème d'audition n'est ressenti. Ceci n'est pas ce que nous observons à travers nos données. Simplement, nous n'avons pas codé cet aspect dans le cadre des récits issus de la consultation. Ceci s'explique par le fait que nous avons fait nos entretiens par téléphone pour la plupart. Ainsi, les personnes atteintes de troubles auditifs importants n'ont pas été en mesure de nous parler directement.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC 1	Je dirais oui pour l'écoute
TC 2	Très à l'écoute
TC 3	On peut quand même dire que la sympathie, l'écoute, elle est possible quand même à distance aussi.
TC 11	C'est Madame Emma qui m'aidait à mieux comprendre ce que el médecin disait, j'étais pas sure de moi avec le micro et tout
TC 13	Non mais je ne comprenais pas tout, heureusement il y avait Josette
TC 14	C'était ma fille qui m'aidait à bien comprendre ce qu'i disait avec l'écran c'était pas facile et puis j'avais un masque, ben comme il y avait ma fille
TC 15	Ben, mon fils, tu sais je t'ai déjà dit qu'il m'avait aidée ben là il m'a aidée à mieux entendre le médecin.
TC 16	C'était une bonne écoute, on s'es bien entendu
Absence	
TC4	J en'ai pas ressenti de l'écoute par l'ordinateur, non
TC 5	Il ne m'avait pas semblé très engagé dans l'écoute, m'enfin la relation était déjà là, ça nous a aidés
TC 6	Pas d'écoute
TC 7	Non, je n'ai pas ressenti une écoute spécifique
TC 8	Difiicile à dire, mais non
TC 9	Non, pas que je puisse vous dire
TC 10	Je ne pense pas que nous étions vraiment à l'écoute l'un de l'autre. Je pense qu'il était très inquiet de façon générale pour la période en cours

Extraits des *verbatim* C :

	Présence	
C 1	oui, alors au niveau de la relation très bien, très satisfaisant, mais aussi au niveau de la visite médicale. Ce qu'il y a c'est que je connaissais bien le médecin	
C 2	très bien, rien à dire je le connaissais déjà. J'ai eu confiance, et, oui satisfaite aussi. Remarque une chose. Ça veut dire quoi être satisfait pour un patient ? S'il m'avais annoncée une mauvaise nouvelle j'aurais été insatisfaite alors ? Je ne sais pas trop.	
C 3	<i>Contrairement au premier médecin derrière son écran, j'ai trouvé la démarche de celui-ci, honnête. Il me disait qu'il ne pouvait pas me soigner, mais en face à face. Mais ça aussi ça fait partie de la médecine, je me suis sentie proche de ce médecin</i>	
C 4	une bonne écoute, oui c'est vrai je le connaissais déjà, alors ça aide. Non mais non, c'est pas pour autant qu'il y a une connaissance un feeling, non la relation, justement je ne dirais pas ça	
C 5	oui, pour l'écoute, non pour la relation, je ne comprend pas bien ce que ça veut dire, mais en tout cas, oui je le connaissais déjà et ça m'a satisfaite	
	Absence	
C 20	Mais, non , il faisait ce qu'il avait à faire	
C 24	Je ne crois pas que ça l'intéressait beaucoup ce que j'avais à lui dire	
C 25	Ah, ah , ah, je rigole parce que c'est le genre de médecin qui sait ce que tu as avant de t'examiner...	
C 26	Non, mais ce n'est pas parce qu'on est en face à face qu'il est plus à l'écoute	
C 28	C'est-à-dire qu'il est dans son monde	

• Utilité

Ce caractère rend compte du ressenti d'utilité évoqué par les patients lors des récits de consultation ou de téléconsultation. Nous avons codé sa présence quand on nous a dit que la consultation ou la téléconsultation, spécifique au récit, ou, en général la rencontre avec un médecin en situation de maladie, était ressentie comme étant utile. C6 « *Aller voir un médecin, ben oui, c'est utile si on en a besoin* ». C9 « *Depuis qu'il y a la médecine, on voit le médecin, en vrai, c'est bien parce que c'est utile, non ?* » TC70 « *Ma téléconsultation a été très utile, elle m'a permis de tenir jusqu'à l'automne, sans avoir besoin d'aller au cabinet* ». Nous avons codé l'absence de ce caractère si le patient nous disait que la consultation ou la téléconsultation spécifique au récit, ou de façon générale, ne leur paraissait pas utile. Exemple : TC68 « *il n'a pas pu me voir, pas pu me dire si c'était cassé, j'ai dû faire une radio, la consultation à distance a été inutile* ». Quand l'expression de l'utilité était moins franche par exemple : TC48 « *Par exemple pour moi ça n'a pas été complètement utile, puisque le médecin m'a quand même dit d'aller le voir au cabinet, mais ça m'a permis quand même de parler de mes angoisses, donc je ne sais pas...* » nous avons codé la coprésence de deux états c'est-à-dire (1, 0).

Point de vigilance : Nous avons codé ici l'utilité perçue par les patients. Elle ne peut être en aucun cas représentative de l'utilité médicale de la téléconsultation ou de la consultation.

Limite de l'usage : Associer l'expression du ressenti de cette utilité à l'efficacité thérapeutique de la téléconsultation ou de la consultation.

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC 11	Si c'est juste un renouvellement, pourquoi pas ?
TC 13	Je crois que ce n'est pas de la médecine comme on avait l'habitude. Je dirais qu'il s'agit plus de conseils médicaux, mais c'est utile je pense
TC 14	Parfois demander un conseil à un médecin sur santé, indépendamment de la maladie qu'on a peut être utile, donc je crois que oui,
TC 18	c'est un très bon moyen d'avoir des conseils médicaux.
TC 21	Moi ça m'a paru utile,
TC 22	oui
TC 28	Oui, je referai cette expérience.
TC 35	renouveler une ordonnance.
TC 37	Oui mais pour des choses routinières
Absence	
TC 1	Tu es surprise si je te dis que pour moi ce n'est pas utile ?
TC 2	Non aucune utilité sauf à avoir du temps à perdre
TC 3	Non aucune utilité sauf à avoir du temps à perdre
TC 10	Tout peut être utile, je veux dire, ça dépend beaucoup de la situation, c'est difficile d'avoir un avis péremptoire .Mais pour moi, non
TC 16	Je ne dis pas que ce n'est pas utile dans l'absolu, non mais bon, si on a un problème comme le Covid, il faut consulter.
TC 19	Si l'examen physique était caduc, il fallait en avertir la population ! Alors jusqu'à là, non ce n'est pas utile

Extraits des *verbatim* des C :

Présence	
C 1	Tu me fais rire, c'est utile si tu es malade, sinon non. Mais blagues à part, ma dernière consultation était utile
C 2	Oui évidemment, enfin, si c'est juste un rhume, non, ce n'est pas utile. En tout cas il fallait que j'aie consulté et c'était bien utile pour moi
C 3	Mais c'est toujours utile, indépendamment de la raison. Je dis ça, parce que si on ressent le besoin d'aller le voir, c'est qu'il y a quelque chose, qu'il faut sortir, se rassurer. C'est ça aussi le rôle de la médecine
C 4	Mon rendez-vous était très utile,
C 5	Mais bien-sûr !
C 6	<i>Aller voir un médecin, ben oui, c'est utile si on en a besoin</i>
C 9	<i>Depuis qu'il y a la médecine, on voit le médecin, en vrai, c'est bien parce que c'est utile, non ?</i>
Absence	
C 24	Bon, j'aurais pu m'en passer
C 28	Finalement, je ne suis pas convaincu
C49	Je ne pense pas
C74	Vu, la façon dont ça s'est déroulé je dis non

• $TC = C = TC$

Nous avons codé ici quand les patients nous ont dit spontanément s'ils pensaient que la téléconsultation ou la consultation se ressemblaient ou pas. Nous avons codé « 1 », c'est-à-dire que la téléconsultation ou la consultation étaient égales quand on nous l'a clairement énoncé. Exemple C8 : « *Dans ma situation, pour ce que je devais faire, qui n'était pas grave, je tiens à vous le dire, la consultation aurait pu se dérouler en téléconsultation, cela aurait été la même chose* ».

Nous avons codé l'absence de sentiment d'équivalence « 0 » quand comme dans le cas de C1 (que nous avons déjà évoqué plus haut) où la consultation classique suit une téléconsultation qui n'a pas été satisfaisante : « *Pour moi, je te le dis, tu as vu ce qui m'est arrivé, alors la consultation à l'écran n'est pas du tout pareil que la consultation normale* ».

Nous avons codé la présence de deux états, quand la personne nous disait qu'elle pensait qu'en fonction des situations, en général, qui ne se rapportaient pas à son expérience (contrairement à C8) les deux types de consultations pouvaient être équivalentes (comme par exemple la TC 24 : « si c'est juste quelque chose comme un certificat, oui, sinon non »

Point de vigilance : Il est arrivé à plusieurs reprises que les personnes nous disent que leur dernière consultation aurait pu se dérouler, en téléconsultation, sans que la qualité en soit altérée. Nous l'avons vu pour le témoignage C8. Néanmoins, plusieurs d'entre elles nous ont fait noter que l'inverse n'était pas toujours vrai. Voici la totalité de l'extrait de l'entretien avec C8 à ce sujet : *Dans ma situation, pour ce que je devais faire, qui n'était pas grave, je tiens à vous le dire, la consultation aurait pu se dérouler en téléconsultation, cela aurait été la même chose. Mais, quand j'ai téléconsulté, finalement, ce n'était pas pour la même raison. Vous voyez, on ne peut pas répondre facilement, ce n'est pas le même soin, alors comment comparer ?*

Nous avons donc codé C8 : « 1 » pour $TC=C=TC$, mais TC8 « 0 » pour $TC=C=TC$.

Nous avons tiré deux leçons de ce type de témoignages. Tout d'abord que le sentiment de ressemblance entre ces deux pratiques pouvait être lié au motif médical sous-jacent. Puis, que nous aurions dû intégrer deux modalités à ce caractère. Une modalité $C=TC$ et une autre, $TC=C$. Cela aurait rendu la discussion plus fluide, et sans doute clarifié le codage.

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* TC :

TC4	Là encore ça dépend pourquoi, oui quand c'est dans un cadre spécifique et choisi, pour des raisons médicales, comment voulez-vous que dans mon cas cela puisse ressembler à une vraie consultation ? Mon expérience se situe plus entre le jeu vidéo et la machine à claque des sous-doués, ah ! ah ! non, mais ne le prenez pas mal, je sais que c'est important pour vous !
TC 6	Oui pour un renouvellement, bien sûr
TC 7	Si c'est simple, la routine, oui, mais sinon, non, et comme on ne sait jamais à l'avance surtout à nos âges...
TC 9	Plutôt oui, mais pas tout à fait pareil non plus
TC 11	Dans mon cas, oui, il y avait Emma qui m'aidait
TC45	Si le médecin est bon, que cela se passe en vrai ou à distance, il sera faire la différence, et le suivi sera bon quoi qu'il en soit
TC51	Je ne marche plus très bien à cause de mes rhumatismes, alors tu vois, faire la téléconsultation, quand c'est des petites choses, ça m'arrange, c'est mieux. Je vais te dire, la chance que j'ai c'est que ma fille habite à côté, et tant pis pour l'interdiction, elle est venue m'aider quand même avec l'ordinateurplutôt oui, si on considère que de nos jours on passe de moins en moins de temps en consultation, c'est expéditif, alors ça ou la visio, c'est pareil

Extraits de *verbatim* C :

Présence	
C 2	<i>je crois que, en général, en fonction des situations, les deux peuvent se ressembler. Mais dans le cas de ma téléconsultation, je vous l'ai dit ça ne marche pas</i>
C 4	<i>comme j'ai dit pour la téléconsultation, ça dépend pour quoi, ma consultation et ma téléconsultation ne sont pas du tout semblables, mais s'il y avait la même raison à la base, sans doute</i>
C 5	<i>Mais par rapport au Covid, je ne le pense, pas ceci dit je pense que oui, certaines consultations et téléconsultations pourraient se ressembler</i>
C 6	<i>oui pour un renouvellement, bien sûr</i>
C 7	<i>si c'est simple, la routine, oui, mais sinon, non, et comme on ne sait jamais à l'avance surtout à nos âges...</i>
C 8	<i>Dans ma situation, pour ce que je devais faire, qui n'était pas grave, je tiens à vous le dire, la consultation aurait pu se dérouler en téléconsultation, cela aurait été la même chose. Mais, quand j'ai téléconsulté, finalement, ce n'était pas pour la même raison. Vous voyez, on ne peut pas répondre facilement, ce n'est pas le même soin, alors comment comparer?</i>
Absence	
C1	<i>Pour moi, je te le dis, tu as vu ce qui m'est arrivé, alors la consultation à l'écran n'est pas du tout pareil que la consultation normale.</i>

- *Intention de recommencer*

Ici nous avons recueilli l'expression des patients en lien avec une volonté de recommencer la téléconsultation ou la consultation. Pour la consultation l'expression de cette intention était plus rare, elle s'est exprimée comme suit : C 42 « *Ben, forcément que j'ai envie de recommencer d'aller voir le médecin au cabinet, si je suis malade !* ». Dans des témoignages ambigus comme : TC 67 « *J'ai envie de recommencer à consulter normalement, mais si je n'ai pas le choix je recommencerais la téléconsultation, c'est mieux que rien après tout* ». Nous avons codé une co-présence de deux états c'est-à-dire (1, 0). Nous avons codé la présence de ce caractère quand les témoignages étaient explicites, par exemple : TC60 « *Je recommencerais la téléconsultation pour des raisons pas graves, pour un renouvellement, comme ce que je viens de faire* ». Nous avons codé l'absence de ce caractère dans des situations où l'absence d'envie de recommencer était explicite : TC79 « *Je préférerais ne pas le refaire si c'était possible* ».

Point de vigilance : Nous notons que ce caractère ne semblait pas pertinent pour les consultations. En effet, ce que l'on nous a dit est que majoritairement si l'on était malade alors il était utile de consulter.

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* TC :

A	B
	Présence
TC4	<i>je redis la même chose, tout dépend de la raison, comme test, oui, pour voir, par curiosité, donc oui si c'est dans cet esprit</i>
TC 6	<i>je ne sais pas vous répondre, oui et non, ça dépendra</i>
TC 8	<i>franchement, oui je recommencerais mais seulement si je ne peux pas faire autrement</i>
TC 9	<i>tout à fait</i>
TC 10	<i>bon, s'il n'y a pas d'alternatives, oui</i>
TC 11	<i>oui si c'est simple, et qu'on m'aide, voilà !</i>
TC 13	<i>bon, mais depuis qu'on parle, je vous le redis, oui s'il y a une aide, Josette ou quelqu'un d'autre</i>
	Absence
TC 1	<i>Tu vois c'est difficile de trancher vivement, mais je ne peux pas répondre oui</i>
TC 19	<i>Non, et j'espère que les médecins prendrotn aussi la parole ouvertent sur les changements que cette méthode apporte dans leur travail, quand même ils sont concernés autant que les patients !</i>
TC 20	<i>Je ne pense pas que je vais recommencer</i>
TC 25	<i>Je ne le recommande pas, et je ne souhaite pas en refaire</i>
TC 26	<i>Comme disait Bartleby "I would rather not to"</i>

Extraits des *verbatim* C :

C42	<i>Ben, forcément que j'ai envie de recommencer d'aller voir le médecin au cabinet, si je suis malade !</i>
-----	---

• Connaissance du doc (médecin).

Nous avons codé si les patients connaissaient le médecin consultant et/ou téléconsultant, selon leurs déclarations.

Point de vigilance : rien à signaler

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC 5	oui
TC 6	tout à fait
TC 7	mais oui
TC 9	oui
TC 11	oui
TC 12	oui
TC 13	bah déjà oui
TC 14	oui
TC 15	tout à fait
TC 20	ben , ça vous étonne, oui je le connaissais
TC 21	mais oui dans la même maison de santé, je le connaissais
TC 22	depuis longtemps je vous ai dis
Absence	
TC 1	non, mais en revanche j'étais destinataire des courriers de la Mairie, cela m'a aidé pour prendre contact avec les centres anti Covid qui venaient de s'ouvrir. Et forcément j'y ai revu des infirmiers que je connaissais
TC 2	non et donc je suis allée à la maison de santé, et c'est là que j'ai rencontré le docteur Caroline, qui m'a parlé de vous, voilà
TC 3	Alors, mon médecin a fermé le cabinet pendant la pandémie...donc, non c'est Doctolib qui m'en a attribué un au hasard je pense
TC4	non, et je me demande quel genre de médecin ferait ces consultations à distance toute la journée

Extraits des *verbatim* C :

	Présence
C 1	<i>oui, alors au niveau de la relation très bien, très satisfaisant, mais aussi au niveau de la visite médicale. Ce qu'il y a c'est que je connaissais bien le médecin</i>
C 2	<i>très bien, rien à dire je le connaissais déjà. J'ai eu confiance, et, oui satisfaite aussi. Remarque une chose. Ça veut dire quoi être satisfait pour un patient ? S'il m'avais annoncée une mauvaise nouvelle j'aurais été insatisfaite alors ? Je ne sais pas trop.</i>
C 3	<i>oui, il était dans le même réseau on va dire, de remplacement</i>
C 4	<i>une bonne écoute, oui c'est vrai je le connaissais déjà, alors ça aide. Non mais non, c'est pas pour autant qu'il y a une connaissance un feeling, non la relation, justement je ne dirais pas ça</i>
C 5	<i>oui, pour l'écoute, non pour la relation, je ne comprend pas bien ce que ça veut dire, mais en tout cas, oui je le connaissais déjà et ça m'a satisfaite</i>
C 6	<i>vraiment il m'écoute, oui il hoche la tête et pose des questions, mais là, ça ne l'a pas fait je pense que je retournerai le voir parce que je n'ai pas trop compris ce qu'il m'a mis dans l'ordonnance, pas trop confiance dans</i>
C 11	<i>je vais chez le médecin, qui me connaît bien, j'ai mes habitudes, il me regarde et m'examine bien, prend ma température, mon taux d'oxygène, avec la pince à doigt, ma tension aussi il me demande di ça va, le moral ? Il s'intéresse quoi</i>
	Absence
C 17	<i>C'était un remplaçant, mais en fait, ça tourne beaucoup dans ce centre de santé. Alors on a un médecin traitant, mais ils peuvent s'échanger les patients de ce que j'ai compris</i>
C 19	<i>En fait, je n'ai pas de médecin attiré, je les connais tous, ou toutes, mais j'en voit à tour de rôle. Il y a toujours des remplaçant des médecins</i>
C 26	<i>En fait voilà, c'est par Doctolib que j'ai trouvé cette téléconsultation, ce n'était pas mon médecin habituel. Il ne prenait plus de patients, il fallait</i>

- Innovation

Nous entendons le caractère innovation dans notre travail comme étant une pratique nouvellement introduite en santé. Aucune valeur positive ou négative n'y est associée. Nous avons codé la présence de ce caractère quand, dans la discussion, la personne âgée nous disait que, selon elle, la téléconsultation représentait une nouvelle pratique médicale. Exemples : Nous avons codé la présence de ce caractère quand la personne nous disait explicitement que la téléconsultation n'était pas une nouvelle pratique à ses yeux.

Exemple : TC9 (...) *Maintenant c'est nouveau, c'est même autre chose, on peut se voir !* »

Point de vigilance : La présence de ce caractère a été codée quand une personne nous disait que la TC était innovante exemple (du même patient) : C30 « La consultation est innovante ! elle permet de se soigner, c'est ça qui est innovant, c'est innovant dans l'Histoire ! ». TC30 « C'était très nouveau, une innovation on peut dire, même si on s'entendait mal ». Ou alors TC28 « Ça pour une innovation, c'est une innovation, on a trouvé le moyen de se soigner sans se voir et sans se toucher ». Néanmoins, on peut y voir des connotations négatives ou positives sous-jacentes, bien qu'elles ne soient pas exprimées clairement. Cette combinaison s'est donc révélée difficilement compréhensible et paradoxale a priori. Nous nous sommes rendu compte de cela quand nous avons observé que ce caractère était associé tant à la majorité des téléconsultations de la partie deux qu'à certaines consultations dans la partie trois de nos résultats. Ce constat a donc motivé un « retour aux caractères » (Tassy, 1991) pour ré agencer un nouveau codage dans de futurs travaux. C'est donc l'association des caractères accompagnant le caractère « innovation » qui nous permet de comprendre comment « innovation » agit dans la structuration de nos données. (Voir figure 22).

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* TC :

		Présence
1		
5	TC 9	<i>Maintenant c'est nouveau, c'est même autre chose, on peut se voir !</i> »
8	TC 28	Ça pour une innovation, c'est une innovation, on a trouvé le moyen de se soigner sans se voir et sans se toucher
1	TC 31	innovant, certes, mais est-ce que ça va durer ?
4	TC 43	C'est nouveau, et innovant... je vous laisse mettre le sens dans tout ça
1	TC59	Ben si on l'avait dit il y a des années, on nous aurait rit au nez. Alors, c'est ça, mettez innovant dans votre mémoire
2	TC63	oui, c'est nouveau,, innovant, bon on ne va pas jouer sur les mots
3	TC64	c'est innovant, mais l'ancienne façon était aussi très bien
4	TC66	Mais il faudra voir sur le long terme ce qui soigne vraiment... et on pourra dire que c'est innovant sans se tromper
0		Absence
1	TC 1	c'est compliqué comme question. Bien sur c'est innovant, mais mais en même temps c'est la question de l'utilité qui revient. Je ne sais pas si l'innovatin signifie efficacité, mais de mon point de vue à partir du moment où il e-était déjà possible de consulter un médecin à distance, alors c'est pas innovant dans ce sens, tu me comprends ?
2	TC 2	Ce n'est pas une innovation pour moi
3	TC 3	non et c'est par rapport à ce qu'elle apporte, là, tout de suite je ne suis pas sure qu'on ait besoin de ce type de soin
5	TC46	Ce qui serait innovant, c'est une téléconsultation pour des choses importantes, qui peuvent vraiment être améliorées, mais dans un cadre de prise en charge sérieuse. S'il y avait plus de médecins, plus d'argent pour la santé. Alors, oui cela aurait du sens. Mais l'impression que j'en ai, c'est que l'on s'est dépêché de légaliser cette pratique, pour montrer aux électeurs que l'on fait quelque chose. La vérité c'est que ce n'est pas adapté. Sauf à nous prendre pour des dupes?

Extraits des *verbatim* C :

	Présence
C 17	Oui, c'est innovant, ça a permis de faire avancer la médecine
C 21	Bien sûr qu'elle est innovante, vous ne vous rendez pas compte sur combien de siècle d'innovations médicales elle repose
C 30	La consultation est innovante ! elle permet de se soigner, c'est ça qui est innovant, c'est innovant dans l'Histoire !
C49	oui, ça doigne, c'est important, donc 'est innovant. Et puis avec tous les objets connectés c'est même ludique
C71	Tout a fait, je pense que c'est très innovant si on regarde du côté de la science
	Absence
C 27	Mais ce n'est pas innovant dans le sens où cela se pratique depuis longtemps
C 45	pour moi ce qui est innovant est nouveau, sorte de synonyme, mais la consultation, ce n'est pas ça
C51	Je ne crois pas que c'est nouveau, en tout cas rien de nouveau par rapport à l'habitude des autres consultations ne s'est produit dans ma dernière consultation

- Temps

Ce caractère illustre le temps et la qualité du temps accordé à la consultation ou la téléconsultation. Exemple 1 : TC25 « *la téléconsultation, m'a permis de gagner du temps, plutôt que d'aller attendre au cabinet* » ou bien Exemple 2 : TC46 « *vous parlez d'un gain de temps ? Pas du tout, il a fallu que j'y retourne, en vrai cette fois !* »

Selon ces deux exemples nous avons codé la présence de ce caractère quand elle était exprimée comme étant un ressenti favorable vis-à-vis de la consultation ou téléconsultation (exemple 1). Nous avons codé son absence quand elle était exprimée comme étant un ressenti négatif (exemple 2).

Point de vigilance : rien à signaler

Limite de l'usage : rien à signaler

Extraits des *verbatim* TC :

Présence	
TC4	<i>oui, la cabine chez le pharmacien était plus proche de chez moi que le cabinet</i>
TC 9	<i>Je ne sais pas trop, c'est-à-dire que ça fait gagner le temps du déplacement, mais est-ce que ça fait gagner du temps pour le soin ? Je ne sais pas, un peu des deux?</i>
TC 11	<i>Je pense qu'en effet il y a un gain de temps, peut-être du côté des médecins, il y a un gain de temps médical, ils n'ont pas à se déplacer, ils voient plus de monde ?</i>
TC 13	<i>Mais c'est-à-dire que peut-être lui, oui, il y gagne du temps, et moi aussi, oui, mais vous voyez comme il a fallu qu'on m'aide...alors ça peut ajouter du temps de travail à d'autres quand même</i>
TC 14	<i>on va dire oui, dans mon cas et pour moi, j'ai pas eu à sortir, heureusement vu que le Covid était partout</i>
TC 33	<i>oui, le temps, d'accord, mais la question du temps est associée , à mon avis, tu me dis si je me trompe, à l'efficacité du diagnostic, on va dire...enfin, du résultat de la consultation, alors ça dépend. Mais c'est sur qu'on attend pas dans la salle d'attente</i>
Absence	
TC 1	<i>Je pense qu'en partie, cela pourrait faire gagner du temps. Mais dans le fond, j'en reviens au soin. C'est l'impact que cette pratique a dans le soin qui doit nous permettre de dire si oui ou non elle est utile, s'il faut gagner du temps et dans quelles conditions ? Tu dis, est-ce que cela a un impact sur le temps ? mais je réponds à ça, est-ce que le temps est une variable d'ajustement en santé ? Je ne le crois pas, pas à partir de mon expérience. Parfois c'est justement le temps qui permet de bien prendre soin de sa santé, gérer les maladies chroniques convenablement. Et ce temps, bien c'est le temps que l'on ne va plus passer aux urgences à cause d'une mauvaise gestion de son diabète tu vois ?</i>
TC 6	<i>de quel temps tu parles? Et pour qui ? Moi quand je consulte, je ne veux pas qu'on se dépêche! Si je consulte c'est parce que j'en ai besoin. Et je paie le médecin, je paie son expertise, son temps aussi. Alors le temps du médecin est précieux pour moi.</i>
TC46	<i>vous parlez d'un gain de temps ? pas du tout, il a fallu que j'y retourne, en vrai cette fois</i>

Extraits des *verbatim* C :

	Présence
C 6	Je ne comprends pas bien, oui c'est du temps, mais bien employé si on est malade
C 12	Oui, ça fait gagner du temps sur la maladie, sur les aggravations potentielles
C 15	ça fait partie de l'hygiène de vie, alors c'est positif sur le temps de vie, temps en bonne santé
C 17	bien sur c'est très important le temps, dédié à la consultation. Le médecin sait le temps qu'il faut dédier à la consultation, moi ça me
C 21	Ah, bien on attend en salle d'attente c'est
	Absence
C 1	Et bien cela a été très expéditif, ça aurait pu être pareil lors d'une téléconsultation je pense
C 2	Bien je n'ai pas ressenti que le temps engagé était qualitatif. Je veux dire dans ma dernière consultation. Ça ne remet pas en question la qualité du médecin, je pense qu'il sait ce qu'il fait.
C 3	Je sais cela va te paraître paradoxal, mais en effet la consultation n'a pas duré longtemps

Paysage

Avant de présenter plus précisément ces caractères, nous devons signaler leur limite commune.

Nos interrogations par rapport à la dimension « paysage » portaient sur le fait de comprendre comment le milieu de vie des patients était sensible, ou sensibilisé, d'une part à l'utilisation de la santé numérique, et d'autre part au vieillissement démographique lors de cette période pandémique. Ainsi nous avons cherché particulièrement à faire ressortir les accompagnements, les aides reçues, avant, pendant et après la téléconsultation. Nous n'avons pas codé suffisamment, et de façon exhaustive, les données qui nous aurait permis de comprendre quel était le degré d'aide reçu pour accéder à la consultation classique. Ceci constitue une limite qui pourra être levée dans le cadre d'un travail complémentaire à partir des données.

De la même façon, l'information au sujet de la familiarité avec la technologie n'a été codée que pour la téléconsultation.

- *Familiarité avec les nouvelles technologies*

Ce caractère illustre le degré d'aisance que le patient a, de façon déclarative, vis-à-vis des outils numériques : ordinateurs, téléphones, tablettes. Selon la nomenclature de la médiation numérique, il existe trois niveaux :

1) « faire à la place de » correspond au niveau le plus éloigné de l'autonomie numérique. Le code associé est le « 3 ». Un-e médiateur-trice, doit faire à la place de la personne tous les gestes qui lui permettent d'accéder à la fonctionnalité numérique recherchée : écrire ou consulter un mail, parler et/ou voir à distance un correspondant... Ex : TC14 « *C'est ma fille qui vient d'habitude, quand j'ai besoin d'aller sur les sites des impôts ou de la sécu. C'est elle qui sait* ».

2) « faire avec » correspond à un niveau intermédiaire, le code associé est le « 2 » un ou une médiatrice explique, transmet, les informations en restant aux côtés de la personne, pour qu'elle fasse par elle-même tout en étant assistée. Ex : TC32 « Ben, tu vois, je viens au centre pour demander à Laetitia (médiatrice numérique) ».

3) « autonomie », codé « 1 », il correspond au niveau le plus élevé de la familiarité avec les technologies numériques. Ex : TC71 « J'utilise internet pour parler avec mes petits-enfants, à distance, avec WhatsApp, par exemple, et pendant le confinement c'était Zoom ».

Nous avons codé un des trois états en fonction de ce que nous disait la personne. Nous avons pu être précis dans notre codage en étant attentifs au récit global de l'expérience.

Extraits des *verbatim* :

TC 11	<i>bien tout dépend si j'ai une personne, comme ma famille par exemple, qui m'explique et qui me montre comment faire, je peux y arriver, mais il faut de la patience, et ce n'est pas toujours le cas de sjeunes, vous allez trop vite !</i>
TC 12	<i>Comme je sais bien utiliser l'ordinateur ça va. Tout dépend, mais généralement, je vois ou je demande une fois, ou je cherche des tuto, et après je fais en autonomie</i>
TC 13	<i>si on me montre, qu'on est à côté de moi, j'apprends, je fais ce qu'eje dois faire</i>
TC 14	<i>C'est ma fille qui vient d'habitude, quand j'ai besoin d'aller sur les sites des impôts ou de la sécu. C'est elle qui sait</i>
TC 15	<i>seule mais ça dépend de quoi,mais j'ai besoin qu'on me montre quand même</i>
TC 16	<i>Oulà, non, non, je préfère éviter</i>
TC 17	<i>si on me montre, et qu'on m'aide, comme au club, alors oui je peux me débrouiller, mais j'aime pas beaucoup</i>

- *Tiers aidants pour accéder à la TC*

Ce caractère représente le réseau, professionnel, amical, familial, de voisinage, ou associatif, dont les patients ont disposé pour bénéficier d'une aide pour l'accès, le déroulement, ou les suites de la téléconsultation ou la consultation (prendre un autre rendez-vous médical, imprimer une ordonnance).

Nous avons codé la nature de la relation qui unit la personne âgée à la personne qui lui a apporté l'aide. Exemple : TC33 « *Oui, Jacqueline m'a aidée, mais seulement pour me montrer en général comment ça marche quoi* ». Nous avons codé « 3 » c'est-à-dire que l'aide avait été apportée par un réseau de proximité (gardien, voisin, association).

C'est à partir de la modalité « service d'aide à domicile » de ce caractère que nous avons pu observer notre sous-échantillon qui a fait l'objet de notre analyse spécifique au sujet de l'attractivité des métiers du soin que nous présentons dans le chapitre suivant (chapitre 6). Exemple : TC 38 « *Alors, on a convenu que Gislaine viendrait un peu avant le rendez-vous, pour tout mettre en place* ». Nous avons codé « 1 », c'est-à-dire que l'aide pour accéder à la TC avait été apportée par une aide à domicile.

Extraits des *verbatim* :

TC 11	<i>Elle s'est assise à côté de moi, et pendant, on va dire une demi-heure, elle n'a rien fait d'autre que de me montrer comment faire pour prendre rdv sur Doctolib</i>
TC 15	<i>C'était Yves, qui m'a accompagné tout au long de cette consultation, mais avant aussi, dans tout ce que je vus ai dit. Alors je suis contente de l'aide reçue, mais en même temps je e débrouillais mieux sans l'ordinateur. Ce que je veux dire c'est que là je dépend de mon file avant, pendant et après, cela m'attriste</i>
TC 17	<i>Mme Yacinte m'aaidée à comprendre comment faire</i>
TC 23	<i>Mais pour ça (mieux positionner l'écran de l'ordinateur en vue de la téléconsultation) il a fallu déplacer le canapé... tant pis pour le ménage cette semaine, on va voir si on peut ajouter une heure la semaine..Je peux me débrouiller tout seul mais je ne savais plus comment allumer la box, alors madame Ines, m'a aidé</i>

- Tiers aidants : que font-ils pour permettre l'accès à la téléconsultation ?

Nous avons codé ici ce que les tiers accompagnants ont fait pour aider les patients à accéder effectivement à leur consultation. Nous avons codé selon les récits soit l'aide à la connexion des appareils numériques, soit l'aide à internet, ou alors les deux modalités réunies quand l'aide pour la connexion des appareils numériques et la gestion d'internet était nécessaire.

Extraits des *verbatim* :

TC2	<i>Louise, m'a branché la caméra et le micro</i>
TC23	<i>Je peux me débrouiller tout seul mais je ne savais plus comment allumer la box, alors madame Ines, m'a aidé</i>
TC60	<i>Mme Lola m'a prêté son smartphone pour me montrer comment ça marche</i>
TC63	<i>J'avais tout, mais il fallait juste m'aider à trouver la bonne page sur internet, alors mon fils m'a un peu aidée</i>
TC38	<i>Alors, on a convenu que Gislaine viendrait un peu avant le rdv, pour tout mettre en place. En plus je lui ai demandé de rester pour être sûre, au cas où il y aurait un problème... technologique disons</i>

Nous avons mis ce caractère en résonance avec la familiarité avec les technologies et les tiers aidants pour accéder à la téléconsultation ou la consultation. Nous avons codé « ne s'applique pas » pour la consultation classique.

- Tiers aidants : qui sont-ils avant la téléconsultation ?

En lien avec le caractère qui précède et qui suit, nous avons voulu savoir qui étaient les tiers aidants qui sont intervenus lors de la préparation de la téléconsultation (si une préparation avait été nécessaire). Plusieurs métiers, ou liens de parenté, sont ressortis de nos entretiens : Pharmacien, service d'aide à domicile, service de soins à domicile, gardien, association, et enfin, membres de la famille.

Extraits des *verbatim* :

TC 15	<i>C'était Yves, qui vraiment m'a accompagné tout au long de cette consultation, mais avant aussi, dans tout ce que je vus ai dit. Alors je suis contente de l'aide reçue, mais en même temps je e débrouillais mieux sans l'ordinateur. Ce que je veux dire c'est que là je dépend de mon file avant, pendant et après, cela m'attriste</i>
TC32	<i>Comme Josette venait la veille de la consultation par ordinateur, je lui ai demandé de m'aider à lire ce qu'il y avait écrit sur la pince à oxygène, tu vois ? Je n'ai plus les yeux de ma jeunesse, je ne pouvais pas voir suffisamment pour le dire au docteur</i>
TC72	<i>Je suis allée chez le pharmacien pour qu'il me prenne la tension avant la consultation, pour la préparer quoi</i>
TC73	<i>ben c'est Micheline, vous la connaissez, elle vient parfois au centre, elle m'a aidé à brancher le micro et la caméra. Pour le reste je me suis débrouillée</i>

Pour les caractères qui vont suivre, nous ne proposons pas d'extrait d'entretiens sous forme de tableau, car les éléments ci-dessous font partie des extraits que nous avons déjà cités plus haut. En effet, la série de caractères qui suit naît de l'ensemble des informations que nous avons recueillies tout au long des entretiens. Nous utilisons donc directement dans le corps du texte certains extraits de témoignages.

- *Tiers aidants : que font-ils avant l'accès à la téléconsultation ?*

Ce caractère est à observer en relation avec le précédent. Nous avons codé ce que des tiers aidants ont fait avant le jour prévu pour la téléconsultation, pour préparer la téléconsultation. Trois éléments principaux sont ressortis de nos entretiens, la prise de tension, la pesée et la mesure de l'oxygène dans le sang.

Nous avons donc codé la présence de l'un de ces gestes ou de plusieurs, en fonction de la description que la personne nous donnait de cet aspect. Comme dans l'exemple précédent : TC72 « *Je suis allée chez le pharmacien pour qu'il me prenne la tension avant la consultation, pour la préparer quoi.* »

Si aucun élément ne ressortait de la discussion, alors nous codions « Z » c'est-à-dire que le caractère n'était pas pertinent.

- *Tiers aidants : Qui sont les tiers pendant la téléconsultation ?*

Ce caractère nous permet d'observer qui a apporté une aide pendant la téléconsultation, si une aide spécifique a été nécessaire. Nous avons recensé : autonomie, service d'aide à domicile, service de soins, membres de la famille (notamment quand ces derniers sont professionnels de santé eux-mêmes). En reprenant l'extrait des entretiens l'exemple de la TC72 « *Je suis allée chez le pharmacien pour qu'il me prenne la tension...* », nous avons codé « pharmacien » à ce caractère.

- *Tiers aidants : que font-ils pendant l'accès à la téléconsultation ?*

Nous avons recensé : Palpation, inspection, auscultation, oxymètre, stéthoscope, aspect général. Nous pouvons prendre les extraits des entretiens pour illustre ce caractère. Ex : TC30 « *Le médecin me disait comment faire pour me palper la poitrine.* ». Dans ce cas, nous avons codé « Z » au caractère « tiers aidants : qui sont les tiers aidants pendant la TC ? » et « 1 » pour le caractère « palpation ». Ou bien : TC39 « *C'est ma fille, qui est infirmière qui m'a auscultée avec son appareil, et c'est elle ensuite qui a dit au médecin.* ». Dans ce cas nous avons codé « membre de la famille » pour le caractère Tiers aidants : Qui sont les tiers pendant la téléconsultation ? et « stéthoscope » pour ce caractère. Nous

avons noté « Z » quand aucune aide et aucun geste relatif à l'examen physique n'a été nécessaire lors de la téléconsultation.

- *Tiers aidants : qui sont les tiers après la téléconsultation ?*

De la même façon que pour les caractères précédents, nous avons codé la présence, l'absence, le métier, ou la relation entretenue, des personnes ayant apporté leur aide aux patients après la téléconsultation. Nous avons codé : autonomie, pharmacien, service d'aide à domicile, service de soins à domicile, gardien, association, et enfin, membres de la famille. Voici des extraits de verbatim : TC80 « *Alors, comme mon fils m'avait mis le courrier sur mon téléphone, alors automatiquement, j'ai montré la petite enveloppe au pharmacien... c'est lui qui a tout fait... et il a trouvé l'ordonnance dans le courrier... alors il m'a donné les médicaments* ». Ici nous avons codé « 6 » c'est-à-dire « pharmacien ». Le fils de la personne lui avait installé la messagerie avant la téléconsultation. C'est d'ailleurs lui-même qui l'avait aidée à accéder à la TC (nous avons codé « 2 » c'est-à-dire « famille » pour le caractère Tiers aidants pour accéder à la TC pour cette TC).

- *Tiers aidants : que font les tiers après la téléconsultation ?*

Pour ce caractère nous avons codé la transmission et l'impression d'ordonnance, et, ou, la transmission de compte-rendu médical, mais cela ne s'est produit qu'une seule fois. Par exemple, si on reprend l'extrait du témoignage de la TC 80, nous avons demandé à la personne si elle allait continuer d'utiliser son téléphone portable comme support d'ordonnance en cas de nouvelles ordonnances ou à la suite d'éventuels renouvellements, voici ce que la personne nous a répondu. « *Non, il a sorti l'ordonnance, je ne sais pas comment il a fait, mais il a pu l'imprimer et puis me la donner... je n'ai pas à refaire tout ce cirque la prochaine fois. Je lui donnerai l'ordonnance, normalement.* » Nous avons donc codé « 6 » au caractère « Tiers aidants : qui sont les tiers après la téléconsultation ? », mais « Z » au caractère « Tiers aidants : qui sont les tiers pendant la TC », car la personne n'avait pas besoin d'aide pendant la TC. Il lui a suffi que son fils lui installe le lien de connexion sur un fichier sur son ordinateur, elle a ensuite pu accéder à la TC seule.

Généralités :

- *Motif de la consultation*

Il s'agit de la raison de la consultation (ou téléconsultation) du médecin. Exemple : « *j'ai consulté mon médecin généraliste, pour le renouvellement de mon traitement habituel* ».

Quand nous avons en même temps que le motif de la consultation la spécialité médicale concernée, nous avons codé à part dans le caractère spécialité, ce deuxième élément du témoignage. Tous les récits, sauf un, comportent cette information.

- **Spécialité**

Ce caractère illustre la spécialité médicale consultée. La liste complète des spécialités est fournie en annexe. Tous les récits comportent cette information.

Point de vigilance :

Bien que nous ayons procédé au codage avec la plus grande minutie, nous avons, après l'analyse, identifié des erreurs. Un errata est joint à ce manuscrit en annexe (Annexe 9).

5.2.6 Les fossiles

Les fossiles, c'est-à-dire les récits qui portaient sur les consultations avant l'apparition de l'écran dans le cabinet médical nous ont permis d'identifier des caractères qui ne semblent plus faire partie des consultations modernes. Il s'agit des caractères « inspection de la langue », « inspection des yeux » et « se réchauffer les mains ». Nous n'avons pas observé ces caractères dans les résultats que nous venons d'explicitier puisque le groupe des fossiles a été intégré comme extra-groupe : ces caractères changent donc à la lisière extra-groupe-intra-groupe. Nous rapportons néanmoins ci-dessous des extraits de ces récits : F1 : « *Je me souviens, je devais avoir peut-être dix ans. Il faisait froid l'hiver à la montagne... c'est plus comme maintenant... passons ! Alors docteur Jean, se frottait les mains, pour les réchauffer bien sûr, avant de me toucher la gorge.* » F5 : « *ah, oui tu as raison, le mien aussi faisait ça, et puis vous vous souvenez, ils nous disaient de tirer la langue* ». F2 « *Je me souviens qu'encore avec mes enfants, le pédiatre leur regardait la langue, les oreilles, mais le mien, il ne fait plus du tout ça maintenant* ». F8 « *Il me disait, dites 33, tu as dû connaître ça aussi, non ? Et puis, il faisait comme ça (la personne baisse avec ses indexes la partie inférieure de l'œil) et aussi ça (la personne tire la langue). Ah ! ah ! ah !* ». F6 « *Et puis le docteur de maman, bien évidemment à l'époque c'était au village, il n'y avait pas de pédiatre, alors il faisait tout le monde, les enfants, les accouchements, les vieux, et je vais te dire, parfois il donnait aussi des conseils pour les bêtes... ah ben oui, c'était comme ça à l'époque !, donc je souffrirai déjà à l'époque de la toux, alors il me soulevait la chemise pour écouter les poumons, mais il me disait : "je souffle sur les mains, tu ne vas pas avoir froid", mais le stéthoscope lui, il était gelé* ». F7 « *Il regardait toujours la langue et posait des questions sur la digestion aussi, maintenant, ça se fait moins* ». F12

« Je dois être la plus âgée du groupe je crois... enfin de mon temps, les outils n'étaient pas les mêmes le stéthoscope était différent et pour regarder les oreilles aussi ».

Nous observons qu'au sujet des émotions, les ressentis sont moins homogènes. Certains participants notent que l'écoute du médecin vis-à-vis du patient a pu évoluer au cours du temps. F9 : *« Non, il ne faut pas dire que c'était mieux avant, c'était différent. Par exemple, quand j'allais voir le docteur François, il ne m'écoutait pas. J'étais une jeune mère, et je pense qu'il croyait mieux savoir que moi ce qu'il fallait faire avec Marie (nom de la fille, nourrisson à l'époque du récit) ».* F6 : *« Ça je suis d'accord avec toi, à l'époque ils étaient moins proches de nous, ils étaient quand même sur un piédestal les médecins »* F15 : *« Oui, moi aussi, il y a qu'à voir, les progrès qu'il y a eu pour les accouchements, en 58 quand j'ai eu mon premier enfant, les médecins ne s'embêtaient pas à vous écouter, vos craintes, et vos peurs, et la douleur, alors là, pff, circulez-y a rien à voir de ce côté-là. »* F4 : *« Mais, oui, faut que je te dise, ma fille a emmené ma petite fille chez la pédiatre, alors elle me raconte et elle me dit : “maman, la pédiatre de Lilou l'a regardée jouer dans son cabinet pour voir si son développement était normal”, alors puisqu'en on en parle, à mon époque, il n'y avait pas de jouets dans les cabinets des médecins, et le mien en tout cas, s'enfichait complètement de me regarder jouer, ah ! ah ! ah ! ».* Nous observons tout au long de ces témoignages que, implicitement, ils nous disent ressentir une plus grande écoute des professionnels de santé, de nos jours.

Les analyses complémentaires sont présentes également dans ces témoignages. Elles sont moins présentes dans les souvenirs des patients. F12 : *« Oh... ben déjà on s'inquiétait moins qu'aujourd'hui, je pense. En tous les cas, je n'ai pas le souvenir d'avoir fait beaucoup d'analyses pendant mon enfance. On allait chez le médecin, si c'était grave, il nous envoyait à l'hôpital, c'est tout ».* F13 : *« Moi non plus je n'ai pas le souvenir d'analyses spécifiques, est — ce qu'il prescrivait des prises de sang ? ... sans doute, mais pas à moi ».* F14 : *« Mais c'est parce que vous étiez en bonne santé ! moi je me souviens qu'il m'avait fait examiner à l'hôpital et qu'il m'avait envoyé en cure, à cause de la tuberculose ».*

5.2.7 Des modèles de référence pour la consultation

Plus globalement, l'ensemble des récits nous permet d'identifier des « *patterns* » c'est-à-dire des cadres de références en relation avec la façon dont les participants de notre étude nous racontent leur relation à l'examen clinique, tant à distance qu'en présence.

Tout d'abord la rencontre physique avec le médecin de famille, c'est-à-dire le médecin de confiance. Le colloque singulier dans cette situation est thérapeutique, qu'il soit accompagné de gestes, ou pas, de prescriptions ou pas, de diagnostic ou pas. C3 « *J'avais une tension, oulà, au moins 150, le pharmacien il m'a dit d'y aller tout de suite (chez le médecin). Franchement, déjà dans la salle d'attente ça allait mieux, il m'a parlé, il m'a dit que ce n'était pas grave, il m'a examiné, alors ça y est, j'allais mieux* ». TC73 « *Avec tous ces morts annoncés au journal, ah vraiment j'étais angoissé, le ventre noué, j'ai perdu au moins 2 kg, alors j'ai eu du mal à respirer, comme ça s'est venu, hop. J'ai dit ça y est j'ai le virus, je vais mourir. Alors, bon on a fait la téléconsultation, et vraiment, même ce n'était rien, il ne m'a rien prescrit, ça allait beaucoup mieux* ».

Puis, la consultation à distance, par le téléphone avec le médecin de confiance. L'examen physique n'est pas possible, l'observation du patient non plus. Néanmoins, cette pratique est reconnue par les patients puisqu'elle s'inscrit dans une connaissance et un suivi global du patient. Le médecin connaît l'environnement de vie, la famille et les éventuelles forces et les difficultés en santé, mais du point de vue social aussi. La raison de cette consultation téléphonique est liée à une demande qui vient du médecin en fonction d'analyses ou de traitements en cours. Ou bien à l'initiative du patient face à une situation jugée inquiétante et urgente. Les patients nous ont dit que la connaissance de leur environnement et de leur santé préalablement à cette consultation à distance permettait de l'associer à un « vrai » soin, et donc à une habitude. TC9 « *Avant je téléphonais à mon médecin quand même, surtout avec mon fils, quand il était petit, tu sais comment ça se passe... alors le médecin savait, il le connaissait, il savait que maman était infirmière et qu'elle pouvait m'aider tu vois ?* ». C14 « *Et bien, figure — toi, que ma dernière consultation était déjà à distance, hé, hé ! Par téléphone ! j'avais besoin d'une nouvelle ordonnance, j'avais oublié la mienne et j'étais parti en vacances. Alors voilà j'ai téléphoné à mon médecin traitant* ».

La consultation physique avec un médecin qui n'est pas le médecin de confiance. C'est alors le rituel clinique comprenant l'interrogatoire, l'examen clinique et les conclusions qui est vecteur de sens. C77 « *Non, mais je te raconte, ce n'est pas ce que tu m'as demandé, mais bon. Même si je ne connais pas le médecin, bon, ce n'est pas grave, il sait faire son boulot. Il n'a pas forcément besoin de me connaître. Il me fait l'examen, s'il y a un problème, il le voit, non ?* ». C58 « *Elle a pris ma tension, elle m'a ausculté, touchée aussi, et puis bien sûr, elle a pris le temps pour que je lui explique ce que j'avais. Oui, j'étais satisfaite, on peut dire de cette consultation. Mais, non, je ne connaissais pas la*

médecin, elle remplaçait sa collègue, c'est-à-dire mon médecin traitant qui était en congé maternité ». Enfin deux types de téléconsultations.

La première qui se fait avec le médecin de famille pour des actes jugés simples par les patients, le renouvellement de l'ordonnance par exemple, ou une suspicion de grippe, rhume, sans signes de gravité ou d'inquiétude. Ici, les patients nous disent reconnaître un soin, une habitude de soin, même si cette numérisation de la consultation n'est ni désirée ni désirable, mais en revanche, acceptable. Certains patients nous disent que cette situation fait sens dans leur parcours, elle l'améliore. Ceci est surtout verbalisé par les personnes ayant des problèmes de mobilité. TC12 *« Ce n'était rien de grave, je ne savais pas que ce n'était pas nécessaire d'avoir une ordonnance pour le renouvellement de mon traitement, alors j'ai quand même pu faire la téléconsultation. Remarque c'est toujours bien d'avoir une surveillance, même comme ça. Comme je sais bien utiliser l'ordinateur, ça va »*. TC51 *« Je ne marche plus très bien à cause de mes rhumatismes, alors tu vois, faire la téléconsultation, quand c'est des petites choses, ça m'arrange, c'est mieux. Je vais te dire, la chance que j'ai c'est que ma fille habite à côté, et tant pis pour l'interdiction, elle est venue m'aider quand même avec l'ordinateur »*.

La deuxième est celle qui se déroule contrainte par des événements extérieurs indésirables, la crise épidémique et les confinements en sont un exemple. Pour ces personnes l'accès à la téléconsultation doit être pensé et organisé en amont, le jour « j », et en aval. Cet accès renvoi à une nouvelle forme de perte d'indépendance fonctionnelle au vu des aides spécifiques qu'apportent les tiers aidants et parfois décisionnelle s'agissant de comprendre les demandes d'autorisations relatives aux données numériques. Le médecin téléconsultant est connu ou pas, mais l'attention reste tournée vers la médiatisation du soin. Il y a, dans ce cas, la perte d'habitudes de soin, et la présence d'un doute, d'une crainte qui s'installe quant à la pertinence et à l'efficacité du soin. TC75 *« Ah, mais je te le dis, si à mon époque ça avait été aussi compliqué que maintenant, je serai mort plus tôt ! Même pour prendre rendez-vous il faut de l'aide, non, mais, on marche sur la tête ! »*

À partir de ces situations de consultation, des émotions spécifiques ont été exprimées. S'agissant de celles exprimées au vu de la téléconsultation elles sont fonction de l'aide sollicitée et, ou reçue, du motif de la téléconsultation et de la qualité technique et humaine des échanges, mais aussi et principalement du temps accordé à la consultation. Les émotions que nous avons identifiées sont majoritairement la confiance, la relation, l'utilité

dans leur présence, et dans leur absence. Nous notons également, bien que cela concerne une minorité de participants que pour ceux ayant une plus grande familiarité avec les outils numériques, la téléconsultation a été un élément facilitateur pendant les confinements. Cet outil a représenté la possibilité d'entrer en contact visuel avec un médecin. Au-delà des plaintes somatiques spécifiques qui ont nécessité la téléconsultation, c'est le caractère rassurant de pouvoir discuter avec un professionnel de santé pendant une période anxigène qui a été mis en avant comme bénéfice par les utilisateurs. Aussi, un sentiment de proximité avec le soin a pu être observé chez ces personnes. En effet, elles nous ont dit que le développement de cette pratique ne leur semblait pas naturel, c'est-à-dire qu'il ne faisait pas référence à des pratiques de soin connues, et que ceci était aussi vrai pour les médecins, de l'autre côté de l'écran. Aussi, les hésitations des médecins, leurs maladresses, voire leurs problèmes de connexions, ont été interprétées comme autant de signes de présence humaine avec lesquels les personnes se sont senties en empathie, en sympathie. Ceci a contribué à créer ou à renforcer le sentiment de confiance vis-à-vis de l'outil et vis-à-vis de la pratique médicale à distance. Les représentations telles que nous les avons comprises reposent sur les éléments concrets qui permettent de comprendre une situation clinique, tant pour les médecins que pour les patients. Ainsi la présence de l'interrogatoire et éventuellement d'examens complémentaires ont été les caractères qui ont majoritairement apparus dans les récits.

5.2.8 Identification des évolutions en cours

Nous cherchons donc à savoir, si avec les changements que nous avons identifiés il existe un lien entre les dimensions de l'examen clinique classique et celui qui est pratiqué à distance. Nous observons que notre étude permet de mettre en évidence des pertes et des gains. Nous remobilisons donc notre cadre conceptuel afin de mieux illustrer notre propos.

5.2.8.1 Présence / absence de gestes, émotions et représentations dans les consultations et téléconsultations

Dans nos entretiens, la présence des gestes cliniques est le plus souvent associée à l'expérience de consultation. D'après les *verbatim*, l'absence de geste est aussi observée lors de certaines consultations, et, en téléconsultation, quelque chose approchant un examen physique peut être réalisé, non par un médecin, mais par une tierce personne (souvent l'aide à domicile ou aide-soignante, mais aussi les enfants ou le conjoint-e).
TC 39 « *Mais comme ma fille c'est elle qui faisait les gestes, et qui avait les objets pour*

m'ausculter, alors j'avais quand même un peu l'impression ». Quand les analyses complémentaires sont présentes lors d'une téléconsultation, TC29 « *Mais il m'a conseillé de faire une radio si la douleur continuait ou si ça gonflait* », l'absence d'examen physique paraît en être la cause, selon la perception des patients de la prescription de ces analyses complémentaires : TC62 « *Il ne pouvait pas me toucher la jambe, il ne pouvait pas savoir si je m'étais cassé un os, alors il m'a prescrit la radio* ». L'observation de l'aspect global paraît également difficile à réaliser à travers l'écran. Les patients ont l'impression que la téléconsultation ne permet pas de prendre en considération la globalité de leur état. TC59 « *Et puis bon, le médecin doit regarder votre état de santé global, là ça n'a pas été le cas. En tout cas moi je n'en ai pas l'impression. J'ai bien expliqué au médecin pourquoi je la consultais, mais est-ce que cela lui a permis de vérifier ce que je disais... je ne sais pas* ».

Dans la dimension des émotions, il convient de préciser que la caractéristique « écoute » est envisagée souvent en fonction des conditions techniques. En effet, beaucoup de patients nous ont fait part du fait que les conditions techniques ne permettaient pas toujours de bien s'entendre et de bien se voir. Aussi que les silences étaient difficilement interprétables ne sachant pas si l'absence de parole était un problème technique ou un temps de réflexion. Dans ce domaine il apparaît que la satisfaction et la confiance sont également liées au fait de connaître le médecin téléconsultant, avant de procéder à la téléconsultation.

5.2.8.2 La téléconsultation n'est pas vécue comme une consultation classique

Notre graphe et l'étude des *verbatim* nous a permis de mieux observer la nature des liaisons entre la verbalisation d'un changement et la téléconsultation. La téléconsultation intervient dans la représentation du changement entre la consultation classique et les références ou valeurs associées. La perception du changement se traduit par un sentiment de perte et de modifications dans les gestes, mais aussi dans les habitudes et les repères de soins. Et enfin, nous voyons l'influence de l'expérience sur les perceptions des consultations et téléconsultations. Les patients âgés ont une longue expérience de la médecine en tant que patients, ils sont donc témoins subjectifs d'évolutions en même temps que leur état de santé évolue.

La grille proposée à partir de Gaudin (2013) semble donc être pertinente à deux niveaux.

Premièrement, en mettant en évidence les domaines les plus affectés par les nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie, la grille permet d'observer comment la téléconsultation structure et redéfinit l'examen clinique.

Au plan méthodologique tout d'abord, notre étude nous semble confirmer l'intérêt de mobiliser la grille théorique des dimensions relatives à l'examen clinique pour rendre compte de l'expérience partagée par les participants. Ces dimensions nous ont semblé être reconnues et acceptées par les patients comme ayant du sens pour parler de l'examen clinique et paraissent bien synthétiser ce qu'il se produit durant une consultation médicale classique ou à distance.

Ensuite, par conséquent, nous avons donc pu mettre en lumière des différences perçues entre la consultation et la téléconsultation, à travers deux sous-thèmes.

Notre premier résultat concerne la perception de la présence ou de l'absence des gestes, émotions et représentations dans la téléconsultation et dans la consultation.

Notre second résultat concerne les différences perçues, notamment l'imaginaire implicite sur lequel s'appuie la téléconsultation. Ainsi, l'absence de gestes s'accompagne souvent d'une dégradation du jugement de la téléconsultation par rapport à la consultation, le patient ayant l'impression que le médecin n'a pas pu réellement estimer son état général ni établir un diagnostic. Les conséquences sont donc importantes : rien n'indique que les téléconsultations soient toujours capables de tenir leur place d'acte médical au sens plein du terme. En cela, nos résultats semblent confirmer les prescriptions de l'Académie Nationale de Médecine (Jaury, 2021) qui précisent un ensemble de restrictions pour l'usage des téléconsultations par rapport aux consultations. Nous notons également qu'un rapport de bonnes pratiques au sujet de la qualité et de la sécurité de la téléconsultation et de la télé expertise a été élaboré par l'HAS dès 2019 (HAS, 2019). Cependant, notre recherche semble indiquer que sur le terrain, en situation de crise, une certaine confusion soit possible.

Nos résultats et enseignements sont évidemment exploratoires. Malgré cela, nous avons pu observer comment cette nouvelle pratique s'inscrit dans l'examen clinique et dans les relations que les personnes âgées entretiennent avec les références et représentations qui les lient au soin.

Nos résultats suggèrent que la proximité interpersonnelle, sous forme de compétences relationnelles, semble être une variable nécessaire, une condition pour que l'expérience de la téléconsultation se rapproche d'une expérience de consultation classique.

Conclusion du chapitre 5

Dans ce chapitre nous avons observé tout d'abord, que tant au niveau de la régulation de la demande qu'à celui de l'organisation des soins le déploiement du numérique en santé (qu'il s'agisse des systèmes d'information en santé pour la transmission d'informations de la Carte Vitale ou bien dans le partage de données de santé au travers du DMP) agit en tant que facteur structurant pour l'exercice regroupé des soins de premiers recours. Nous observons que la pensée numérique se développe en même temps que la pensée gestionnaire de l'organisation des soins et particulièrement en ville. Ces deux pensées ne peuvent pas être séparées puisque l'outil numérique de la première, incarne territorialement, les réformes de la seconde, il est leur vecteur. Ce faisant ce que l'on nomme communément « le tournant numérique » définit une doctrine technique commune au secteur social, médico-social et sanitaire.

Puis, grâce à la reconstruction phylogénétique, nous avons pu observer des évolutions en cours entre la consultation et la téléconsultation tant au niveau des gestes que des émotions, mais aussi des représentations du soin s'agissant des patients âgés.

Dans le chapitre qui suit, nous observerons de plus près la façon dont les soins de premiers recours se sont réorganisés pour maintenir une continuité de soins au travers de la téléconsultation et des outils de communication à distance lors des deux premières vagues de Covid-19. Ainsi que les résultats de notre étude approfondie.

CHAPITRE 6 – ANALYSE SPÉCIFIQUE DU CARACTÈRE « TIERS AIDANTS » DU CORPUS DE DONNÉES PRINCIPALES

Introduction

Ce chapitre propose un exemple de publication à partir de nos résultats. Elle s'organise en deux temps. Tout d'abord nous observons de plus près la façon dont les soins de premiers recours se sont réorganisés pour maintenir une continuité de soins au travers de la téléconsultation et des outils de communication à distance lors des deux premières vagues de Covid-19. Ceci constitue le contexte dans lequel notre analyse s'est déroulée. Nous présentons de façon plus détaillée notre analyse spécifique au caractère « tiers aidants » en commençant par la présentation de l'échantillon à partir duquel nous avons construit notre étude. Puis, nous mettons en valeur, succinctement, les points saillants de notre travail. Enfin, nous laissons la place à l'article « Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé et l'accompagnement à la téléconsultation : une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires ».

6.1 Contexte et terrain de l'étude : les nouvelles organisations territoriales à l'épreuve du Covid-19, la place du numérique dans la gestion de la crise dans les QPV.

Nous explicitions ici le résultat, issu de notre corpus de données générales construit dans le cadre de notre étude approfondie, qui a fait l'objet d'une analyse spécifique (n=28) et d'une publication dans la revue *Management & Avenir Santé*.

Cette analyse a eu pour objectif d'interroger la notion d'attractivité au regard de l'expérience des bénéficiaires du service d'aide à domicile. Pour ce faire, au moyen d'un sous-échantillon de notre corpus général nous observons si et comment le contenu du service a été modifié par l'accompagnement au numérique en santé proposé, souvent de façon informelle par les aides à domicile et comment ceci a impacté l'expérience du service des bénéficiaires. Les résultats semblent indiquer que cette expérience pourrait être associée aux dimensions de l'attractivité par les sources de reconnaissance professionnelle qu'elle mobilise.

Dans ce chapitre nous allons raconter à partir de notre vécu et des rencontres que nous avons eues avec les professionnels sociaux, médico-sociaux et de santé du territoire dans lequel nos observations se sont situées, la réponse qui a été faite à la crise sanitaire au début de la crise sanitaire entre mars et décembre 2020. Dans la première partie de ce chapitre, nous allons présenter le portrait territorial de santé générale des quartiers du Grand Belleville. Puis, nous allons présenter la réorganisation des soins primaires au printemps 2020 et montrer comment, le numérique en santé et la téléconsultation y ont joué une très grande place.

Portrait territorial de santé

Généralités

Les QPV dans lesquels se situent nos observations couvrent deux arrondissements, le 11^e et le 20^e (figure — sources-portrait en santé).

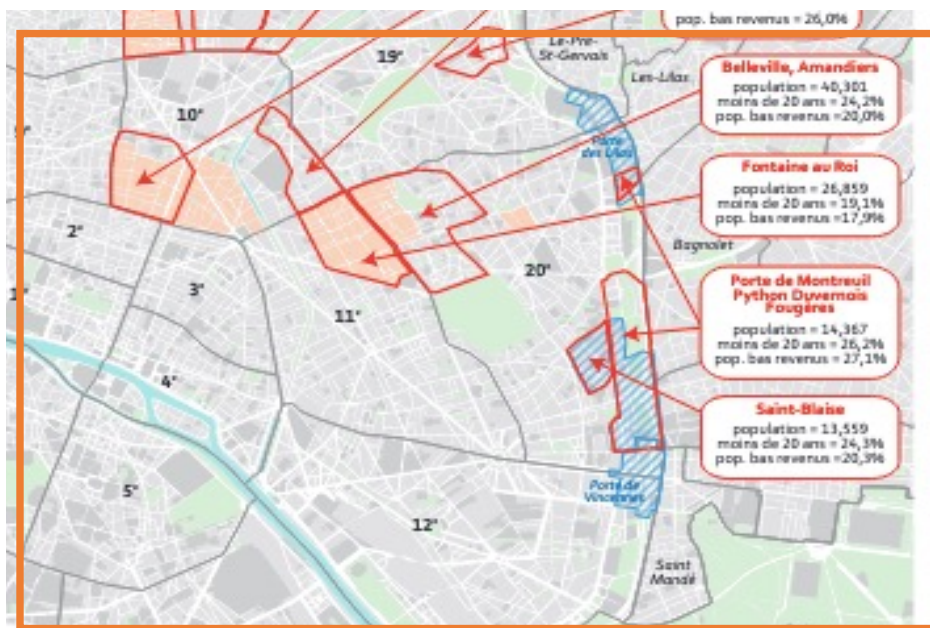


Figure 24: Portrait de santé territorial du 20^e arrondissement (Source : Observatoire Social, : portrait territorial de santé, 20^e arrondissement de Paris, CPTS 20)

Bien que ces arrondissements aient des caractéristiques historiques (population cosmopolite, socialement engagée) et démographiques particulières (le 11^e arrondissement est l'arrondissement qui présente la plus forte densité d'habitants à l'échelle parisienne et le 20^e arrondissement est le second le plus peuplé de Paris) (*ibid.*), leurs portraits sont semblables à ceux des autres arrondissements de Paris.

Généralités 75011 et 75020 comparé à Paris		11e	20e	Paris
Etat de santé	Personnes en ALD	18 155 - 14%	29520 - 17%	273 801 - 14%
	Bénéficiaires de la CMU-C	9 462 - 6%	22752 - 10%	177 479 - 7%
Publics vulnérables	Bénéficiaires de l'ACS	9 462 - 2%	22752 - 3%	177 479 - 2%
	Bénéficiaires de l'AME	1532 - 10%0	3467 - 18%0	
	Taux de couverture en professionnels de santé libéraux	68	41	76
Démographie médicale	Professionnels conventionnés secteur I	271 - 65%	249 87%0	4275 - 60%
	Professionnels omnipraticiens âgés de 65 ans et plus	36%	18%	35%
	Taux de recours à l'offre de santé mentale	4%	4%	4%

Tableau 15: Comparaison des caractéristiques générales de la population entre les 11e et 20e arrondissements de Paris, (source : Observatoire Social, portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20).

Néanmoins, c'est à l'échelle infra-territoriale dans chacun de ces deux arrondissements qu'il est possible d'observer le cumul des vulnérabilités sociales et de santé. Cette échelle correspond à la géographie du QPV du Grand Belleville.



Figure 25: Secteur Grand Belleville (source : Observatoire Social, portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20)

Ici les indicateurs de santé sont moins favorables que dans les autres arrondissements de Paris et reflètent les inégalités sociales et de santé dans les territoires. Le pourcentage des personnes (tous âges confondus) en situation d'affection longue durée (ALD) est trois fois plus élevé dans ces QPV.

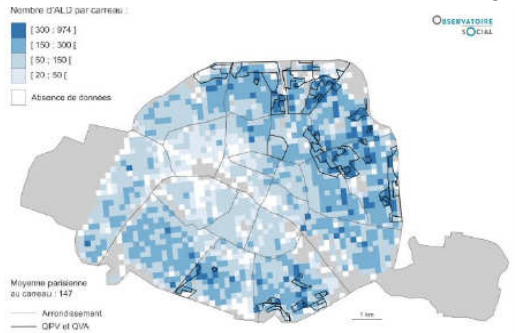


Figure 26: Répartition des Affection de Longue Durée à Paris. (Source : Observatoire Social, portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20).

Le recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ainsi qu'à l'aide complémentaire santé (ACS) atteint un niveau plus élevé dans ces quartiers (Voir figure ci-dessous).

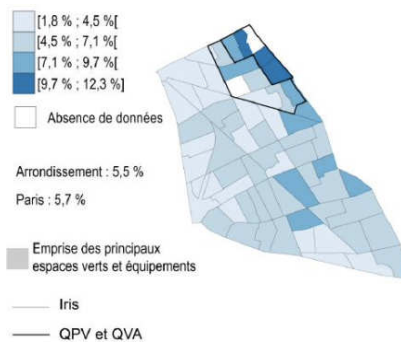


Figure 27: Part des bénéficiaires de la CMU-C. QPV Grand Belleville 11e (Sources : Observatoire Social : : portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20).

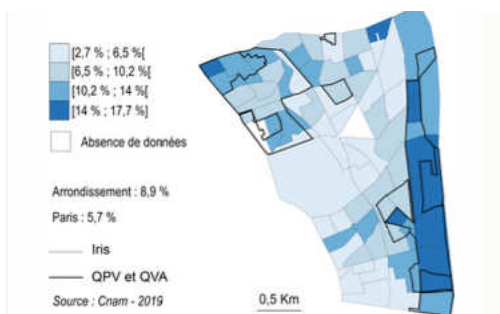


Figure 28: Part des bénéficiaires de la CMU-C. QPV Grand Belleville 20e (Sources, CNAM, 2019 et Observatoire Social, 20e arrondissement).

Offre de soins

La démographie médicale est également défavorable en effet, le nombre de médecins âgés de plus de 65 ans, et donc plus proches de la retraite, est supérieur que dans les autres quartiers de Paris. Le taux de couverture médicale est également plus faible qu'à Paris (14,7 médecins pour 100 000 habitants contre 35,7 pour Paris). En revanche, le conventionnement en secteur 1 est plus fortement représenté dans ces quartiers. De façon générale, l'accès à la consultation en médecine générale est

légèrement supérieur à la moyenne parisienne. En effet dans la tranche d'âge des plus de 60 ans 3,5 % des personnes n'ont pas déclaré de médecin traitant, contre 3,4 % à Paris. Néanmoins, le dernier portrait de santé (Présentation portrait santé 11) note que dans les quartiers du Grand Belleville du 11^e arrondissement 1430 patients de plus de 70 demeurent en situation de non-recours vis — à vis des soins (absence de médecin traitant), soit 8,5 % de cette population.

S'agissant des établissements de soins, l'offre de soins du 11^e arrondissement se compose de 4 de centres de soins : 2 centres de santé et 2 maisons de santé, de 6 centres médico-psychologiques, de 4 centres de protection maternelle et infantile. Dans le 20^e arrondissement, elle se compose de 3 centres hospitaliers et de 9 centres de santé, de 6 centres médico-psychologiques, et de 4 centres de protection maternelle et infantile. Dans les 20^e et 11^e arrondissements, cette dynamique territoriale a été renforcée par la création de deux communautés professionnelles territoriales (CPTS 11^e et CPTS 20^e).

Elles permettent, outre une action de terrain, une coopération dans un bassin de santé entre professionnels de santé, médecins et paramédicaux dans une dynamique d'intégration territoriale. Les CPTS de ces deux arrondissements sont composées de : médecins généralistes (en installation libérale et en MSP), infirmières, sages-femmes, pharmaciens, secrétaires médicales, masseurs-kinésithérapeutes. Ainsi que des structures de soins : services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) centres d'informations gérontologiques (CLIC) méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia), SOS Médecins... Des professionnels du social, du médico-social et des représentants d'utilisateurs complètent la communauté. Les CPTS font partie des instances locales de coordination, au sein desquelles, pour les quartiers du Grand Belleville figurent :

-Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) qui est un espace de coordination et de concertation entre élus, psychiatres, représentants des usagers de la psychiatrie et l'ensemble des professionnels du territoire. Son objectif est de promouvoir une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soin des personnes souffrant de troubles psychiques.

- La Maison des Aînés et des Aidants Est 11^e, 12^e et 20^e arrondissements (M2A) est un lieu d'accueil, de renseignement et d'orientation des personnes âgées de plus de

60 ans et de leurs aidants, mais également des professionnels concernés par la prise en charge d'une personne âgée.

L'offre de prévention est nombreuse sur ces territoires. Elle couvre l'organisation des dépistages des cancers, des maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose. Des campagnes de vaccination, le repérage des conduites à risques (drogues, alcool), des consultations spécifiques à la santé mentale, ainsi que des consultations pour les personnes vulnérables qui proposent un accompagnement social aux côtés de l'examen médical.

Malgré cette offre de soins dans les deux arrondissements, au niveau infra-territorial, les inégalités d'accès demeurent, du fait de la faible densité de lieux de soins présents dans les quartiers en QPV du Grand Belleville.

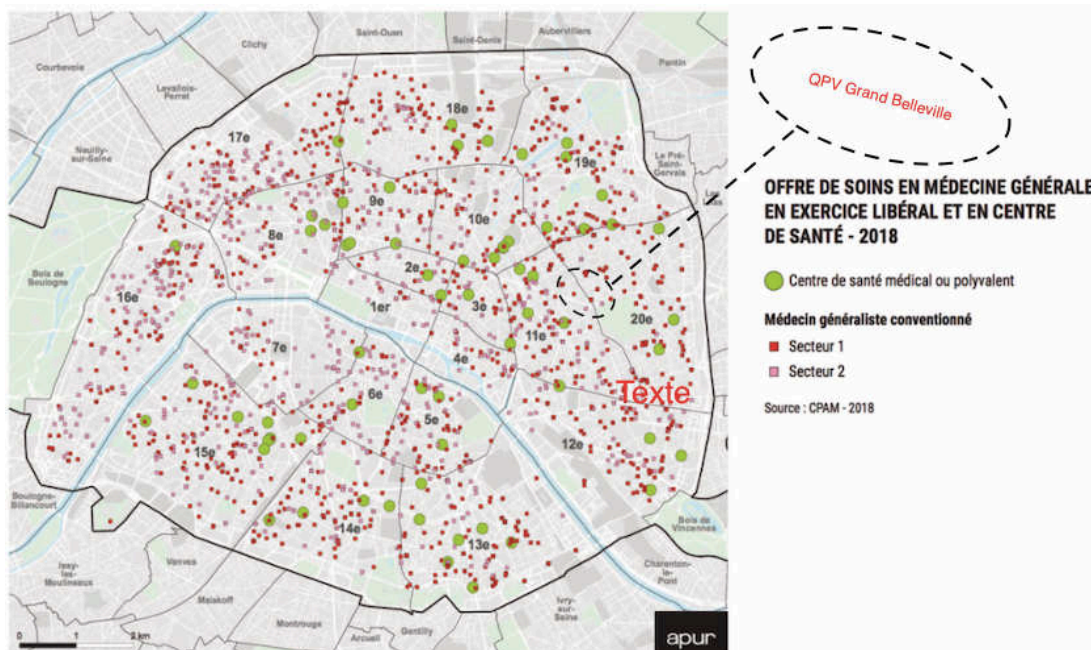


Figure 29: Offre de soins en médecine générale (Source APUR, 2022).

L'organisation des soins de premiers recours et du maillage associatif dans les QPV de l'est de Paris face à l'épidémie de Covid-19

Henri Bergeron dans son livre « Covid-19 : une crise organisationnelle » (Bergeron et al., 2020) écrit que l'on a assisté à une « extravagante créativité organisationnelle » pour faire face à cette crise. En effet, la gestion de la pandémie se fait « par le haut » (Gaudillière et al., 2021), elle est pilotée par les ARS, ainsi que par des organisations qui viennent s'ajouter aux institutions préexistantes (ibid.) telles que le conseil scientifique. Les dispositifs employés pour y répondre sont

désorganisés puisqu'ils ne respectent pas les plans et dispositifs formels prévus à l'effet de futures pandémies. Les consignes sanitaires sont ambiguës (port du masque, ouverture et fermeture de lieux) et la gestion de la maladie (la Covid-19) se fait exclusivement à l'hôpital en même temps que les campagnes d'informations faites par Santé publique France incitent les personnes malades à rester chez elles en cas de symptômes (Duez et Mermier, 2020). Pourtant, plusieurs récits et recherches font état de la « contribution par le bas » de la gestion de la pandémie par les soins de premier recours (Fournier et al., 2021), c'est-à-dire au niveau territorial. La création des centres Covid-19, le suivi des patients à domicile, le maillage du territoire pour repérer les personnes en situation de non-recours aux soins, et puis, l'accompagnement à la vaccination constituent les axes clefs de cette réponse. Face à ces constats, il est nécessaire, selon nous, d'observer le rôle qu'ont joué les nouvelles organisations regroupées des soins de premier recours et le numérique en santé dans la réponse apportée à la crise sanitaire lors de la période de mars à décembre 2020, correspondant aux confinements. Si les décisions individuelles sont souvent observées lorsqu'il s'agit de la gestion de crise, nous plaçons nos observations au niveau d'une lecture organisationnelle. Nous justifions ce choix par le fait qu'en observant les dynamiques organisationnelles mobilisées par les soins de premiers recours pour faire face à la gestion en ville de la pandémie, il est possible de « dépasser la singularité de la crise » (Bergeron et al., 2020) pour emmener notre réflexion à un niveau plus général où il sera possible de mieux identifier ce que produit, dans l'organisation des soins de ville, la téléconsultation.

L'organisation des soins en temps de crise s'organise, avant 2014, à partir des « plans blancs » (inscrits dans la loi de 2004). Il s'agit de plans d'urgence sanitaire, activés par le directeur de l'établissement, que chaque organisation de santé doit apporter à des situations de crise. Ces plans ont plusieurs objectifs : mobiliser l'établissement de santé, les professionnels de santé, les moyens matériels de l'établissement et adapter l'activité vitale de l'établissement. Depuis 2014, le plan Orsan (Organisation de la Réponse du système de santé en situations Sanitaires exceptionnelles) chapeaute les plans blancs. Ce plan naît en 2014 et est appliqué, pour la première fois lors de l'arrivée du virus Ebola en France, puis lors de la grippe saisonnière de 2015 (plus de 18 000 décès) et enfin, lors des attaques terroristes de Paris la même année et de Nice en 2016. Les objectifs du plan Orsan sont de garantir la prise en

charge des malades pendant les épisodes de crise, ainsi que de garantir la continuité des soins pour les personnes qui ne sont pas concernées par la crise. Ceci en mobilisant les moyens adaptés. En février 2020, le ministre de la Santé Olivier Véran déclenche le plan Orsan comme première réponse à l'apparition du virus Sars-Cov2 dans l'hexagone. Ce dispositif devant faciliter la coordination des secteurs sanitaires (hospitalier, ambulatoire et médico-social), en effet, la logique de réponse à ce stade (stade 3) était de protéger les patients fragiles (personnes âgées, comorbidités) notamment en concentrant les efforts sur les Ehpad, prendre en charge les patients ne présentant pas de signes de gravités et enfin prendre en charge les patients avec des signes d'infection grave. Nous voyons donc que tous les acteurs de la santé sont mobilisés pour apporter une réponse coordonnée face à la crise. Les soins de premiers recours néanmoins ont subi une double contrainte, d'une part leur mobilisation dans un système de santé déjà sous une forte tension, et d'autre part cette mobilisation s'est accompagnée du message « *en cas de symptômes (de la Covid-19) restez chez vous, n'allez pas chez votre médecin* » (Duez et Mermier, 2020).

Dès lors, les principes organisationnels des soins de premiers recours sont bouleversés. En effet la prise en soin des patients ayant contracté la Covid-19 et la continuité des soins pour les personnes ayant d'autres maladies que la Covid-19, et notamment des pathologies chroniques, pose des défis de disponibilité territoriale, de coordination. L'isolement, que les confinements contribuent à amplifier pour celles et ceux qui sont les plus seuls interroge dramatiquement, les projections d'une reprise « comme avant », le retour à la normalité.

Si aucune spécialité médicale n'est exclue des soins de premiers recours, c'est souvent le médecin traitant qui en est le pivot. Si bien que la loi de juillet 2009 définit les attributions du médecin généraliste comme suit : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients, orientation dans le système de santé (loi 2009, article 36). Ces missions nous les retrouvons dans la définition des soins primaires.

L'enquête : *comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ?* menée par la DRESS en avril 2020 nous permet de porter un premier regard général sur la répercussion concrète de la pandémie lors du

premier confinement sur l'organisation des soins de ville en plaçant les médecins généralistes au cœur des soins de premiers recours. (Verger et al., 2020). Tout d'abord s'agissant du volume de l'activité, il est possible d'observer une baisse du nombre d'heures hebdomadaires travaillées par rapport à une semaine classique avant l'apparition du Covid-19. Puis, au niveau de l'organisation à la réponse de diagnostic des patients malades de la Covid-19, il est possible d'observer qu'une réponse mixte est apportée, en mobilisant des consultations classiques au cabinet ou au domicile, mais aussi des consultations à distance, selon la modalité numérique via la téléconsultation, mais aussi téléphonique. Ainsi il est noté que dans les territoires moins bien pourvus en offre de soin, qui correspondent aux territoires où le virus circule plus, les médecins utilisent plus fréquemment la téléconsultation, et les visites à domicile sont plus rares. En revanche, là où l'offre de soin est plus développée, à l'inverse, les visites à domicile sont plus développées. S'agissant en revanche du suivi des patients malades de la Covid-19, c'est le suivi à distance qui est privilégié, par téléphone et par téléconsultation. L'utilisation de la téléconsultation implique donc 75 % des médecins, tous âges confondus. S'agissant des raisons de consultations, certains types de consultations ont été enregistrées à la baisse, par exemple le renouvellement des ordonnances (renouvellement automatique chez les pharmaciens), ou le suivi des maladies chroniques. En revanche, la consultation liée à l'aggravation d'une maladie chronique est restée stable. La répartition des motifs de consultation est aussi en lien avec la dimension territoriale, dans les zones plus fortement touchées par le Covid-19, les raisons des consultations sont principalement en lien avec l'infection due au coronavirus. Un autre élément en lien avec les territoires porte sur la diminution de consultations spécifiques, telles les consultations de pédiatrie, de vaccination (Dress, 2020). Un aspect prépondérant de la réponse organisationnelle territoriale à la pandémie est en lien avec le « désert médical urbain »²⁰ que représentent les quartiers politiques de la ville, où la présence de médecins généralistes pour 100 000 habitants est très faible. Cet aspect associé à la forte densité d'habitations, ainsi qu'à la forte présence d'employés de secteurs économiques dits essentiels et donc continuant de travailler

²⁰ <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-2-2-comment-le-systeme-de-sante-accroissent.html>

pendant les confinements, a conditionné également la prise en charge des malades de la Covid-19 dans ces quartiers.

Nous observons donc que l'apparition du Covid-19 a eu une répercussion directe sur les trois principes organisationnels des soins de premier recours. De plus, la littérature en sciences de gestion, nous dit au sujet de l'organisation des soins primaires face à la crise (Fournier et al., 2021) qu'elle repose sur la rencontre de dynamiques antérieures à la crise, le travail pluriprofessionnel, la coopération et l'intégration territoriale (ibid.). Nous notons donc une concordance entre l'étude de la Dress et les travaux en sciences de gestion. Puisqu'elle nous dit que l'appartenance des médecins généralistes à des organisations territoriales est importante dans la dynamique de réponse à la crise et ceci qu'il s'agisse de la mise en place d'une coordination territoriale ou bien d'un centre dédié au Covid-19. Ainsi nous proposons d'emmener à un niveau plus territorial ces observations, et de regarder, à partir du territoire qui nous intéresse, c'est-à-dire les Quartiers Politique de la Ville du Grand-Belleville, l'organisation des réponses apportées par les nouvelles organisations territoriales de santé (CPTS) à la gestion de la crise sanitaire. Dès le mois de mars 2020, la Fédération Nationale des communautés professionnelles territoriales de santé a encouragé les CPTS à se mobiliser pour apporter une réponse aux personnes atteintes par la Covid-19 tant pour faciliter les soins au domicile que la prise en charge entre ville et hôpital, mais aussi pour accompagner les structures des territoires (entreprises, associations, institutions) à prévenir les risques sanitaires de contamination en lien avec la pandémie. Nous observons la mobilisation à partir des missions obligatoires de ces structures.

L'accès aux soins

Des tournées au niveau du centre d'hébergement d'urgence, qui abrite des personnes sans domicile, ont été organisées. Un médecin et une médiatrice en santé (chargée d'accompagner des personnes qui sont confrontées à des obstacles dans l'accès aux soins) y faisaient une vacation une fois par semaine, des infirmiers trois fois par semaine. Parallèlement, pour les personnes n'ayant pas de médecin traitant ou pour lesquelles le médecin traitant ne pouvait pas effectuer la téléconsultation, la CPTS a mis en œuvre un service de télémédecine. Cette offre de santé complémentaire pouvait être sollicitée par téléphone. 46 généralistes du 20^e arrondissement s'y sont

associés à hauteur de deux créneaux de consultations par jour. De ce fait, tous les quartiers du 20^e arrondissement ont pu être couverts. Le secrétariat médical, assuré par des membres administratifs de la CPTS, a orienté les patients en priorité vers les médecins à proximité de leur lieu de résidence. Aussi, la mobilisation des associations du quartier, en lien avec les politiques de la ville dédiées à la santé, a été forte. Des visites « porte à porte » menées par des équipes mobiles pluri-professionnelles de proximité (gérontologue, médiatrice, santé et numérique) ayant un double objectif de repérage des fragilités, dont les situations d'isolement, et de prévention, et information au sujet du Covid-19 ont pu être faites dans les quartiers politique de la ville du Grand Belleville auprès des personnes âgées à domicile habitant en logement social ou en résidence logement. Les équipes mobiles de proximité apportaient du matériel de protection (masques, gels), mais aussi des informations au sujet de la gestion locale du Covid-19 : centres dédiés, numéros de téléphone, adresses et horaires de permanences médicales, recensement des lieux par quartier proposant un dépistage. En fonction des situations rencontrées, les équipes étaient amenées à faire des prises en charge ou des orientations vers des professionnels de santé du territoire. Ainsi, plus de 300 personnes âgées à domicile ont pu être accompagnées pendant cette période.

Le parcours pluri professionnel autour du patient.

Dès le début de la crise, l'utilisation des réseaux sociaux a fortement augmenté, et est devenue un symbole des périodes de confinement. De nombreux témoignages de l'utilisation de ces réseaux ont permis de faire prendre conscience à la société du rôle qu'ils ont joué dans le maintien des relations sociales, ceci a été particulièrement noté pour les personnes âgées. La profession médicale a aussi été traversée par ces réseaux sociaux, qui ont permis un réseautage professionnel efficace et qui ont donné lieu à un échange d'informations et de retours d'expériences liés à la prise en charge de patients atteints par la Covid-19. Ainsi des regroupements informels de soignants de premier recours des quartiers du Grand Belleville grâce à l'application WhatsApp ont apparus. Les mises en relations et le partage d'informations en temps réels via cette plateforme ont contribué à l'organisation de la réponse territoriale à la pandémie dans ce territoire. L'expérimentation de cette forme d'auto-organisation avait pour objectif de ne pas exposer leurs patients déjà fragiles au Covid-19. Les infirmières ont réorganisé leurs visites à domicile des patients en mettant en place

des tournées exclusivement dédiées aux patients malades de la Covid-19. Pour ce faire, les kinésithérapeutes dont l'activité était à l'arrêt au vu des recommandations, les ont déchargées de leurs tâches administratives (gestion des appels, des agendas, prise de rendez-vous). Ces collectifs, souvent informels, ont œuvré afin de réduire l'afflux des patients vers l'hôpital. Ce même dispositif, accompagné d'un médecin a également permis d'organiser le retour chez eux des patients qui auraient en temps normal été hospitalisés.

Les actions territoriales de prévention

Afin de soulager le 15, un centre d'appel a également été mis en place, et les locaux mis à disposition par la mairie d'arrondissement. Ainsi, la mise en place des visites à domicile, celle des plateformes d'appels, a été le fruit d'une organisation de proximité où les repères liés au territoire ont été déterminants. Des centres dédiés Covid-19 ont vu le jour soutenus par les collectivités territoriales, ils permettaient aux patients présentant des symptômes de la Covid-19 sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'était pas disponible d'être pris en charge gratuitement via la plateforme de rendez-vous Doctolib. De plus, les équipes mobiles de proximité ont pu recenser les difficultés rencontrées par les personnes visitées à domicile, au sujet de l'accès au numérique. Pouvaient-elles accéder à un ordinateur, savaient-elles l'utiliser seules ou accompagnées ? Par qui avaient-elles été aidées ? En quoi a consisté l'aide reçue ? Autant de questions qui ont été abordées lors des passages en « porte à porte ». Ainsi, une cartographie informelle, des difficultés d'accès au numérique a pu être développée. Ce travail de prévention du risque de non-recours à l'accès aux soins via le numérique en santé, a permis aux institutions locales (les ateliers santé ville, les équipes de développement local) d'adapter le monde de prise de rendez-vous, par des permanences de médiation numérique dédiées et des plateformes téléphoniques au moment de l'ouverture de la vaccination contre le Covid-19. L'organisation de cette mission en équipes pluri-professionnelles, les relations constantes avec les ateliers santé ville (ASV) grâce à la mise en place de newsletter et de réunions virtuelles *ad hoc*, a également permis aux professionnels de santé et médico-sociaux du territoire d'avoir des informations en temps réel, s'agissant des doses de vaccins disponibles. Il a donc été possible de permettre un maillage local de la vaccination en temps réel et au plus près des besoins des personnes âgées, et, ou, fragiles du territoire.

En reprenant les principes organisationnels des soins primaires et en les associant aux missions sociales des CPTS on peut observer la place du numérique dans la structuration de la réponse des soins primaires face à la crise (schéma ci-dessous). Tout d'abord nous voyons que les missions obligatoires des CPTS sont en étroite relation avec les principes organisationnels des soins de ville. Nous avons observé que les principes organisationnels des soins de premiers recours pendant la crise ont répondu à des impératifs de simplification réglementaire et administrative, s'agissant notamment, pour les médecins, de la mobilisation de la téléconsultation, du travail en équipe. Ce qui a donné lieu à des innovations territoriales en santé (équipes pluri-professionnelles, communications par messagerie instantanée). Puis nous avons observé que cette dynamique a mis en relation la responsabilité territoriale (les services à rendre à l'ensemble des besoins de sa patientèle comme la disponibilité et l'accès du cabinet, continuité des soins...) et la responsabilité populationnelle (c'est-à-dire les services à rendre à la population comme par exemple la protection de la santé publique) des professionnels de santé et des acteurs territoriaux du système de santé. Ceci a pris corps dans le développement d'une culture commune de l'accompagnement s'agissant des patients, et d'élaboration partagée des processus de travail commun s'agissant des professionnels. La prévention et le développement d'outils de communications à l'échelle des quartiers ont pu être possibles. Qu'il s'agisse de la disponibilité territoriale pour l'organisation des tournées à domicile, l'aide informelle familiale et professionnelle, pour l'accès à la téléconsultation là, où, les personnes étaient en difficultés d'accès aux soins. De la logique de coordination avec la mise en réseau via des applications de messagerie instantanée, du partage des informations au niveau de l'évolution de l'épidémie, des disponibilités des vaccins. Au niveau de la projection, la téléconsultation est devenue un outil « normal » du soin, les échanges et le recueil des données numériques en santé sont acceptés. L'utilisation des plateformes numériques pour la prise de rendez-vous médicaux a largement diffusé dans toute la population, l'utilisation des objets de santé connectés est devenue un marché plus large et s'est adapté aux différentes situations de vie, de l'aspect ludique, jusqu'à l'accompagnement à domicile ou en institution pour les personnes les plus dépendantes. Ainsi, nous observons que les réponses apportées au Covid-19 sont de

nature numérique en ce sens que les outils qui permettent de les réaliser sont dématérialisés. Voir le schéma ci-dessous.

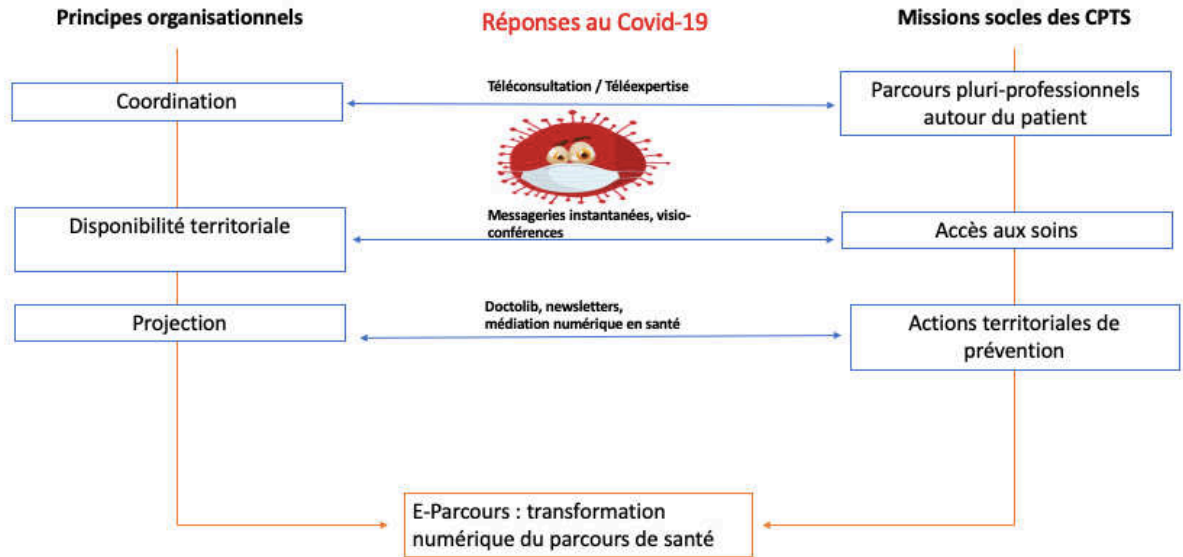


Figure 30: Évolution numérique des soins primaires face au Covid-19.

Enfin nous observons que cette réponse repose sur le dispositif e-parcours, intégré à la loi Ma santé 2022. En effet, il déploie un bouquet exhaustif de services numériques qui vont du Dossier Médical Partagé (DMP) jusqu'au financement des projets organisationnels qui expérimentent des réponses numériques. Son objectif est donc de donner les outils pour structurer (et peut-être pérenniser) les réponses numériques du système de santé aux enjeux de santé publique. Ainsi les réformes successives du système de santé, portant sur la numérisation du parcours de santé et ayant un impact direct sur l'organisation des soins de premiers recours ont constitué la base structurelle de la réponse qui a pu être apportée face à la crise sanitaire.

Description du sous-échantillon

Dans ce contexte, 28 personnes dans le cadre de nos entretiens nous ont dit avoir bénéficié de cette re-organisation territoriale spécifique, en recevant, de la part des services d'aide à domicile qui les suivaient, une aide pour l'accès à la téléconsultation. Ci-dessous, nous illustrons les caractéristiques spécifiques de ce sous-échantillon.

Caractéristiques des répondants	Nombres
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une aide pour accéder aux soins	28
Age moyen	84
Genre	
Femme	26
Homme	2
Type d'accompagnement à domicile	
Aides à la vie quotidienne : Courses, repas	22
Aides à la vie quotidienne : Entretien de la maison, linge	11
Type de logement	
Locataires du parc social	18
Locataires hors bailleur social	4
Résidences appartements	6
Occupation du logement	
Vit seul-e	24
Vit en famille	4
Aidants familiaux	3
Autonomie numérique	
Fait avec une aide	18
Ne sait pas faire	10

Tableau 16: Caractéristiques du sous-échantillon. (Source E. Chaniel, 2021)

Nous avons observé l'apparition de ce sous-échantillon, grâce à une observation minutieuse de nos données, et particulièrement au travers du caractère « Tiers aidants pour accéder à la TC ». Plusieurs modalités pouvaient renseigner ce caractère, il s'agissait de voir qui avait apporté l'aide décisive pour accéder, se connecter à la téléconsultation le jour prévu à cet effet. Au regard des réorganisations territoriales au cœur desquelles le numérique a joué un rôle structurant et que nous venons de montrer plus haut, l'observation du rôle qu'ont joué les services d'aide à domicile en tant que professionnels de l'accompagnement à domicile et médico-social dans le cas des services d'aide à domicile prestataires, nous paraissait être d'une importance toute particulière afin de voir comment ce service venait s'inscrire dans le secteur de la santé au regard de la mobilisation de la téléconsultation pendant la période où la crise sanitaire était la plus forte.

6.2 Article : évolution vers le numérique en santé des métiers de l'aide à domicile

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

Elisa CHANIAL¹

Résumé

Les métiers de l'aide à domicile sont au cœur de la transformation numérique du secteur médico-social. Ils se digitalisent tant au niveau de l'organisation des services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD) qu'au niveau du domicile même des personnes accompagnées, la domotique en est un élément fondateur. Plus récemment l'arrivée du numérique en santé complète ce panorama. En étudiant l'expérience des bénéficiaires âgés d'aides à domicile, au moyen de 28 entretiens semi-directifs, nous montrons que le travail de ces dernières a évolué pour permettre notamment l'accès à la santé numérique durant la crise sanitaire. Ce rôle stratégique des aides à domicile peut être constaté par tout un chacun dans la vie de tous les jours, directement ou par l'intermédiaire des médias et des réseaux sociaux. Afin de renforcer l'image de ces métiers, les politiques publiques et les politiques employeurs devraient donc ajuster la définition et la communication métiers aux réalités de terrain.

¹ Elisa CHANIAL : Doctorante, laboratoire Largepa Université Paris 2 Panthéon Assas – elisachanial@outlook.fr

Abstract

The home help professions are at the heart of the digital transformation of the medico-social sector. Their digitization can be seen at the level of their organization but also at the level of home automation for the beneficiaries. More recently the emergence of e-health completes this panorama. By studying the experience of elderly beneficiaries of home care services, through 28 semi-structured interviews, we show that the work of the home care helpers has evolved to allow access to digital health for the elderly, during the epidemics. This strategic role played by home care helpers can be seen by everyone in everyday life, directly or through the media and social networks. In order to strengthen the image of these professions, public policies and employer policies should therefore adjust the definition and communication of professions to the ground realities.

Introduction

Le secteur du service à la personne est en forte expansion : le vieillissement de la population, la promotion du logement comme lieu de vie et de soins, ainsi que la fragmentation des structures familiales sont autant de facteurs qui placent ce secteur au carrefour des enjeux sociaux, médico-sociaux sanitaires et économiques (Libault, 2019).

Dans ce secteur, nous nous intéressons plus spécifiquement aux métiers de l'aide à domicile (Petrella, 2012, Avril, 2014). L'aide à domicile suit une approche globale de l'individu. Elle fonde sa pratique dans l'interdisciplinarité, l'interprofessionnalité et la coordination, dans un environnement en extension permanente. En effet, la perte d'indépendance fonctionnelle des personnes âgées est en croissance. Au 1 janvier 2018, on estimait à 1 265 000 bénéficiaires de l'Allocation Pour l'Autonomie (APA). On estime à 673 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile en situation d'incapacité plus ou moins forte.

Dans ce champ, les services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD) sont des acteurs clef, puisqu'ils s'y inscrivent au regard de leurs interventions sociales et médico-sociales à domicile qui sont réglementées par le Code de l'action sociale et des familles. Leur spécificité s'observe « à la confluence des politiques » (Gratieux, 2016) qu'ils mobilisent. D'une part celle de l'action sociale, et d'autre par celle de l'emploi. Dans ce contexte, riche en professions et compétences, les SAAD sont touchés par la transformation numérique tant au niveau du développement des nouvelles technologies dans les logiciels métiers que, par l'arrivée des nouvelles technologies dans le quotidien des personnes âgées accompagnées à domicile (Kornig *et al.*, 2021). En effet, le secteur des gérontechnologies est particulièrement développé s'agissant, notamment, de

la domotique, de la téléassistance, et, plus récemment, dans la sphère sanitaire, de la télémédecine avec l'arrivée d'objets ou de dispositifs de santé connectés.

Or, cette digitalisation questionne la place des aides à domicile dans le déploiement de ces nouvelles technologies tant ces métiers sont tournés vers la relation directe à la personne accompagnée. En effet ces nouveaux outils de par les technologies et les normes qu'ils embarquent pourraient modifier la nature du travail des aides à domicile et donc avoir un retentissement sur la perception du service reçu par les bénéficiaires.

Pour répondre à ce questionnement, dans un premier temps nous exposons la problématique de la digitalisation des métiers de l'aide à domicile en proposant d'y intégrer l'expérience des bénéficiaires comme étant un élément de valorisation pour les aides à domicile ou les candidats potentiels. Ensuite, nous présentons la méthode de notre enquête suivie par les résultats. Enfin, les dernières parties mettent en avant les contributions à la compréhension des évolutions apportées par le numérique dans les métiers de l'aide à domicile au vu des nouvelles formes de prise en charge de santé qui impliquent le domicile comme lieu de soin, et les nouvelles technologies qui s'y déploient.

1. Revue de la littérature : évolutions technologiques dans les services d'aide à domicile

1.1. Les technologies au service de la gestion des SAAD

L'arrivée des nouvelles technologies dans les SAAD est relativement récente. La part des investissements technologiques étant peu financée dans ce secteur, il n'y a donc pas eu de démarche systématique d'appropriation par cette branche professionnelle des nouvelles technologies (Kornig *et al.*, 2021). Néanmoins, comme le secteur sanitaire, le secteur médico-social connaît aussi une tendance à la rationalisation des tâches qui amène à la réduction du temps passé au prendre soin, au profit des interventions techniques. La littérature propose une typologie des métiers de l'aide à domicile autour du *clean* et du *care*. Le *clean* est défini comme « des interventions avant tout techniques dont la dimension relationnelle est faible » (Bailly *et al.*, 2012). Le *care* (Molinier, 2013) est défini comme « des activités plus relationnelles à destination de personnes vulnérables » (Bailly *et al.*, 2012). Ainsi, les nouvelles technologies sont apparues pour accompagner une approche gestionnaire de l'optimisation du temps (Kornig *et al.*, 2021). Dans ce cadre, les logiciels de gestion des métiers, permettent de générer les factures et les plannings grâce aux informations collectées à distance par les smartphones des aides à domicile (*ibid*). Ces outils sont développés afin de contribuer à restructurer les services eux-mêmes en ayant pour objectif d'améliorer les performances tout en réduisant les coûts de ces services. Les smartphones en revanche, qui sont des outils de transmission en temps réel des visites aux bénéficiaires, touchent directement les aides à domicile. En effet, elles doivent s'adapter à ces

technologies, alors même que le métier est peu compatible avec ces innovations technologiques (*ibid*). Ces métiers sont occupés en grande majorité par des femmes, souvent en situation de fragilité sociale elles-mêmes (salaires bas, plus âgées que la moyenne, peu qualifiées). L'arrivée des nouvelles technologies dans ce secteur est donc tournée vers la digitalisation des transmissions liées au fonctionnement, et moins, au service des besoins exprimés par les aides à domicile dans leurs fonctions. Un autre aspect, moins direct, des nouvelles technologies dans le travail des aides à domicile, est celui des innovations technologiques liées à l'accompagnement au domicile des bénéficiaires.

1.2. Les technologies dans le quotidien des personnes âgées

Depuis plusieurs années la domotique fait partie du quotidien des personnes âgées et, de ce fait, des structures qui les accompagnent au domicile. Les objets connectés, les systèmes de télésurveillance, sont autant d'éléments perçus comme favorisant le maintien à domicile des personnes âgées, néanmoins, ils ne remplacent pas la présence et l'assistance humaine. La digitalisation du maintien à domicile est considérée comme étant un élément de valorisation de l'attractivité des métiers d'aide à domicile (Bourquin, Aquino, 2019), or les études se sont majoritairement intéressées aux dimensions technologiques en délaissant les dimensions sociales de la domotique (Bentahar et al., 2021). Néanmoins, ces deux dimensions pourraient être envisagées comme interdépendantes (Van der Have et Rubalcaba, 2016) tant le sens du travail des aides à domicile est fortement ancré dans la relation au bénéficiaire. Cet aspect interroge donc la place des aides à domicile dans le déploiement des outils technologiques. En effet elles sont peu utilisatrices des technologies et sont pourtant confrontées à une pression continue s'agissant de la digitalisation de l'accompagnement au domicile. Cet impensé a mis en lumière le besoin d'intégrer la place des aides à domicile et leurs conditions de travail (Koring et al., 2021) dans le processus de digitalisation de l'accompagnement au domicile. Or, la contradiction apparente de ces deux réalités a un retentissement également sur les perceptions et le vécu des technologies par les personnes âgées. Si les outils technologiques sont une des sources mobilisées pour améliorer l'attractivité des métiers de l'aide à domicile et pour en moderniser le service, alors, en résonance avec les travaux de Kornig, cités plus haut, il paraît intéressant de solliciter l'image que les bénéficiaires ont de l'introduction des nouvelles technologies vis-à-vis de leur accompagnement à domicile.

1.3. L'expérience du bénéficiaire dans le secteur de la santé

Dans le contexte des métiers du secteur de la santé la notion d'expérience du bénéficiaire et donc du patient est née en Amérique du Nord et en Europe du Nord, au début des années 2000. Elle est définie par « la prise en compte de l'expérience de vie du point de vue du patient dans les parcours de soin » (Garratt et al., 2008). Ce concept propose une approche globale du soin, de l'aide et de l'accompagnement des patients et personnes fragiles qui est particulièrement

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

portée par les associations de patients. Cette expérience se définit donc par l'ensemble des interactions des patients et de leurs proches avec une organisation de santé et susceptibles d'influencer leur perception tout au long de leur parcours de santé (Beryl Institute).

Le concept s'inscrit dans la réalité du soin en traduisant les connaissances issues des expériences des patients en leviers d'amélioration de l'accompagnement et de la prise en soin au sein du système de santé.

Ainsi, l'expérience des personnes âgées fait partie intégrante de la production du service. Celle-ci nous semble être d'autant plus importante qu'elle s'opère dans le lieu de vie du bénéficiaire et contribue à façonner sa vie quotidienne. Il existe donc une porosité entre les attentes des bénéficiaires vis-à-vis du service, puisque sa présence est indispensable et définit le service (Camelis, 2009) et la perception du métier d'aide à domicile.

Dans ce processus nous portons notre attention sur le numérique en santé et, plus particulièrement, sur la téléconsultation. En effet, le numérique en santé fait référence à « l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'ensemble des activités en rapport avec la santé » (Béjean et Dumond, 2015). Son essor a été rapide et massif à partir du printemps 2020. Le déploiement de la téléconsultation dans les territoires et notamment dans ceux, les plus ruraux ou les plus pauvres, où l'accès au numérique est encore partiel, a engendré des réactions d'entre-aide informelles vis-à-vis des personnes âgées accompagnées au domicile. Les aides à domicile ont été souvent les seuls traits d'union entre le monde extérieur et les bénéficiaires de leurs services. Elles ont parfois pris part à cette médiation numérique. En effet, là où la médiation numérique était assurée par le réseau social ou familial, lors des confinements successifs, c'est vers les professionnels qu'elle s'est reportée (Argoud et Villez, 2021).

Ainsi, l'objectif de notre recherche est de faire ressortir le vécu et les effets de l'aide pour l'accès à la téléconsultation du point de vue des bénéficiaires des aides à domicile pour voir si l'expérience de ces bénéficiaires modifie le regard porté sur ces métiers.

2. Méthodologie

2.1. Démarche méthodologique

Pour ce faire, nous avons procédé à une étude qualitative par entretiens semi-directifs. En effet, bien que les approches quantitatives permettent de mieux quantifier les constats, les méthodes qualitatives ont permis aux chercheurs d'appréhender la complexité des comportements des acteurs de santé (Borges Da Silva, 2001). Ainsi les actions de prévention, mais aussi les actions d'expertises

et les guides des bonnes pratiques promues par les autorités des santé (ARS, HAS) font souvent appel aux approches de la recherche qualitative.

S'agissant du recueil des données par les entretiens semi-directifs, cette méthode permet aux patients d'exprimer librement leurs idées, leurs ressentis, ainsi que leurs motivations pour l'utilisation de la téléconsultation. Ils nous ont permis de mettre l'accent sur les situations qui ont influencé le vécu de cette nouvelle pratique de soin. Il a donc été possible de mieux les comprendre et de mieux les analyser. Mais aussi d'explorer leurs émotions, ainsi que les applications concrètes des relations de soins entre les bénéficiaires de l'aide numérique et les aides à domicile. Grâce à cette approche inductive nous avons pu passer de données brutes réelles et observables pour aller vers l'explication de celles-ci. Ce type d'approche est le plus adapté pour analyser le vécu des patients (Garratt *et al.*, 2008).

Notre étude s'est déroulée dans les Quartiers Politique de la Ville de Paris (QPV) de l'est parisien, qui sont des quartiers prioritaires. Ainsi notre étude de terrain présente un double intérêt. Elle s'inscrit dans un territoire où l'offre de santé est faible comparée aux autres arrondissements parisiens et où les attentes vis-à-vis de la téléconsultation sont importantes de la part des réseaux et des professionnels de santé. Plus spécifiquement, ces entretiens nous ont permis d'observer le rôle que les aides à domicile ont éventuellement joué dans l'accompagnement administratif et technique vis-à-vis de l'accès aux soins lors des confinements du printemps 2020.

L'étude étant uniquement observationnelle, non interventionnelle et ne modifiant pas la prise en charge des personnes âgées accompagnées au domicile, il n'y a pas eu besoin de solliciter une autorisation au Comité de Protection des Personnes (CPP). En revanche, l'étude portant sur des personnes âgées et potentiellement fragiles, nous avons demandé l'autorisation d'un comité d'éthique de l'Université de rattachement de l'auteur. Un formulaire de consentement éclairé a été réalisé dont l'accord oral ou la signature a été recueillie par l'ensemble des personnes interviewées.

Nous avons organisé nos entretiens afin d'observer le paysage dans lequel la téléconsultation a eu lieu (connaissance du médecin télé-consultant, familiarité avec le numérique, type d'aide à domicile reçue). Ainsi que les modalités pratiques d'accès à la téléconsultation (présence d'un tiers pour accéder à la téléconsultation, type d'aide reçue avant, pendant et après la téléconsultation). Puis, nous avons recensé les expressions les plus utilisées par les bénéficiaires pour qualifier leur ressentis vis-à-vis de l'aide reçue. Enfin, nous avons observé si cette aide avait modifié les représentations du service par les bénéficiaires et quels étaient les aspects du service les plus touchés par cette modification.

Chaque thème était abordé sous forme de question ouverte et était ensuite décliné sous forme de sous-question seulement si le participant n'évoquait pas spontanément les parties du sujet que nous voulions observer. De plus,

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

les relances verbales permettaient d'éviter le hors-sujet. Néanmoins, le guide d'entretien a été modifié au fur et à mesure des entretiens, puisque le codage était fait progressivement. Ainsi la finesse du codage a apporté des modifications au guide d'entretien.

Ci-dessous (tableau n°1) un exemple de notre guide d'entretien :

Tableau 1 – Guide d'entretien

Thèmes du guide	Relances verbales prévues
Question de départ : racontez-nous votre dernière téléconsultation.	
Contexte de la téléconsultation	Connaissez-vous le médecin téléconsultant ?
a) vis-à-vis du parcours de santé	En quoi consiste l'aide à domicile que vous recevez ?
b) vis-à-vis de l'accompagnement à domicile	Que ressentez-vous vis-à-vis de l'aide que vous recevez ?
c) familiarité avec le numérique	Utilisez-vous un ordinateur, un smartphone ?
Modalités pratiques d'accès	Avez-vous eu besoin d'une assistance pour votre téléconsultation ?
a) présence d'une aide humaine	Pouvez-vous me dire en quoi a consisté l'aide ?
b) type d'aide reçue	
c) avant/après ou pendant la téléconsultation	Pouvez-vous me dire à quel moment précisément vous avez eu besoin d'assistance ?
Représentation	
a) utilité	Qu'est-ce que dans la téléconsultation mobilise les relations humaines, où se situe le facteur humain ?
b) diversification des tâches	
c) relation humaine	

2.2. Recueil et analyse des données

Nous avons recueilli l'expérience de vingt-huit, personnes âgées de, ou plus de 75 ans ayant déjà eu une expérience de téléconsultation en rapport ou pas avec le Covid-19. En outre, ces personnes devaient habiter dans les QPV. Les patients ne parlant pas le français ou dont l'état général ne leur permettait pas de participer à tout ou partie de l'entretien, n'ont pas pu être inclus parmi les participants. Nous n'avons pas porté notre attention spécifiquement sur le groupe iso ressources (GIR)² des participants de notre étude de façon à pouvoir accueillir le plus largement possible dans nos entretiens les personnes qui le souhaitaient. Néanmoins, la majorité des participants étaient répartis dans les GIR 3 à 6 c'est-à-dire que les personnes bénéficiaient plusieurs fois par jour, une seule fois par jour, ou ponctuellement, d'aide pour l'hygiène corporelle et/ou pour l'entretien de la maison et la préparation des repas.

² Le GIR, décrit le niveau de perte d'indépendance fonctionnelle des personnes âgées, et détermine l'accompagnement à domicile.

Les participants ont été sélectionnés parmi les adhérents de la fédération de Paris de l'Union Nationale des Retraités et des Personnes Âgées, qui est une des plus anciennes associations travaillant auprès de ce public situé dans les QPV. Une première prise de contact téléphonique a été faite afin de recueillir le consentement de participation à l'étude, puis un rendez-vous, téléphonique ou physique a été fixé afin de recueillir le témoignage. Généralement isolées, et souvent heureuses d'être sollicitées pour des échanges téléphoniques ou des rencontres sur le lieu d'accueil, les personnes âgées sollicitées se sont montrées extrêmement réactives et volontaires pour contribuer à l'enquête.

Ci-dessous (tableau n° 2) les caractéristiques de notre échantillon.

Tableau 2 – Caractéristiques sociales des répondants

Caractéristiques des répondants	Nombres
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une aide pour accéder aux soins	28
Age moyen	84
Genre	
Femme	26
Homme	2
Type d'accompagnement à domicile	
Aides à la vie quotidienne : Courses, repas	22
Aides à la vie quotidienne : Entretien de la maison, linge	11
Type de logement	
Locataires du parc social	18
Locataires hors bailleur social	4
Résidences appartements	6
Occupation du logement	
Vit seul-e	24
Vit en famille	4
Aidants familiaux	3
Autonomie numérique	
Fait avec une aide	18
Ne sait pas faire	10

Les entretiens se sont déroulés entre les mois d'avril et septembre 2020. Ils ont été menés par une équipe de deux à trois personnes et se sont déroulés dans un climat de confiance, puisque les investigateurs, professionnels de la

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

médiation gérontologique de proximité, étaient connus par les participants. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants. Les participants ont été encouragés à parler librement et les enregistrements ont été arrêtés lorsque tous les thèmes proposés par le guide d'entretien avaient été abordés et que les participants n'avaient plus rien à ajouter.

Chaque entretien a été enregistré grâce à un téléphone portable, via l'application « dictaphone », puis transféré et stocké jusqu'à la retranscription sur un ordinateur. La retranscription intégrale des entretiens a été faite avec le logiciel de traitement de textes « Microsoft Word ». L'anonymisation des données était immédiate lors de la retranscription. Les lettres de l'alphabet ont été attribuées dans l'ordre des entretiens. Ex : A correspondait à l'entretien n°1. Pour les entretiens n° 27 et 28, les lettres AA et AB ont été attribuées. Les enquêteurs étaient identifiés par leurs initiales, et quand le participant évoquait des noms de villes, médecins, ou des aides à domicile les noms ont été changés. Le langage non verbal a été retranscrit, ex : silence, hésitation, rires...

L'analyse qualitative a été réalisée grâce au logiciel Nvivo. Nous avons procédé à un codage axial. Tout d'abord en interprétant chaque entretien de façon indépendante, afin d'en comprendre le sens général. Et puis, en mettant ensemble tous les entretiens réalisés. Tous les codes ont été comparés entre eux et rassemblés en des codes généraux. Les différents thèmes issus des entretiens ont été assemblés pour en tirer des axes d'analyse s'agissant des représentations, des champs lexicaux, des occurrences. Ainsi nos données ont pu être organisées par thèmes. À partir de cela nous avons construit notre plan d'analyse, articulant toutes les thématiques identifiées.

3. Résultats

3.1. Généralités

Nous observons que les participants à cette enquête sont majoritairement des femmes. L'âge moyen est de 84 ans. Les personnes habitent, pour la plus grande partie d'entre elles, en logement social. Elles vivent seules, et une petite partie d'entre elles est aidante familiale. Nous observons également qu'une grande majorité déclare ne pas être autonome s'agissant de l'utilisation des outils numériques. L'accompagnement à domicile qui est mis en place relève majoritairement d'aide à la vie quotidienne, aide pour les courses, la préparation de repas, aide au ménage, à l'entretien de la maison. Aucune des personnes interrogées n'utilisait, avant la première téléconsultation, d'objets connectés ou de dispositif connectés dans le cadre de son parcours de santé. En revanche treize d'entre-elles étaient équipées d'objets de télésurveillance, essentiellement de bippers de secours sous forme de bracelets ou de collier. Deux d'entre elles étaient équipées de montres connectées, mais ne l'utilisaient pas pour enregistrer leurs données de santé.

S'agissant de l'aide pour l'accès au numérique, elle s'est caractérisée majoritairement par l'aide à la prise de rdv en ligne, le téléchargement et l'impression de documents en rapport avec la téléconsultation. Puis, dans le fait d'apporter une aide technique pour la téléconsultation telle que brancher une caméra, le micro. Ensuite au niveau des gestes, par une aide à la pesée ou alors la lecture de la température sur le thermomètre ou le tensiomètre. Et, enfin, une aide indirecte, avec l'aménagement de l'espace de la téléconsultation au domicile (déplacement des meubles).

Contexte de la téléconsultation : Décloisonnement de l'accès « classique » aux soins

La majorité des participants nous ont dit être suivis dans le cadre du parcours de santé. Ils ont un médecin traitant habituel qu'ils associent à une relation de confiance, parfois ce médecin est le même pour toute la famille. Les personnes interrogées connaissent les ressources en santé de leur quartier. Elles fréquentent les pharmacies, savent où se trouvent les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou les cabinets médicaux et connaissent des professionnels de santé (kinésithérapeute, podologue...), ainsi que les résidences autonomes et les Ehpad. Elles ont une bonne connaissance des ressources sociales du territoire, en effet, plusieurs d'entre elles fréquentent les centres sociaux et les associations de leur quartier. Les personnes interrogées nous ont dit leur volonté de rester actives malgré l'avancée en âge et l'importance pour elles, de faire des activités de proximité, comme des activités physiques adaptées, ou leur engagement dans des actions sociales et culturelles. « Je connais bien mon médecin, j'ai confiance en lui ». « Je vais au club, je discute avec les copines de la gym ».

Nous avons pu observer que toutes les personnes associent la crise du Covid-19 à l'arrivée de la téléconsultation, et que ceci, crée une évolution dans le paysage de l'accès à leurs soins.

En effet, avant le premier confinement du printemps 2020, leurs récits nous renseignent sur la place, distincte, que chaque professionnel, de santé, ou médico-social, ou social joue dans l'organisation de leur parcours de santé. « Mon aide à domicile, qui vient pour m'aider pour les courses et le ménage, jamais, je lui aurais demandé de m'accompagner chez le médecin, tu vois ? ».

Avec l'arrivée de la crise sanitaire, et plus particulièrement avec la mise en place du premier confinement, le récit des personnes évolue. En effet, la mise en commun de leurs témoignages nous a permis d'observer, comment, pendant cette période, les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux se rencontrent et tendent à décrire un périmètre que les personnes considèrent comme étant favorable à l'accès aux soins et à la promotion de la santé. « Je vais te dire, ma chance c'est d'habiter dans ce logement social depuis 50 ans. Le gardien, qui est très bien, connaît Jacqueline, qui vient pour le ménage, et les deux m'ont beaucoup aidé pour faire la consultation avec l'ordinateur ».

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

S'agissant de l'accès au numérique, les récits des participants nous renseignent sur l'importance accordée à l'utilisation de l'outil numérique (ordinateur et smartphone). En effet, pour cet aspect aussi, une modification de l'attention accordée à l'équipement et à l'utilisation du numérique peut être observée avant et après la mise en place du confinement. *« Ça m'intéressait pas (d'apprendre à utiliser l'ordinateur). Maintenant c'est autre chose, c'est Noémie, qui vient quand même à la maison pour les repas, qui m'a aidé à ouvrir la messagerie. C'est devenu utile ! ».*

3.2. Les outils numériques et leurs effets possibles sur la perception de la relation.

3.2.1. Confiance et importance de la relation

Nous avons observé, grâce au logiciel Nvivo, les mots les plus utilisés par les personnes interrogées. Les mots : confiance, consultation, rapprochées, proche, internet, ordinateur, aide, ressortent principalement du discours. Pour mieux les comprendre nous avons observé leur place dans le discours des personnes âgées. Il a été possible de voir que, tant la présence de l'aide à domicile dans le maintien de ses fonctions pendant le premier confinement, que l'aide reçue pour la téléconsultation est associée au sentiment de confiance.

La continuité de service a renforcé le sentiment de confiance : *« On se parlait, à distance, mais c'était important, j'avais confiance en elle ».* Nous voyons que, la première vague du Covid-19 est associée à des ressentis négatifs de la part de nos participants, dans ce contexte, la présence des aides à domicile est importante pour les bénéficiaires du service : *« Il y avait une ambiance lugubre, avec le décompte des morts chaque jour, alors avoir une présence humaine et vivante et externe à la télé et à mes angoisses a été très important pour moi, on partageait des moments forts, et oui elle est devenue une compagne d'infortune on va dire ».* Du fait de pouvoir suspendre les activités considérées comme non-essentiels, les bénéficiaires des aides à domicile ont vécu la continuité du service comme le choix, fait par les aides à domicile, de dédier du temps à la relation avec le bénéficiaire. Ce temps passé ensemble était ressenti comme un temps de qualité, en opposition au temps dédié aux tâches domestiques *« Madame Sophie a continué de venir me voir. On a beaucoup parlé, elle m'a aidée à ranger mes souvenirs, forcément, elle faisait les courses une seule fois par semaine, pour toute la semaine, alors on avait du temps pour nous. Je me sentais moins seule ».*

La verbalisation de la confiance, mais aussi de la satisfaction, est également associée à l'accompagnement pour accéder à la téléconsultation, et ceci à plusieurs niveaux. Tout d'abord au niveau de l'aide à la mise en route des outils numériques *« ...Et le temps qu'elle a passé à m'aider pour que je puisse faire la téléconsultation, vraiment exceptionnel ! ».* Puis, au niveau du partage des informations issues des téléconsultations quand l'aide à domicile était présente. *« Alors, on prend le rdv ensemble et après elle me prépare la caméra et le micro. Elle sait*

faire, j'ai confiance ». Enfin, au niveau de l'aide reçue après la téléconsultation :
« *Mais elle a pu me rassurer et m'a aidé à imprimer l'ordonnance électronique.* »

3.2.2. Communication

Dans la relation d'aide entre le bénéficiaire et l'aide à domicile, où le premier est souvent dépendant, dans les actes de la vie quotidienne, du deuxième, la nouveauté que représentait la téléconsultation pour les deux, semblait diminuer le ressenti de cette dépendance. Dans cette situation imprévue, la communication entre bénéficiaires et aides à domicile paraissait être renforcée du fait du partage des doutes, des expériences, et des réussites vis-à-vis du numérique pour accéder à la santé. En effet, les participants à notre enquête, nous ont fait part de la méfiance, initiale, qu'elles avaient vis-à-vis du numérique. Cette méfiance s'exprimait particulièrement au niveau du partage des données personnelles sur internet. Ce sentiment était renforcé par l'insécurité véhiculée par la situation sanitaire. « *On ne sait pas qui croire, alors avant la crise on nous disait de nous méfier d'internet, maintenant on nous dit qu'on peut parler de nos problèmes de santé, et qu'en plus on doit mettre notre carte bleue dans l'ordinateur !* ».

Ainsi les personnes interrogées nous ont dit qu'elles étaient rassurées par l'aide à domicile, et qu'elles croyaient aux informations qu'elles leurs donnaient, tant au niveau du Covid-19, qu'au niveau de l'utilisation du numérique. « *Madame Louise m'a raconté son expérience, elle avait douté elle aussi au début du confinement ! Mais sa fille elle en avait déjà faite une. Alors, ça m'a rassurée, elle m'a bien expliqué comment ça allait se passer.* ».

3.2.3. Patience et bienveillance

L'accès aux soins via le numérique a été vécu, par certains participants, comme un nouvel apprentissage. Le rôle des aides à domicile dans ce parcours d'apprentissage s'est inscrit au niveau du partage des connaissances du fonctionnement de l'outil numérique, et puis, au niveau de la pratique de la consultation à distance.

« *Elle s'est assise à côté de moi, et pendant, on va dire une demi-heure, elle n'a rien fait d'autre que de me montrer comment faire pour prendre rdv sur Doctolib.* » On voit ici que le temps accordé à ce partage des connaissances est important, et semble être un élément clef tant de l'attention accordée à la personne bénéficiaire de l'aide à domicile, que de l'utilisation en autonomie de l'outil numérique que cette personne pourra avoir.

On voit apparaître ici l'association que font les bénéficiaires de l'aide à domicile entre le temps passé à transmettre des compétences et une forme de bienveillance, de bons traitements. Les savoirs-être professionnels en rapport avec l'accompagnement à la téléconsultation ont également été remarqués : « *Elle a su bien me rassurer, elle est restée attentive pendant la téléconsultation, c'est-à-dire que j'avais peur que le médecin me donne une mauvaise nouvelle et ne pas savoir quoi faire si j'étais seule.* ».

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

Les témoignages nous montrent également un autre aspect du partage des connaissances dans le cadre de la téléconsultation et qui porte sur la manipulation de dispositifs médicaux pour l'examen clinique. Par exemple le thermomètre, le tensiomètre ou l'oxymètre de pouls. Dans certaines situations, moins nombreuses que celles où l'aide porte sur la mise en route de l'outil numérique, l'aide à domicile a pu intervenir au niveau de la manipulation de ces objets pour préparer la consultation à distance. *« Je voulais pouvoir dire au médecin à distance, ma tension, et ma température. Alors, comme je ne vois pas très bien et j'ai parfois des tremblements, j'ai demandé à Madame Dugué de m'aider à le faire ».*

3.3. Les outils numériques et leurs possibles effets sur le contenu du service reçu

3.3.1. Le numérique en santé renforce l'utilité perçue du métier

Les personnes interrogées nous disent qu'elles se sont rendues compte d'une plus grande diversité des tâches effectuées pendant la période de confinement par les aides à domicile. Les aides techniques et administratives que les aides à domicile ont pu leur apporter dans le cadre de l'accès au numérique en santé, ont permis de dépasser la relation de service initiale. *« Dans le contrat que j'ai avec l'association il n'est pas écrit de m'aider à aller chez le médecin, d'ailleurs c'est mon fils qui m'aide quand j'ai besoin mais là... Mme Yacinte m'a vraiment aidée à comprendre comment faire ».* De plus, nous observons que l'utilité du métier est peut-être plus remarquée dans une situation de pénurie de lieux de soins, et de relations humaines (comme dans le cas du premier confinement). *« Cette présence (de l'aide à domicile) a été bénéfique pour moi au moral et aussi pour que je puisse renouveler mon ordonnance. Cela a été extrêmement utile ».* Les personnes interrogées nous ont dit que cette situation les a rendues plus conscientes des qualités et du professionnalisme des personnes qui s'engageaient dans ces métiers. Au vu de la situation elles n'ont pas hésité à les comparer aux professions de santé du milieu hospitalier. : *« Si elle change de métier, elle pourrait être une bonne aide-soignante, je pense ».*

3.3.2. Le numérique en santé permet de mieux percevoir les compétences professionnelles des aides à domicile

Les compétences professionnelles en rapport avec l'accompagnement à la téléconsultation ont également été remarquées. Nous notons, que, s'agissant des compétences professionnelles, une association entre compétences et métiers de la santé a été faite *« Sans le Covid je n'aurais pas pensé à la mettre dans la confiance de mes problèmes de santé, mais là, j'avais besoin qu'elle m'aide pour l'impression de l'ordonnance, je sais qu'elle gardera tout ça pour elle ».* L'adaptabilité des aides à domicile est ressortie lors des entretiens. Ce critère semblait être ressenti comme une qualité par les bénéficiaires, qui notent qu'en dehors de la crise sanitaire il n'était pas simple, pour les aides à domicile, de modifier la nature des tâches prévues. *« Mais pour ça (mieux positionner l'écran de l'ordinateur en*

vue de la téléconsultation) il a fallu déplacer le canapé... tant pis pour le ménage cette semaine, on va voir si on peut ajouter une heure la semaine prochaine ».

3.3.3. Le numérique en santé permet de renforcer la collaboration avec le bénéficiaire

Dans les témoignages, il a été possible d'observer que face à cette situation, pour laquelle les besoins n'avaient pas pu être évalués dans le plan d'accompagnement initial, les ajustements du service à domicile ont fait l'objet de discussions entre bénéficiaires et aide à domicile afin d'être les plus efficaces pour les deux parties. « *Et bien on s'organisait avec Justine. Elle me disait à quel moment elle pouvait faire la commission, et moi je m'organisais pour que ma gardienne veuille bien imprimer les papiers à partir de sa loge. Comme ça elle pouvait la faire sans que je sorte, mais moi et bien j'avais fait le travail pour avoir les imprimés...* » « *Oui, nous avons fait un test, je devais lui envoyer par mail le lien du rdv Doctolib, comme ça on s'entraîne. J'avais l'impression que je participais avec son aide, à mieux me débrouiller* ». L'ensemble des ajustements issus de ces temps de réflexion sur l'organisation du travail ont donné l'impression, aux bénéficiaires, de jouer un rôle plus important dans le quotidien de leur accompagnement à domicile. De ce fait, les bénéficiaires expriment le sentiment de ne pas être seulement l'objet d'une aide, mais également de faire partie de la réponse à ce besoin.

4. Discussion et implications managériales

Les métiers de l'aide à domicile sont au cœur des politiques sociales pour l'emploi, et médico-sociales, pour l'accompagnement du grand-âge. Ils sont souvent considérés comme des gisements d'emplois, ainsi, leur digitalisation tend à améliorer leur productivité. L'utilisation des nouvelles technologies dans la gestion des plannings en est un exemple fréquent. Cet aspect peut se traduire par une codification et une standardisation des tâches, ainsi que par une logique de gains de temps. Malgré ces notions qui renvoient à une forme d'industrialisation du secteur de l'aide à domicile, la littérature suggère que la digitalisation de ces métiers, pourrait être une source d'amélioration du travail et de l'image de ces métiers. Plusieurs études qui interrogent les aides à domicile, permettent de mettre en perspective cette hypothèse. Néanmoins ces études ne prennent pas en compte l'expérience des bénéficiaires de l'aide à domicile dans le vécu de leur accompagnement à l'utilisation d'objets connectés par les aides à domicile et notamment dans le cas de la domotique. Nous avons donc voulu faire émerger ces expériences pour voir si, et comment, elles permettent à celles et ceux qui les vivent, de poser un regard nouveau sur ces métiers. Dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, nous avons axé nos observations sur l'utilisation du numérique pour l'accès à la santé et plus particulièrement sur la téléconsultation.

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

4.1. Discussion des résultats

4.1.1. Évolutions de la perception de la relation et de l'organisation du travail grâce à l'accompagnement numérique reçu.

Il nous semble intéressant de reprendre la typologie des métiers de l'aide à domicile autour du *clean* et du *care* (Bailey *et al.*, 2012) pour resituer nos résultats. Ils nous montrent qu'il existe une grande porosité entre ces deux typologies. Quand les bénéficiaires observent que l'accompagnement à l'utilisation du numérique pour la téléconsultation crée un temps d'écoute dédié, vidé des autres tâches domestiques, elles expriment une satisfaction et un renforcement de la relation. Et ceci alors même que l'accompagnement au numérique est une tâche technique, qui répond à des protocoles définis. Ainsi, nos résultats nous montrent que la dimension technique (*clean*) voire technologique n'est pas forcément en opposition, dans la perception des bénéficiaires des aides à domicile, avec la relation sociale (*care*). Cette complémentarité se cristallise autour d'un temps de qualité, choisi, et donc vécu avec une attention accrue de l'aide à domicile vis-à-vis du bénéficiaire.

Malgré l'intérêt que l'expression de cette attention reçue a suscité lors de l'analyse de nos résultats, notre étude ne nous permet pas de savoir si cette même attention aurait été accordée par les aides à domicile autour d'une autre tâche du quotidien que le numérique. Une relation attentive et personnalisée est une situation valorisante pour la personne accompagnée à domicile. Ceci nous permet de voir que l'attention accordée aux bénéficiaires est un des enjeux majeurs de ces métiers.

Cet aspect nous permet donc de porter une réflexion sur les conditions de travail des aides à domicile. En effet, nos résultats, semblent nous indiquer que la valorisation des activités du *clean*, passe par la reconnaissance des compétences spécifiques de l'aide à domicile qui ne portent pas sur une productivité quantifiable en termes de temps passé à réaliser une tâche, mais plutôt au travers de la reconnaissance des dimensions à la fois relationnelles et de soin. Faire émerger les expressions du vécu de l'accompagnement a permis de mieux identifier ces dimensions. Ainsi, les bénéficiaires nous parlent de la confiance qui se renforce au travers du partage de situations inattendues et souvent personnelles comme par exemple des informations issues de la téléconsultation. Puis, les personnes interrogées, font référence à l'importance de la communication quand celle-ci est perçue comme une forme de partage d'expérience et qui peut accueillir des moments de réussite mais aussi de doute. Et enfin, les personnes interrogées nous ont dit avoir eu la sensation de recevoir un bon service, bienveillant, au regard de la patience dont les aides à domicile ont fait preuve tout au long des explications en lien avec l'utilisation des outils numériques pour accéder à la téléconsultation. À l'issue des témoignages, nous observons que ces dimensions permettent d'illustrer une partie des compétences recherchées par les bénéficiaires des services d'aide à domicile.

Un autre aspect de la relation que nos observations ont permis de mettre en lumière est lié à la place faite à la collaboration entre l'aide à domicile et le bénéficiaire. En effet, les aides à domicile ont autant un rôle à jouer en matière de bien-être physique que psychologique et relationnel. Or, les prestations qui caractérisent l'ensemble de ces besoins sont difficilement quantifiables, et relèvent de plusieurs types d'incertitudes (Bailly et al., 2012). Tout d'abord le résultat attendu ne peut pas être bien défini, tant les normes liées à la propreté de la maison, la préparation des repas, et le bien-être physique varient d'un individu à un autre. Puis, face à la grande variété des tâches qui peuvent être engagées pour répondre à ces besoins, l'effort individuel et la qualité du travail est complexe à déterminer. Néanmoins, nos résultats nous permettent d'identifier que la collaboration entre l'aide à domicile et le bénéficiaire, pour mener à bien les tâches d'accompagnement à domicile semble être une dimension importante dans le ressenti d'utilité exprimé par le bénéficiaire. Les personnes interrogées tendent à voir dans la participation à l'accomplissement des tâches du quotidien une forme de pouvoir d'action (Viriot-Durendal et Guthleben, 2012) qui n'est pas tourné vers l'action collective ou dans des processus de décisions publics, mais dont la visée est celle d'intervenir dans l'organisation du travail de l'aide à domicile. Les bénéficiaires nous disent que face à cette situation imprévue, c'est l'adaptation des tâches de l'aide à domicile, notamment de celles en lien avec le maintien de l'accès aux soins, en bonne entente avec le bénéficiaire qui a fait émerger la sensation, pour le bénéficiaire, d'être partie prenante de la réponse aux besoins en accompagnement.

4.1.2. Le développement du numérique en santé : porteur de valeurs symboliques nouvelles

De plus, notre contribution suggère que le développement de la santé numérique est porteur de valeurs symboliques nouvelles. En effet, plusieurs témoignages tendent à rapprocher les métiers de l'aide à domicile aux métiers du soin, en faisant des parallèles entre l'engagement des aides à domicile pendant la première vague de Covid-19 et l'engagement des soignants en milieu hospitalier. Ainsi la médiation numérique pour l'accès à la santé (telle qu'elle a été observée lors des confinements de 2020) pourrait contribuer à redéfinir les attributions des métiers des services d'aide à domicile en modifiant le contenu du travail et en s'inscrivant dans l'expérience du service par les bénéficiaires, source elle-même, de reconnaissance professionnelle.

Notre étude, qui est une enquête exploratoire et qui ne peut pas être généralisée, devrait être poursuivie en recueillant le témoignage direct des aides à domicile. En l'absence de ce dernier nos conclusions ne peuvent être que partielles. Malgré ces limites, nos résultats confirment l'importance structurelle de ces métiers face à la transition épidémiologique que notre société est en train de traverser.

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

4.2. Implications théoriques et managériales

Interroger l'expérience du service, en construisant notre approche méthodologique afin de permettre une expression libre de cette expérience, nous a permis de mieux comprendre le contenu de ce dernier. S'agissant des métiers du grand-âge cette approche paraît être intéressante puisque les services reçus ne relèvent pas de la sphère commerciale ou marchande, mais d'un accompagnement global et sur mesure de la personne tout en étant encadré par une éthique et des normes professionnelles.

Plus spécifiquement notre étude semble apporter des pistes de réflexion pour mieux cerner les enjeux de l'image dans les métiers de l'aide à domicile par le prisme de l'accompagnement au numérique en santé.

En effet, face à l'émergence de nouvelles formes de prise en charge de santé qui impliquent le domicile comme lieu de soin, et les nouvelles technologies qui sont en train de se déployer afin de le permettre, les métiers de l'aide à la personne semblent être en première ligne pour s'inscrire dans le panorama des évolutions du soin. Nos résultats montrent que, de par leurs missions, qui permettent d'arriver à l'intérieur du domicile et à l'intimité des personnes, ces métiers synthétisent le professionnalisme et la relation de confiance avec les bénéficiaires. Ces deux caractéristiques étant intimement liées et primordiales dans la relation de soins (tant pour l'entrée dans le soin que pour le maintien).

Notre étude a montré que les aides à domicile ont été confrontées à de nouvelles attributions, le fait de pouvoir aider à la réalisation technique et dans certains cas à l'aide à l'accomplissement des gestes cliniques à distance semble avoir fait entrer ces métiers, pour les personnes qui en ont bénéficié, dans la sphère du soin qui est davantage associée à une professionnalisation des activités. Cette incursion, conjoncturelle, des métiers de l'aide à domicile dans les métiers de la santé semble être vécue comme un trait d'union porteur de sens et de reconnaissance professionnelle entre les métiers du médico-social et de la santé. Ces deux caractéristiques étant fortement associées à une image positive et valorisée des métiers du *care*.

Enfin, l'ensemble des éléments collectés lors de ces entretiens montre qu'une présence humaine de proximité est nécessaire pour accompagner les bénéficiaires des aides à domicile vers un changement de cadre s'agissant du soin, et que, pour que ce changement puisse avenir, il doit être soutenu par une réflexion et des pratiques gériatriques ancrées sur la présence et la confiance et que les métiers incarnés par les aides à domicile ont un rôle majeur à jouer dans ce cadre.

Conclusion

Deux dynamiques parallèles semblent se dessiner autour du vieillissement de la population. D'une part le besoin d'une nouvelle configuration du parcours de

santé qui s'étend de plus en plus au domicile notamment grâce au numérique en santé et d'autre part le besoin de penser la valorisation des métiers du grand-âge en associant l'image de ces métiers à l'expérience des bénéficiaires.

La nature des services d'aide à domicile mobilise auprès des bénéficiaire les notions d'adaptabilité aux situations complexes ; de confiance, de proximité, autant de passerelles transversales qui semblent être nécessaires pour le maintien de la santé au domicile des personnes âgées. Ces métiers du fait qu'ils ancrent leurs pratiques dans une prise en charge globale de l'individu permettent de couvrir complètement la notion de parcours de santé en le plaçant de façon concrète dans les activités du quotidien. Ainsi, il est possible de mobiliser le concept d'expérience du bénéficiaire avec un modèle spécifique où la vieillesse s'inscrit dans le trajet de vie et dans les métiers d'aide à domicile. Et où l'accompagnement à la santé, que cela soit lié à la santé numérique, ou bien au vieillissement, permet de créer des expériences professionnelles et humaines porteuses de « responsabilités valorisantes » (Vercauteren et Connangle, 2021) qui favorisent la reconnaissance professionnelle des métiers du grand-âge.

Bibliographie

AQUINO J.-P. et BOURQUIN M. (2019), *Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées*, Rapport commandé par la filière Silver Économie.

ARGOUD D. et VILLEZ M. (2021), « L'État, les vieux, les professionnels : la crise sanitaire, un puissant révélateur du mode de gestion de la vieillesse », *Vie sociale*, Vol. 33, N°1, p. 127-140.

AVRIL C. (2014), *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, La Dispute, Paris.

BAILLY F., HORN F. et DEVETTER J.-F. (2012), « Est-il possible d'améliorer les conditions de travail et d'emploi dans le secteur des services à la personne ? Une analyse en termes de mondes de production », *Économies et sociétés*, N°34, p. 1101-1128.

BÉJEAN M. et DUMOND J.-P. (2015), *Petit guide d'exploration de la santé numérique la Fondation de l'Avenir*, disponible sur le site internet : fondation-delavenir.org.

BENTAHAR O., BEAULIEU M., DELACOUR H. et DI CESARE E. (2021), « Les barrières et les leviers de l'adoption d'une innovation médicale. Le cas de la cabine de télémédecine », *Gestion 2000*, Vol. 38, N°3, 2021, p. 119-141.

BERYL INSTITUTE About The Beryl Institute. https://www.theberylinstitute.org/page/PX101_Why. Publié en 2020. Consulté le 6 juillet 2022.

BORGES DA SILVA G. (2001), « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, Vol. 2, N° 32, p. 117-121.

Évolution du métier d'aide à domicile vers le numérique en santé. Une étude exploratoire à travers l'expérience des bénéficiaires

CAMELIS C. (2009), « L'influence de l'expérience sur l'image de la marque de service », *Vie & sciences de l'entreprise*, Vol. 182, N°2, p. 57-74.

GARRAT A.-M., SOLHEIM E. et DANIELSEN K. (2008). *National and cross-national surveys of patient experiences : a structured review*, Kunnskapssenteret Rapport, Oslo.

GRATIEUX L. (2016), « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées », *Vie sociale*, Vol. 15, N°3, p. 187-200.

KORNIG C., ODENA S., PETRELLA F. et RECOTILLET I. (2012), *L'impact des nouvelles technologies sur la qualité de l'emploi et du travail dans l'aide à domicile IRES*.

LIBAULT D. (2019), Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, remis à Agnès Buzin le 28 mars 2019.

MOLINIER P. (2013), *Le travail du care*, La Dispute, Paris.

PETRELLA F. (2012), *Aide à domicile et services à la personne : les associations dans la tourmente*, Presses universitaires, Rennes.

VAN DER HAVE R.P. et RUBALCABA L. (2016), "Social innovation research: An emerging area of innovation studies?", *Research Policy*, Vol. 45, N°9, p. 1923-1935.

VERCAUTEREN R. et CONNANGLE S. (2021), *Contributions des rapports sur le grand âge et ses métiers EHPAD : des espoirs ? Complexités managériales d'un milieu en mutation*, Érès, 2021, p. 47-54.

VIRIOT-DURENDAL J.-P. et GUTHLEBEN G. (2012), « Le pouvoir d'être vieux. Empowerment et police des âges », *Gérontologie et Société*, Vol. 25, N°102, p. 237-252.

Conclusion du chapitre 6

Tout au long de ce chapitre, nous avons observé que la vieillesse et le vieillissement ne s'inscrivent pas seulement dans l'intimité de tout un chacun. Ils sont représentatifs de la capacité qu'ont les sociétés, les politiques publiques, et les organisations territoriales, ici de santé, à concevoir et à intégrer dans leur développement les fragilités et l'activité en dehors de la sphère économique, professionnelle. La réflexion gérontologique, grâce à la vision holistique de la personne qu'elle déploie, ouvre la voie au travail conjoint entre les secteurs de la santé, du social et du médico-social. Les situations complexes qui peuvent se vivre à tous les âges, mais qui se rencontrent avec une plus grande fréquence au grand âge, appellent les professionnels de la gérontologie, quels que soient leurs métiers à expérimenter des formes organisationnelles « horizontales » c'est-à-dire où la gouvernance part de la situation de vie qui se présente au cours du vieillissement. Ces formes organisationnelles placent les établissements de soins au cœur des villes, des quartiers et des micro-quartiers au plus près des individus. Ce faisant, elles s'adressent à tous les âges. En effet, en permettant des actions conjointes et des relais de proximité, ce sont des savoirs ancrés territorialement au sujet des conditions de vie, des ressources territoriales, des habitudes de soin, qui émergent pour tous les habitants qui vivent avec, ou près des personnes âgées. La crise sanitaire, au moyen des réponses innovantes qu'on sut apporter les soins de premier recours, nous l'a montré. La capacité organisationnelle adaptative dont l'organisation territoriale de santé, comprenant les soins de premiers recours et les associations de proximité, a fait preuve durant les premières vagues épidémiques marque un moment clé du management territorial du vieillissement. Cette agilité nous paraît donc être une source organisationnelle à favoriser par une meilleure appréciation dans les politiques publiques de santé, et à mieux observer pour qu'elle devienne une ressource centrale dans de futures politiques de santé fondées sur la prévention. Dans ce cadre, le numérique en santé peut être regardé à la croisée de deux chemins. Tout d'abord en amont de la crise épidémique, ceci a été au centre des réformes au sujet des nouvelles formes organisationnelles pour les soins de premier recours. La santé numérique a été le socle à partir duquel les nouveaux modes d'exercices coordonnés et, ou regroupés, peuvent se déployer et acquérir une réalité territoriale.

Puis, la santé numérique et plus particulièrement la téléconsultation ont été des outils structurants pour l'organisation de la réponse sanitaire à la diminution de lieux de soins durant le premier confinement notamment. Ce faisant, ils ont été des ressources bénéfiques aux patients et aux professionnels de santé pour qui le numérique fait partie des ressources environnementales du quotidien. Ainsi, tout en montrant son utilité organisationnelle, la santé numérique a renforcé les difficultés d'accès pour celles et ceux, qui en étaient déjà les plus éloignés. C'est donc l'objectif organisationnel de la téléconsultation, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins, qui est interrogé par la réponse que l'organisation territoriale de santé a développée pour le maintien des soins lors de la crise du Covid-19 dans les QPV.

Partie 3 — Le numérique en santé et la téléconsultation : sources de changements organisationnels dans les parcours de santé

Cette partie est organisée en trois temps, tout d’abord dans le chapitre 7 nous proposons un tableau de synthèse de nos résultats, puis nous les développons pour chaque étude et pour l’ensemble de notre travail.

Dans le chapitre 8, nous illustrons nos apports. Tout d’abord, nous présentons nos apports théoriques et méthodologiques, puis, pour chacun de nos résultats nous proposons des apports spécifiques. Enfin, nous présentons nos apports managériaux qui seront suivis des limites de notre travail.

Dans le chapitre 9, nous présentons nos apports personnels. Cette réflexion nous permettra de prendre du recul vis-à-vis de notre travail de thèse et de nos terrains pour proposer une réflexion plus large sur les dispositifs d’enquête et de narration que nous avons employés. Puis, nous présentons nos conclusions générales où nous aborderons les axes de travail pour de futures recherches.

CHAPITRE 7 — SYNTHÈSE DE NOS RÉSULTATS POUR LA RECHERCHE EN MANAGEMENT PUBLIC : DÉVELOPPEMENTS, PRATIQUES ET CONSÉQUENCES DE LA NUMÉRISATION DES SERVICES EN SANTÉ ET DE LA TÉLÉCONSULTATION

Introduction

Ce chapitre propose, dans un premier temps une vue globale et synthétique de nos résultats pour nos deux études. Puis, il explore chaque résultat en mettant en lumière les points saillants. Tout d’abord nous abordons le résultat de notre étude préliminaire, ensuite nous reprenons chacun des trois résultats que nous avons identifié à l’issue de notre étude approfondie.

7.1 Synthèse de nos résultats

Nous illustrons ci-dessous une synthèse de nos résultats.

Études	Résultats
Étude préliminaire: <i>Médiation numérique par les pairs</i>	Accompagnement au numérique par les pairs : -Accès aux droits amélioré -Accompagnement moins standardisé -Lieu d'apprentissage et de socialité
Étude approfondie: <i>Le changement associé à la diffusion de la téléconsultation dans un territoire</i>	- Identification de relations de parenté entre la téléconsultation et la consultation - Identification de la dimensions « paysage » - Axes d'améliorations pour l'attractivité des métiers du grand-âge

Tableau 17: Synthèse de nos résultats

7.2 Résultats de l'étude préliminaire : amélioration de l'accès aux droits sociaux et aux soins

Tout d'abord s'agissant de notre étude préliminaire « Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés. Une expérience dans les quartiers politiques de la ville de Paris » il apparaît que l'accompagnement au numérique par les pairs est source d'un accès aux droits et aux soins, amélioré. Le ressenti de l'amélioration est associé dans les récits des bénéficiaires des permanences administratives, à un accueil et à un accompagnement personnel, qui part de la situation de vie de l'individu et propose un parcours en fonction des objectifs que la personne se fixe. Ces objectifs peuvent ne pas être en relation avec une démarche administrative spécifique à faire, mais faire écho davantage à des objectifs personnels en lien avec le numérique, rester en contact avec des membres de sa

famille qui vivent à l'étranger, les réseaux sociaux. Ce processus donne naissance à un accompagnement non standardisé, axé sur la sociabilité et l'apprentissage collectif.

Ainsi le premier résultat que nous voulons mettre en valeur est celui qui porte sur la reconnaissance d'une amélioration de l'accès aux droits par l'accompagnement par les pairs, ainsi qu'une meilleure perception de l'environnement social. Il a été possible d'identifier cet aspect, car les participants nous ont dit avoir pu acquérir tout au long de l'accompagnement, une connaissance plus fine des lieux qui proposaient une offre d'aide administrative. Aussi, une meilleure connaissance des travailleurs sociaux de ces lieux. Ainsi, les participants ont pu être mieux accompagnés, c'est-à-dire de façon plus personnalisée, individuelle. Ils nous ont donc dit qu'ils avaient pu, grâce à cet accompagnement, solliciter ou maintenir plus facilement les prestations auxquelles ils pouvaient prétendre.

Le deuxième résultat est celui du ressenti positif d'un accompagnement moins standardisé. Nous venons de le voir, l'accompagnement par les pairs a pu s'adapter en fonction de chaque participant. En effet, l'accompagnement a été envisagé à partir de l'expression du besoin des participants vis-à-vis de l'administration. Ceci a permis de faire émerger des représentations de la relation avec l'administration. Cet aspect a été très fort, puisque s'agissant de l'accès aux droits sociaux en lien avec la retraite et la santé, c'est tout le récit de l'histoire de vie qui est parcouru par l'utilisateur. Ce récit n'est donc pas anecdotique, mais il est constitutif de la volonté à s'investir dans le parcours administratif et de santé.

Le troisième résultat que nous montrons est que cet accompagnement est certes un lieu d'apprentissage, mais il est aussi un lieu de sociabilité. C'est-à-dire qu'il a permis de dépasser sa fonction première pour devenir un outil « capacitant », source de nouvelles compétences administratives et sociales.

En prospection, c'est-à-dire en préparation de la thèse, nous avons sondé notre terrain professionnel en nous intéressant aux récits des usagers des permanences administratives s'agissant de la relation qu'ils entretenaient avec les administrations et leur numérisation.

Cette étude s'est inscrite dans une réalité de numérisation des services publics constatée tant au plan social que sur le plan académique, avec une élaboration de

connaissances et approches théoriques spécifiques (Révil et Warin 2020, Révil et Warin, 2019).

Pour autant, si l'état des connaissances au sujet des enjeux sociaux et économiques de la numérisation était riche, à partir de nos observations de terrain, il nous semblait observer un écart scientifique entre cet état des connaissances et la mise en relation du vieillissement en situation de précarité dans les quartiers prioritaires, avec le développement du numérique comme outil d'accès aux droits. C'est donc à partir de l'identification de ce problème de connaissances que nous situons les apports de notre première étude.

Notre étude, en se concentrant sur les personnes âgées en situation de précarité et habitant dans des quartiers prioritaires a permis d'intégrer dans son déroulé les personnes les moins représentées dans les recherches, à savoir les personnes âgées « invisibles ». Nous avons interrogé ces personnes au sujet de leurs relations avec l'administration au vu de leur accès aux outils numériques. Cela a permis, d'une part, de déterminer un terrain d'enquête fortement représentatif des enjeux qu'il nous intéressait de traiter, et d'autre part de nouer des partenariats forts avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du QPV « Grand Belleville » (qui a constitué le territoire de l'enquête). Ce faisant, notre étude a pu s'inscrire dans le sillon des recherches appliquées. Ces travaux ont donc contribué à la verbalisation, par les usagers de l'émergence de la numérisation du soin et les questions complexes, spécifiques que cela suscite. Nous avons observé cette complexité à partir des interactions multiples que la réponse à l'accès aux soins entretient, d'une part avec les politiques publiques en charge de la numérisation, puis avec les institutions et enfin avec l'organisation territoriale, le maillage d'acteurs professionnels susceptibles d'accompagner vers cet accès.

Notre travail rejoint donc les préconisations de la littérature s'agissant de l'accompagnement de la réflexion politique et de sa définition territoriale sur l'adaptation du vieillissement de la population à la numérisation de la sphère administrative. Et, plus particulièrement afin d'approfondir les recherches au sujet de l'ordre dans lequel différentes formes de désavantages (individuels et territoriaux) se développent et influencent l'enracinement de la pauvreté et la retranscription sous-cutanée de celle-ci.

Notre étude en mettant au cœur de sa construction les personnes âgées en situation de pauvreté monétaire nous a permis d'observer le plus directement possible leur environnement social et leur perception de l'administration. Ce faisant, nous avons pu parler avec elles, des relations entre les facteurs territoriaux en lien avec les ressources d'accompagnement d'accès aux droits (connaissance d'équipements sociaux, accessibilité, utilisation) et les facteurs sociaux, observables au niveau individuel (participation sociale, accès aux ressources matérielles), dans leurs représentations de l'administration publique et de leur environnement social. Cela a contribué à la réalisation d'un premier cadrage méthodologique pertinent, s'agissant de l'utilisation de méthodes de co-constructions pour favoriser la participation de personnes généralement éloignées des activités de groupe. Le travail fait avec les partenaires territoriaux a également permis d'observer et d'entrer en contact avec des réalités micro territoriales (résidences, pâtés de maisons). Au vu de la bonne participation obtenue et de l'homogénéité des caractéristiques socio-économiques de la population observée, cela apparaît comme une unité d'observation intéressante. Notre étude montre que pour les personnes âgées les plus défavorisées monétairement, il existe un lien entre participation à la co-construction d'un parcours d'apprentissage des outils numériques et la pratique du numérique. Une relation peut également être observée pour les personnes qui participent le plus à la co-construction. En effet, nos résultats montrent que plus les personnes ont participé à la co-construction, plus en dehors des ateliers, elles augmentent leur pratique numérique.

Cette recherche permet aussi d'observer un retentissement positif de la participation à la co-construction sur la représentation de sa relation avec l'administration publique et son environnement social en lien avec l'accès aux droits. De plus, le temps d'échange du groupe de parole nous a permis de recueillir des informations qualitatives au sujet des ressentis des participants.

7.3 Résultats de l'étude approfondie

7.3.1 Identification de relations de parenté entre la téléconsultation et la consultation.

Puis s'agissant de notre étude approfondie, nous identifions tout d'abord un premier résultat. La méthode que nous avons employée, c'est-à-dire les arbres de cohérence, pour observer d'éventuelles relations de parenté entre la téléconsultation et la consultation est pertinente pour faire ressortir le partage d'attributs entre ces deux pratiques. Notre arbre de cohérence montre que nos données sont hiérarchiquement structurées dans le sens où les ressemblances entre consultations et téléconsultations se laissent capter par une hiérarchie (RI : 0,65). Cette structure hiérarchique, qui nous montre des transmissions de caractères minoritairement horizontales et majoritairement verticales entre la consultation et la téléconsultation, associées à son enracinement, grâce à notre extra-groupe « fossile », nous permet de dire que cet arbre relève d'une phylogénie.

Nos résultats nous montrent que les dimensions représentatives de cet examen sont traversées par les évolutions que propose la téléconsultation. Dans tous les cas, nos observations suggèrent que la téléconsultation et la santé numérique modifient substantiellement l'examen clinique. Les gestes de l'examen physique, largement associés à la qualité de la prise en soin, se médiatisent, et, dans certains cas, s'externalisent à la consultation elle-même. L'examen paraît être aussi plus morcelé, par exemple l'appréciation de l'aspect global est plus difficile à obtenir. Ces évolutions tendent à introduire une distinction nouvelle, entre, d'une part, la production d'actes intellectuels, en présence, par des spécialistes de soins de deuxième recours et, d'autre part, des actes techniques, par téléconsultation, plutôt pratiqués par des professionnels de santé de premier recours, accompagné dans la réalisation de la téléconsultation par des professionnels du secteur social ou médico-social, rarement par des professionnels de santé. Nous développons cette réflexion à partir de deux aspects que nos données et les éléments bibliographiques mobilisés ont mis à jour. Tout d'abord par le fait que la téléconsultation a effectué une modification dans son usage, en passant d'une utilisation prescrite, c'est-à-dire sur orientation d'un médecin vers un autre spécialiste, souvent en lien avec une prise en charge complexe et donc au vu d'en éloignement géographique entre deux

professionnels de santé souhaitant échanger, ou bien entre le patient et le médecin, vers une utilisation libre, à partir d'un besoin non ciblé, du patient. Puis, par le fait que dans notre cas spécifique, la téléconsultation a semblé donner lieu à moins d'examen complémentaires que la consultation classique. Et, bien que cet aspect soit en contradiction avec la littérature médicale, cela nous autorise à penser que cette nouvelle façon de pratiquer la consultation a concerné, lors des premières vagues de Covid-19, éventuellement des situations cliniques plus simples, dans le sens où, elles étaient déjà connues par le patient et par le médecin, qui ne nécessitaient donc pas une investigation plus approfondie pour être appréhendée. En effet, les catégories les plus représentées dans les motifs de téléconsultation que nous avons recueillis étaient sur cette période spécifique, en lien avec le suivi d'une maladie chronique, le renouvellement d'ordonnance ou bien en lien avec une suspicion d'infection à la Covid-19.

La question managériale que nous observons dans cette situation est **celle** qui touche la gestion numérique du soin. En effet, la santé numérique semble fonctionner en sacrifiant le temps de présence mutuel, celui des relations humaines (Maclouf 2020, Cohen, 2022). Ceci soulève donc la question de l'industrialisation des soins, et plus spécifiquement des services de santé, entendus comme des lieux où l'engagement du corps dans la relation est constitutif de la nature de ce qui est produit. Ce faisant, cette mise à distance de la téléconsultation avec la nature du soin pourrait être vue à la suite des « *gouvernemental studies* » (Mc Kinlay et Pezet, 2018) la téléconsultation pourrait être regardée comme une sorte de forme de gestion à distance du soin où cet élément technique rendrait les activités de soin visibles, calculables et gérables dans un but de réguler les dépenses de santé. En effet, les craintes exprimées par les participants à notre étude font émerger la peur d'une offre de santé à deux vitesses. D'une part les soins de premier recours, et la médecine générale en particulier, seraient « délocalisés » en dehors des quartiers, et accessibles à une patientèle occasionnelle. Ces soins principalement en ligne offriraient des prestations de soins à distance, ce que les personnes nous ont dit ressentir davantage comme étant des « conseils médicaux » que comme étant des soins tels qu'ils les reconnaissaient. Cette offre fait aussi écho à la crainte de la présence de professionnels de santé moins compétents et impliqués dans la relation (le spectre des officiers de santé) peut-être eu égard des aides techniques,

nombreuses à mettre en place, pour les personnes les plus éloignées du numérique avant de pouvoir accéder à une téléconsultation. Et d'autre part, des soins de deuxième recours, plus spécialisés, plus souvent en présence, mobilisés pour les situations de santé complexes, valorisant probablement la pratique du diagnostic, mais plus éloignés des réalités sanitaires qui se vivent dans les quartiers. Dans ce cadre nous nous éloignerions donc des principes organisationnels tels que décrits par André Grimaldi (2017) pour répondre aux enjeux de santé publique que posent les maladies chroniques et le vieillissement. En effet ceci nous emmène à une vision réductionniste, avec la fragmentation de la santé en activités curatives et la fragmentation de la personne en organes ou pathologies. Et nous rapprochant d'une vision industrielle de la médecine. Dans ce cadre, le médecin téléconsultant devrait réinventer un nouvel art de la médecine, du soin. L'optimisation des actes au moyen du numérique en santé et de la téléconsultation, fait de la relation singulière patient-praticien, un élément de standardisation que l'on est censé appliquer de manière indifférenciée (en écartant l'examen physique du tableau, *a priori* comme durant les premières vagues du Covid-19, où les pouvoirs publics invitaient les personnes atteintes par la Covid-19 de ne pas se rendre au cabinet des médecins). Les dispositifs et objets médicaux connectés pourraient poursuivre cette dynamique. Leur utilisation à grande échelle permet de mesurer l'acte médical et ceci même en dehors du cadre du soin *stricto sensu*. Elle permet aussi d'embarquer, à l'intérieur des outils, des normes qui induisent une gestion partagée de l'acte médical, entre la technologie et le médecin. S'agissant des patients âgés, il a été possible de faire émerger une crise de l'accès (voire du maintien) aux soins générés par l'utilisation des applications numériques de la santé. Celles-ci échouent à produire les effets affichés par les discours de légitimation. La capacité du patient à s'autodéterminer, et son engagement auto prescriptif dans son parcours de santé semblent donc fortement diminués. Suivant Dumez et Minvielle (2017), nous pourrions conclure ici à l'échec de l'autonomie performative (Bretonnière, 2016). Ainsi, au vu des possibilités plurielles, qui subsistent encore dans les évolutions du système de santé à partir de l'utilisation massive de la téléconsultation, il paraît important d'explorer des approches plus globales de la santé publique et du management. S'agissant de la santé, celles-ci devraient favoriser la prise en compte des spécificités de chaque patient, notamment proposer des modalités de prise en soin et des protocoles

adaptés, sous peine d'exclure purement et simplement des catégories entières de patients des chemins de guérison. La médecine narrative devrait être une pratique largement répandue en santé. S'agissant du management il serait intéressant, comme notre travail avait l'ambition de le faire, de s'écarter des sentiers de dépendances et des normes institutionnelles classiques qui peuvent limiter l'innovation en santé. Notre recherche invite donc à questionner la capacité de notre culture gestionnaire à prendre en charge de manière efficace certains enjeux de santé rencontrés dans nos terrains. Nous pensons que la gestion de la santé fondée sur le récit est une possibilité. Ainsi, l'organisation des soins au vu du numérique en santé et de la téléconsultation pourrait être observée à l'aune des évolutions que le numérique apporte aux pratiques de soin, aux représentations des professionnels de santé et des patients. C'est dans cet esprit que nous avons mobilisé la reconstruction phylogénétique en tentant de l'adapter au management public. Bien évidemment, cette démarche n'empêche pas de proposer des cadres de référence : au contraire, l'observation systématique et hiérarchique des données issues des terrains telle que la reconstruction phylogénétique nous le demande, permet de faire émerger des similitudes et des différences de façon transparente c'est-à-dire en pouvant les rapprocher, à tout moment, du cadre interprétatif et de l'originalité des données elles-mêmes.

Étant donné la nature catégorielle de nos variables, d'autres méthodes statistiques auraient pu être mobilisées pour les analyser, comme les ACP. Elles auraient permis également de décrire nos données et d'identifier des groupes d'individus et le lien entre les variables. Cela aurait mis en valeur des tendances et des corrélations ainsi que la représentation en variables synthétiques des variables initiales. Ce faisant nous aurions obtenu des cartes factorielles regroupant les individus et des cercles de corrélations entre variables. Malgré l'intérêt statistique de cette méthode, notre recherche de transmissions de caractères et de parcours évolutifs temporels n'aurait pas pu être accomplie. Cette approche ne nous aurait pas permis d'observer un partage de caractères. Si nous avons utilisé des arbres de cohérence (c'est-à-dire les arbres les plus parcimonieux), c'est qu'ils donnent accès à « qui partage quoi avec qui ».

Nous montrons que le numérique en santé et la téléconsultation prennent place dans un environnement composé de parties prenantes. Les parties prenantes internes : les

professionnels de santé exerçant de façon regroupée ou individuelle, les travailleurs sociaux, associatifs, les bénévoles. Ainsi que les parties prenantes externes : les politiques publiques de santé, et les organismes de tutelles associés. Nous avons tenté de rendre compte au mieux de comment la numérisation de la santé, dans son accès et dans l'examen clinique, se mettait en relation avec l'ensemble de ces parties prenantes. Ce faisant, nous avons envisagé le numérique en santé et la téléconsultation comme étant une organisation complexe. C'est-à-dire qu'elle est en interaction avec un grand nombre d'acteurs qui sont influencés par elle et qui, en retour, s'approprient et influencent son activité. Nous avons identifié les éléments capables d'agir sur le numérique en santé, tout d'abord des facteurs exogènes, dans notre cas la crise sanitaire, les caractéristiques sociales et économiques d'un territoire dans lequel elle se déploie (les QPV). Puis, des éléments endogènes, l'histoire du numérique en santé, les différentes conceptions qu'elle révèle de la santé, mais aussi la vision du soin qu'elle évoque et construit auprès des utilisateurs de la téléconsultation. Pour autant, il nous semblait indispensable de faire émerger et comprendre aussi, ce que produit précisément cette numérisation dans son environnement, dans le soin. La phylogénie raconte une histoire sous forme d'arbres. Elle parle des relations, de la morphologie, de la biologie que partagent les êtres vivants. Elle retrace aussi des chemins évolutifs, ainsi elle nous raconte l'histoire des langues, de la musique, des cultures. La téléconsultation n'invente pas une nouvelle consultation, mais se base sur des pratiques classiques qu'elle médiatise, qu'elle adapte. Il était donc légitime d'envisager qu'une transmission, avec modification, était à l'œuvre entre les pratiques de consultation classiques et celles, plus nouvelles, propres à la téléconsultation. Notre souhait était donc celui de comprendre les relations de parenté, de retracer l'historique évolutif des dimensions représentatives de l'examen clinique dans les nouvelles pratiques de consultation à distance en replaçant ces dernières dans une dimension temporelle et comparative. Notre méthode a donc consisté à faire ressortir qui partage quoi et avec qui entre téléconsultations et consultations. Pour ce faire nous avons déployé l'outil mathématique utilisé dans la reconstruction phylogénétique. La biologie suppose une transmission verticale, c'est-à-dire l'héritage de pratiques à partir d'un ancêtre commun ou bien une transmission horizontale, c'est-à-dire sans hiérarchie, une convergence. Contrairement à la biologie, en gestion ou en santé, il n'existe pas de

théorie de la transformation s'agissant des pratiques médicales, ici de la consultation. Cependant, l'outil utilisé par la biologie peut être utilisé comme test de la transmission sur d'autres types de données, comme les nôtres. Le RI n'est pas de 1 (totale verticalité : cohérence hiérarchique maximale), mais de 0,65 (Verticalité modérée ; il y a un peu d'homoplasie). Nous voyons que nos données nous montrent des chemins de transmissions variés, selon les caractères, la transmission verticale ou horizontale coexiste. Certains caractères peuvent aussi disparaître. La situation sociale et culturelle dans laquelle la consultation ou la téléconsultation est pratiquée représente autant de paramètres contextuels à étudier pour comprendre cette distribution. Un fait intéressant est que les téléconsultations et les consultations semblent être assez bien ségréguées. Les groupes le plus proches de la racine de l'arbre et les plus éloignés sont aussi ceux qui comportent une quasi-égalité entre le nombre de téléconsultations et de consultations. Cela suggère donc une communauté de caractères ancienne. En d'autres termes, plus un nœud est proche de la racine, plus il fait référence à un caractère ancien. Il serait donc possible d'imaginer à la suite des travaux qui mobilisent la reconstruction phylogénétique en musicologie (Le Bomin, Lecointre et Heyer, 2016) qu'il existe des relations, des liens entre la téléconsultation et la consultation qui se matérialise par la transmission de caractères horizontaux et verticaux. Des études plus précises à partir de l'identification de pratiques médicales au sein même de la consultation pourraient nous permettre d'identifier plusieurs niveaux de transmissions et éventuellement d'identifier des typologies de consultations ou de téléconsultations. Nous avons fait le choix d'enraciner notre arbre grâce à notre extra-groupe « fossiles ». Ce choix dévoile notre intention de donner un sens évolutif à notre arbre en cas de RI élevé. Ainsi, nous inscrivons la pratique de la consultation dans un temps qui est matérialisé par la direction de l'arbre. Ce temps est aussi celui de la construction d'une habitude et d'un sens commun qui nous permet de reconnaître cette pratique comme faisant partie d'un ensemble d'activités humaines. Compte tenu de la nature technologique de la téléconsultation, marquer cet enracinement était un choix important.

7.3.2 La dimension « paysage »

Le deuxième résultat est l'émergence de la dimension « paysage » comme étant une dynamique sous-jacente à l'utilisation de la téléconsultation. Il s'agit de la mise en valeur d'une nouvelle dimension, en gestion publique, pour observer ce que produit

la téléconsultation dans l'environnement des personnes au sein duquel se déroule la téléconsultation. Il s'agit de la dimension « paysage ». Cette dimension a pu être observée à deux moments distincts de notre enquête, lors du premier temps, c'est-à-dire lors de l'élaboration collective de la problématique. En effet, c'est la communauté d'enquête composée de plusieurs professions et sensibilités en lien avec la gérontologie, qui a mis en lumière les activités conjointes, la nature du travail accompli par l'organisation territoriale de santé, entendue comme un ensemble d'organisations médicales, médico-sociales et sociales engagées sur un territoire donné pour répondre collectivement à des problématiques de santé, dans l'adaptation et le maintien de l'offre de soin, et cela spécialement pour les personnes les plus fragiles. La dynamique de communauté a également permis de faire évoluer la vision des métiers dans l'organisation territoriale puisqu'elle a permis, du fait des activités conjointes, un regard horizontal dans l'organisation.

Puis, le paysage a émergé au travers de l'analyse du récit des participants. Nous avons particulièrement observé le caractère « tiers aidants » associé à cette dimension. Ce caractère est entendu comme un ensemble de parties prenantes externes à la téléconsultation et qui ont été des relais de compétences et connaissances auprès des personnes âgées et des équipes de soin, en organisant de façon informelle et efficace, l'accompagnement à la téléconsultation. La mise à disposition de smartphones personnels pour l'utilisation d'internet par les aides à domicile vis-à-vis des personnes accompagnées, la disponibilité des gardiens pour l'impression ou le dépannage technique, la collaboration avec les pharmaciens pour la livraison des médicaments, sans oublier l'encouragement vers de nouveaux apprentissages que cette « chaîne d'entraide » a suscité, sont autant d'exemples des niveaux des interactions qui permettent de décrire ce caractère.

7.3.3 Axes d'améliorations pour l'attractivité des métiers du grand-âge

Enfin, notre troisième résultat, porte sur les axes d'amélioration pour l'attractivité des métiers du grand-âge.

Ce résultat est issu de l'analyse spécifique d'un sous-échantillon de notre terrain principal. Ce résultat prend ses racines dans les difficultés, connues depuis plusieurs années, de recrutement et de fidélisation dans les métiers de la santé, et plus spécifiquement dans les métiers du grand-âge. Il nous semble que la notion d'attractivité doit être clarifiée s'agissant de ces métiers.

Le manque de moyens associé au vieillissement de la population accentue l'expression d'une insatisfaction, d'une perte de sens pour les métiers du soin. Ceci se retranscrit dans le manque d'attractivité pour les métiers du grand-âge et les services d'aide et d'accompagnement à domicile rencontrent une forte baisse de candidats. La crise sanitaire a pourtant montré le caractère essentiel de ces métiers et des formes de valorisations salariales ont également été annoncées. De plus, le numérique en santé a aussi touché ces métiers du domicile. Pour autant de nombreux postes restent vacants. L'ambition de ce travail fut d'interroger la notion d'attractivité au regard de l'expérience des bénéficiaires du service d'aide à domicile. En effet, du point de vue de l'employeur, l'attractivité correspond à un ensemble de comportements observables : répondre à une offre, se présenter à l'entretien, accepter une offre d'emploi, terminer sa période d'essai). Elle est associée à des représentations au sujet du travail que l'on exerce ou que l'on exercera si l'on rejoint l'organisation. On observe que les professionnels privilégient le secteur hospitalier public par rapport au domicile ou à l'Ehpad. Ceci laisse penser à une forme de concurrence entre les métiers du sanitaire et du médico-social dans l'accompagnement du grand-âge (Petit et Zardet, 2017), alors même que l'attractivité du secteur hospitalier public est également un enjeu majeur des ressources humaines et pour tous les corps de métiers indépendamment de leurs qualifications. Il a été possible d'observer que la littérature sur la marque employeur (Charbonnier-Voirin, 2017) nous invite à regarder le contenu des offres de valeurs employeurs. Les attributs réels du travail et de l'organisation (ibid.) peuvent être regroupés autour de l'intérêt lié au travail, l'environnement professionnel, l'équilibre vie personnelle/professionnelle (Brillet, Coutelle, Hulin, 2013). Autant de facteurs qui cristallisent la promotion des emplois par un employeur (Charbonnier-Voirin et Vignolles, 2015) et qui créent des niveaux d'attractivité. S'agissant des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), notre étude est partie du constat d'un écart entre les objectifs de la marque employeur et la perception de celle-ci par les employés (Charbonnier-Voirin, Laget et Vignolles, 2014) la seule mobilisation de la notion d'attractivité en lien avec la marque employeur ne semble pas satisfaisante pour expliquer l'ampleur de ce phénomène. Il nous a donc semblé que le problème de l'attractivité ne se réduit donc pas à des différentiels entre employeurs, c'est-à-dire de capital-marques employeurs (Maclouf

et Belvaux, 2015). Pour expliquer la baisse globale, il faut décliner le raisonnement au niveau des choix d'orientation professionnelle. Notre étude propose donc d'élargir l'analyse et prendre en compte la place de ces métiers au sein de notre société. Cette expérience indirecte du travail des professionnels du soin vis-à-vis des personnes âgées peut contribuer, indirectement à l'image employeur (Pezet et al., 2013).

Nous proposons ci-dessous une illustration de notre résultat

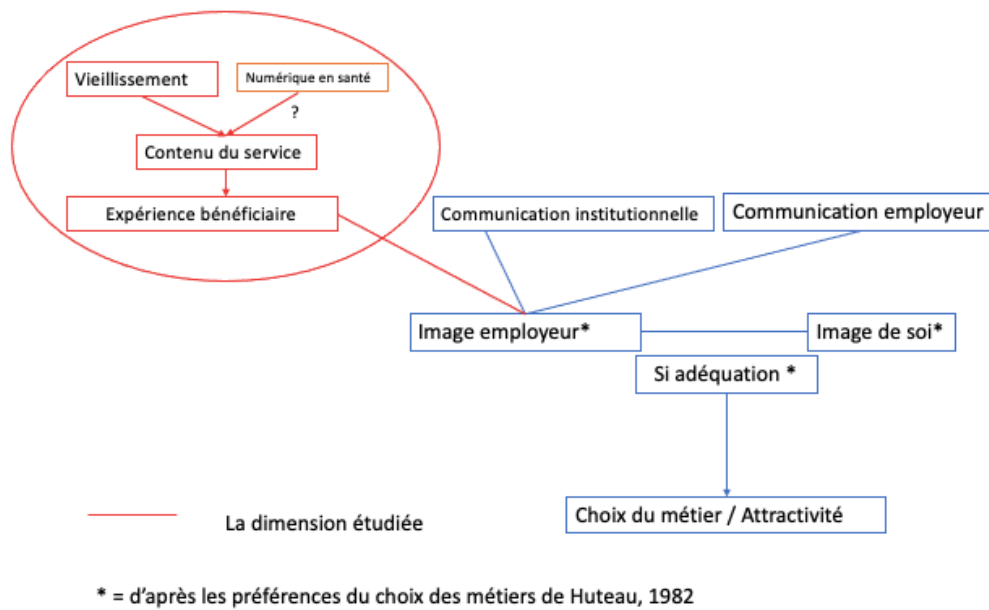


Figure 31: Les facteurs d'amélioration de l'attractivité du métier d'aide à domicile

Conclusion du chapitre 7

Les principaux résultats de notre travail identifient les axes majeurs de développement, de la pratique, et des conséquences de la téléconsultation. Ils nous racontent l'histoire des évolutions que cette nouvelle pratique décrit dans l'examen clinique. Comme tous les récits, cela commence par la description du contexte, c'est celui de la santé publique. À partir des déterminants de la santé, nos résultats nous disent comment, le numérique devient une des clés de voûte de la gestion de la santé. En partant d'un acte anodin, comme peut l'être la numérisation d'une démarche administrative, nous avons pu en observer les répercussions multidimensionnelles dans tous les champs de la santé, depuis les systèmes jusqu'à ceux qui touchent directement les compétences et les milieux de vie des individus. Nous avons pu identifier que, plus que l'accès matériel aux outils numériques, c'est le sens associé à la numérisation de l'accès aux soins qui est le mécanisme à la base des

difficultés d'accès ou de non-recours aux soins via le numérique en santé ou la télémédecine. L'intrigue se noue au niveau de la gestion de la santé. Nos résultats nous montrent que des changements ont lieu dans la pratique de l'examen clinique, de nouveaux gestes apparaissent, de nouvelles professions s'invitent au cœur du colloque singulier. Que rassemble ou éloigne les téléconsultations des consultations ? Ceci interroge la gestion publique en suggérant une crise de l'accès aux soins pour les personnes les plus éloignées du numérique. L'outil qui nous a montré le chemin qui nous conduit au dénouement de l'intrigue est la reconstruction phylogénétique, elle nous a permis de répondre à notre question et d'observer la répartition des téléconsultations par rapport aux consultations. Ces deux pratiques sont largement ségréguées et partiellement mélangées, cela nous montre un continuum de la téléconsultation et de la consultation entre l'héritage de caractères communs et leur transmission horizontale. De plus, l'identification de la dimension du « paysage » comme étant l'association au sein de laquelle l'offre de santé rencontre les logiques de coordination et les interactions entre les professionnels de santé, les tiers aidants, et les personnes âgées, nous a permis d'identifier que cette force, était sous-jacente à l'utilisation de la téléconsultation. Au cœur de cette force, les métiers du secteur du médico-social, mais plus spécifiquement celui des services d'aides à domicile, semblent évoluer vers un rôle central de l'accompagnement et du maintien de la santé. En relation au rôle « pivot » du médecin dans le parcours de soin, les services d'aides à domicile pourraient avoir un rôle « pivot » dans le parcours de santé des personnes âgées. Le récit se conclut donc sur l'observation que le déploiement d'un cadre interprétatif interdisciplinaire visant d'une part à mobiliser les relations de parenté entre la téléconsultation et la consultation, et d'autre part, à observer les reconfigurations des soins de premier recours sous la force de la numérisation des services de santé permet d'observer spécifiquement ce que la téléconsultation produit sur l'examen clinique, et le fonctionnement collectif et transversal que la téléconsultation requiert de la part des soins de premiers recours, pour qu'elle soit effective.

Dans le chapitre suivant, nous allons illustrer dans un premier temps, nos apports théoriques et méthodologiques, puis nos apports pour chacun de nos résultats. Ensuite nous proposons des apports managériaux. Enfin, nous illustrerons les limites de notre travail.

CHAPITRE 8 — APPORTS THÉORIQUES, MÉTHODOLOGIQUES ET MANAGÉRIAUX

Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons identifié, grâce à nos résultats, les changements produits par la téléconsultation et les différences et similitudes entre ces deux pratiques de consultation. Tout au long de ces travaux de thèse, nous avons observé, sondé, le numérique en santé et la téléconsultation pour voir ce qu'elles produisaient dans les soins de premier recours et sur le soin lui-même. Pour cela, nous sommes partis en quête des savoirs collectifs, s'agissant des soins de premier recours, et individuels, s'agissant des patients âgés. Nous avons interrogé notre dispositif d'enquête, nos explorations et les connaissances qui ont émergé de cela. Ce chapitre est organisé en deux sections, dans la première section, nous abordons les apports de notre travail. Tout d'abord, nous explicitons notre apport théorique, suivi de notre apport méthodologique, suivent ensuite les apports spécifiques de nos études. Enfin, nous illustrons notre apport managérial.

Puis, dans la deuxième section, nous présenterons les limites de notre travail.

8.1 Apports théoriques : associer l'épistémologie médicale aux sciences de gestion pour penser le changement numérique en santé

La téléconsultation affiche l'objectif de faciliter l'accès aux soins. Mais cette notion recouvre plusieurs réalités : l'ouverture administrative de droits auprès des caisses d'assurance maladie, l'accès à un médecin traitant, l'accès à la consultation, à une prise en charge médico-sociale. Autant de réalités abordées par les cadres théoriques qui pensent l'arrivée et le déploiement de la télémedecine et plus spécifiquement de la téléconsultation. Cependant, nous avons observé l'absence, dans la littérature scientifique, de cadres conceptuels qui interrogent la nature du soin produit par la téléconsultation.

Pour comprendre cette situation et mieux saisir les changements associés à la téléconsultation, nous avons identifié l'examen clinique comme étant le lieu de nos

observations. En effet, cet acte médical est au cœur de la consultation, qu'elle se déroule au cabinet, lors d'une visite à domicile, ou bien au chevet du patient hospitalisé. Néanmoins, l'examen clinique est une pratique médicale complète et complexe, ainsi pour pouvoir l'observer de la façon la plus exhaustive possible, nous avons proposé un cadre théorique qui associe les dimensions représentatives, en médecine, de cet acte médical avec les connaissances que les technologies de l'information apportent à la santé. Cette mise en relation originale a permis de donner une matérialité à ce qu'il était possible d'observer dans les récits des consultations et des téléconsultations que nous avons recueillis. Ainsi il nous a été possible d'identifier les caractères précis à partir desquels il est possible d'observer les évolutions que la téléconsultation apporte dans la consultation.

Les résultats de cette étude nous permettent d'apporter de nouvelles connaissances au sujet de la nature du soin produit par téléconsultation.

Le premier apport se situe au niveau du cadre de référence associé à l'examen clinique. En mobilisant les dimensions représentatives de l'examen clinique : Interactions humaines (*Human interaction in clinical context*) les interprétations (*Clinical Judgement*), la philosophie clinique (*Clinical Philosophy*) et les connaissances qu'apportent à la santé les nouvelles technologies (gestes, émotions, représentations) nous avons fait émerger une grille de lecture qui permet d'observer comment les patients âgés de plus de 75 ans comprennent et donnent du sens à l'examen clinique dans le cadre d'une consultation classique ou d'une téléconsultation.

C'est à partir de cette association et donc du codage qu'elle a permis qu'il a été possible d'utiliser la reconstruction phylogénétique et donc de dire dans quelle mesure la téléconsultation partage ou pas des caractères communs avec la consultation.

La grille d'observation issue de ce travail semble pertinente à deux niveaux.

Tout d'abord en observant l'examen clinique à partir des domaines qui sont, dans ce dernier, les plus impactés par les nouvelles technologies de la santé, il a été possible d'observer comment la téléconsultation structure et redéfinit cet acte au vu du partage des compétences et des connaissances qu'elle propose.

Les domaines relatifs à l'acte médical que nous avons repris (Gaudin, 2013) pour le codage de notre matériau nous ont permis d'identifier de grandes catégories de sens

pour aborder la question de la téléconsultation. Ces domaines paraissent être reconnus et acceptés par les patients comme étant représentatifs de l'acte médical et paraissent bien synthétiser les mécanismes à l'œuvre lors d'une consultation médicale qu'elle soit classique ou en téléconsultation.

Puis, cette grille permet de mettre en lumière la perception des différences entre la consultation classique et la téléconsultation en proposant d'analyser chaque domaine représentatif de l'acte médical au niveau des compétences humaines et techniques, ainsi des tendances vers une perception de ce qui inscrit la téléconsultation dans la sphère du soin pu être observées.

En effet nous avons vu que la téléconsultation et la consultation sont différentes. En effet, à partir de ces trois dimensions, il a été possible de voir que tous les caractères présents dans la consultation sont aussi présents lors de la téléconsultation. Pourtant, la téléconsultation semble différer de la consultation dans le ressenti des patients. C'est en fait la nature de ces dimensions qui semble évoluer. Ainsi les gestes directs, qui se font à mains nues, sont forcément moins présents de façon directe entre le médecin et le patient. Quand ils ont lieu, ils sont médiatisés par un tiers aidant, un membre de la famille, parfois le patient lui-même, plus rarement par les aides à domicile ou les aides-soignantes. Nous avons vu que certains gestes, comme la pesée, la prise de pouls, la surveillance de l'oxygène dans le sang, ont pu être externalisés de la téléconsultation, ainsi ces gestes sont pensés et organisés en dehors de l'acte médical lui-même. Dans tous les cas, le corps du médecin semble être pensé dans la pratique de la téléconsultation par les indications que les médecins donnent pour effectuer les gestes à distance, par la recherche d'un accompagnement sur place, par l'adaptation de la consultation au moyen d'exercices de questions très spécifiques. Cependant l'absence physique de ces gestes caractéristiques évoque une place amoindrie de la clinique dans le soin. C'est donc l'efficacité perçue par les patients et le sens du soin qui sont questionnés par les gestes dans la pratique de la consultation à distance.

8.2 Apport méthodologique : coder des pratiques de soin et les analyser au moyen de la reconstruction phylogénétique

La thèse avait pour ambition de saisir les changements que la téléconsultation est en train de façonner dans le soin. Après avoir parcouru, du point de vue conceptuel, la notion de changement en sciences de gestion, nous observons que de nombreux auteurs, avant nous, mobilisent des cadres théoriques et des outils pratiques pour concevoir le changement. Ainsi, plusieurs théories sont mobilisées. Les théories de la conduite du changement organisationnel proposent de décrire une réalité complexe dans un milieu mouvant. Elles nous montrent que changer des organisations est difficile et source de perturbations organisationnelles et humaines. Ce faisant, elles nous permettent soit d'isoler un ou plusieurs facteurs du changement, soit d'isoler des informations décisives pour accompagner le changement. Le pilotage stratégique du changement est également étudié, ainsi il prescrit et planifie le changement. Ainsi, l'émergence du changement est modélisée par plusieurs approches qui permettent d'observer les stratégies d'orchestrations du changement. Parmi ces modèles l'acteur réseau, ainsi que les modèles d'essais et erreur sont les plus représentatifs du secteur. Enfin, les approches biologiques de l'évolution se situent à l'origine du changement. Ces approches tendent à expliquer les évolutions des organisations, indépendamment de l'évènement qui fait émerger le changement. L'ensemble de ces concepts s'accompagne d'outils quantitatifs et qualitatifs pour regarder ces changements et tendre vers plus de qualité, de performance et de développement de compétences professionnelles. Pour ce faire, on organise le travail et on code des pratiques. Ceci est très répandu et n'est pas une innovation en soi, cela trouve son fondement dès l'origine de l'école classique avec l'organisation scientifique du travail et le développement des tableaux d'organisations. Les pratiques managériales de la santé mobilisent les approches qualité, les *workflows* et jusqu'à la tarification à l'activité (T2A), dans le but de normaliser des pratiques professionnelles et donc le soin qui en découle, afin de pouvoir au mieux en rendre compte, en termes économiques, comme pour la T2A, mais aussi en termes de compétences, de distribution du travail.

Dans ce contexte, nos efforts se concentrent sur comment saisir la nature du changement ? En effet, nous situons la téléconsultation et plus largement les

nouvelles technologies en santé, dans une dynamique continue du changement. Nous proposons donc une réflexion méthodologique qui va nous emmener à chercher ce qui réunit ou éloigne les téléconsultations et les consultations en postulant une matérialité du changement. C'est-à-dire de rechercher ce qui nous permet d'affirmer que l'on se situe bien dans le cadre d'une téléconsultation si nous obtenons un certain type de caractéristiques (comme l'externalisation des gestes de l'examen physique par exemple) ou bien que nous nous situons dans le cadre d'une consultation si nous obtenons d'autres caractéristiques (l'utilité perçue de l'examen clinique par exemple).

Notre apport méthodologique s'inspire donc de ces outils qui souhaitent coder l'activité humaine, mais tout en regardant la pratique du codage qui s'utilise dans les disciplines, telle que la biologie, qui sont utilisées par celles et ceux qui ont l'habitude d'observer et de collecter des spécimens sur le terrain, des fossiles. Ainsi notre codage ne répond pas aux impératifs d'organisations du travail et des ressources (comme la T2A), mais il essaie d'agencer le langage, il souhaite rendre transparent ce que nous cherchons à coder. Notre codage n'est pas source de preuve, mais en s'inscrivant dans une approche abductive il est une ouverture à la discussion. C'est donc sur la base de cette discussion que le consensus scientifique peut avoir lieu. De plus, notre codage nous a permis de mettre en cohérence et de déduire, a posteriori, des relations entre les téléconsultations et les consultations actuelles et les pratiques de consultation passées. Dans cet exercice, c'est la cohérence maximale des faits qui organise ces mises en relations. Ce faisant, cela agit comme autant d'hypothèses qui sont connectées au moyen de l'arbre phylogénétique (Lecointre, 2011b). C'est cette cohérence, que l'arbre phylogénétique a permis d'observer grâce aux formules mathématiques dont il est composé et qui permettent de définir la valeur maximale de cohérence. Grâce à l'ensemble de ce dispositif méthodologique, les observations de départ deviennent reproductibles et la cohérence des théories devient vérifiable. Plus encore, les observateurs peuvent y ajouter de nouvelles observations ou des événements et ainsi reproduire et améliorer la théorie. Notre apport méthodologique réside donc dans la mise en place originale en sciences de gestion de l'outil qu'emploie la reconstruction phylogénétique, c'est-à-dire les arbres qui permettent de hiérarchiser le partage d'attributs. De cette façon, grâce à l'utilisation de cet outil en sciences de gestion, nous faisons une proposition de

production de connaissances objectives de ce que produit la téléconsultation. C'est-à-dire que nous contribuons à combler le manque que nous avons identifié dans la littérature.

8.3 Mieux comprendre les évolutions en cours

8.3.1 Le numérique comme déterminant potentiel de la gestion publique de la santé

Il est facile de voir que l'action du numérique est transversale et interroge la structure organisationnelle du système de santé. Dans la deuxième partie de cette thèse, nous avons pu mettre en lumière le fait que le numérique en santé peut être vu comme étant un projet organisationnel qui restructure le soin autour de la numérisation du parcours de santé par la création de nouvelles normes et organisations territoriales de soin. En regardant le numérique en santé par le prisme des déterminants de santé, donc davantage du côté de l'utilisateur, nous mettons en lumière la complémentarité de ces deux approches. En effet, la représentation des déterminants en santé au moyen de cercles concentriques, nous permet de mieux comprendre comment se font les transferts des connaissances entre les catégories. Ainsi, nous identifions les problématiques multidimensionnelles à partir desquelles l'utilisateur, et en ce qui nous concerne le plus, les personnes âgées, sont parties prenantes du développement des organisations qui agissent dans le champ de la santé : la création d'environnements favorables, adaptés et adaptatifs, les habitudes, les fragilités sociales. Autant de problématiques qui, en dehors de cet effort de vision globale, constituent la base des difficultés d'accès au numérique et plus précisément du non-recours aux soins via le numérique en santé ou la télémédecine.

Nous reprenons chaque champ de la carte de la santé et de ses déterminants en y intégrant les enseignements issus de notre travail. Tout d'abord dans le champ des caractéristiques individuelles au niveau des catégories « compétences personnelles et sociales » : au même titre que les connaissances sur la santé permettent d'avoir un ensemble de ressources pour faire face aux questions, aux pratiques de la santé, il apparaît qu'avoir des connaissances en informatique c'est-à-dire pouvoir se repérer face à un outil numérique que cela s'agisse d'un ordinateur, ou d'une tablette, voir

un smartphone est un élément déterminant pour pouvoir appréhender le numérique en santé. De ce premier niveau de connaissance, il en découle le second, qui est relatif aux compétences digitales c'est-à-dire le fait de savoir manipuler internet tant pour accéder à des informations générales que pour des applications spécifiques (Doctolib, mail). S'agissant de la catégorie « habitudes de vie et comportements », elle traite des façons de faire qui influencent la santé, par exemple pour la pratique d'activités physiques. Ici la pratique active du numérique complète l'ensemble d'habitudes ayant un impact sur la santé. Nos propositions d'ajouts sont en rouge dans le schéma ci-dessous.

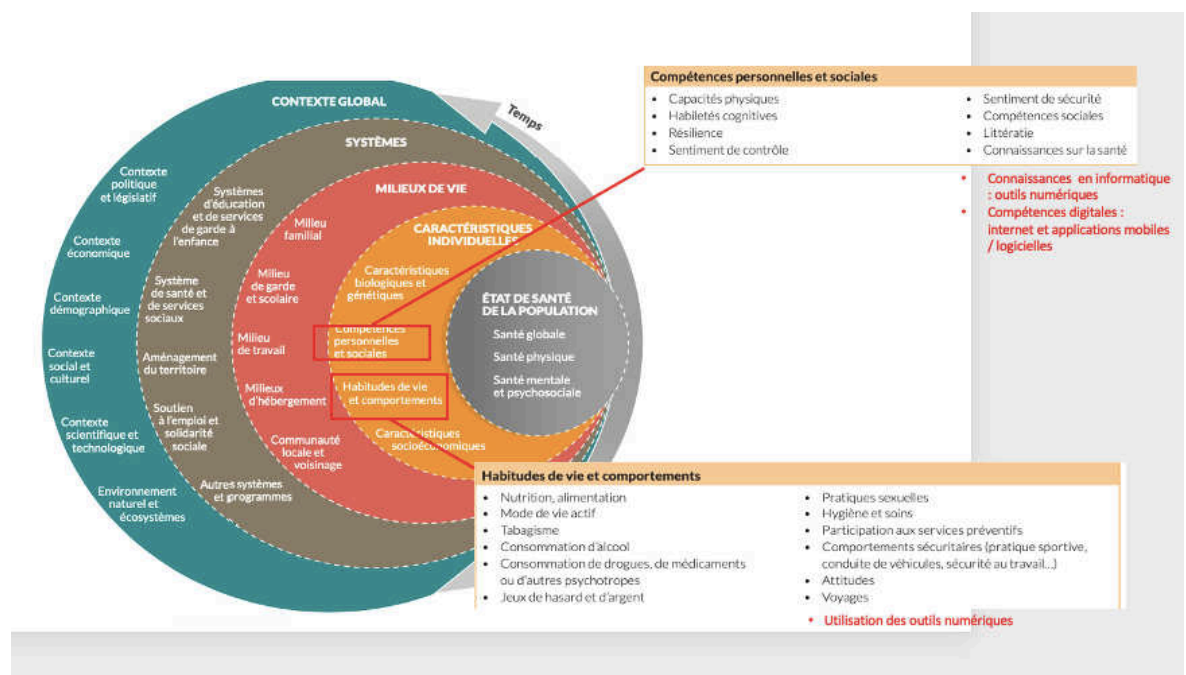


Figure 32: Carte de la santé et de ses déterminants avec nos apports s'agissant du numérique en santé dans les caractéristiques individuelles.

Puis, dans le champ des milieux de vie, nous avons identifié deux catégories qui pourraient s'ouvrir au numérique. Les milieux d'hébergements, les communautés locales et le voisinage. Pour la première catégorie, le déterminant numérique pourrait résider dans la mise en place de ressources numériques pour les résidents (dans le cas des lieux de vie pour personnes âgées) au même titre que les ressources matérielles classiques et, qui verraient un accompagnement social et numérique spécifique afin de pouvoir maintenir ou de créer des relations sociales dans des réseaux familiaux et amicaux éloignés. Au niveau des communautés locales et de voisinage, comme nous avons eu l'occasion de le décrire dans notre travail, le développement d'un réseau, de médiation numérique de type « aller-vers », aurait un impact pour le maillage territorial de l'accès aux soins. Nos

propositions d'ajouts sont en rouge dans le schéma ci-dessous.

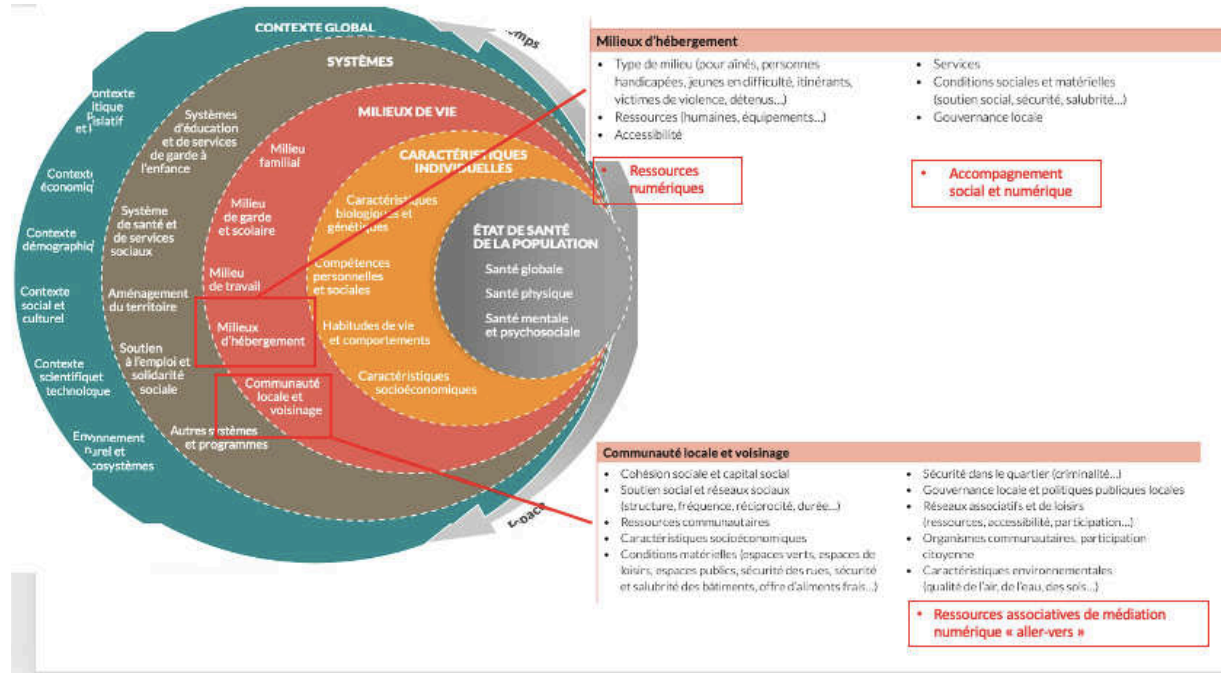


Figure 33: Carte de la santé et de ses déterminants avec nos apports s'agissant du numérique en santé dans les milieux d'hébergement et dans la communauté locale et voisinage.

Enfin s'agissant de la catégorie systèmes, nous proposons d'ajouter une caractéristique supplémentaire : systèmes de soutien aux actions numériques, dont la finalité serait de penser l'inclusion des personnes les plus éloignées de l'utilisation du numérique dans le

cadre d'une approche en santé globale par le numérique. Notre proposition d'ajout est en rouge dans le schéma ci-dessous.

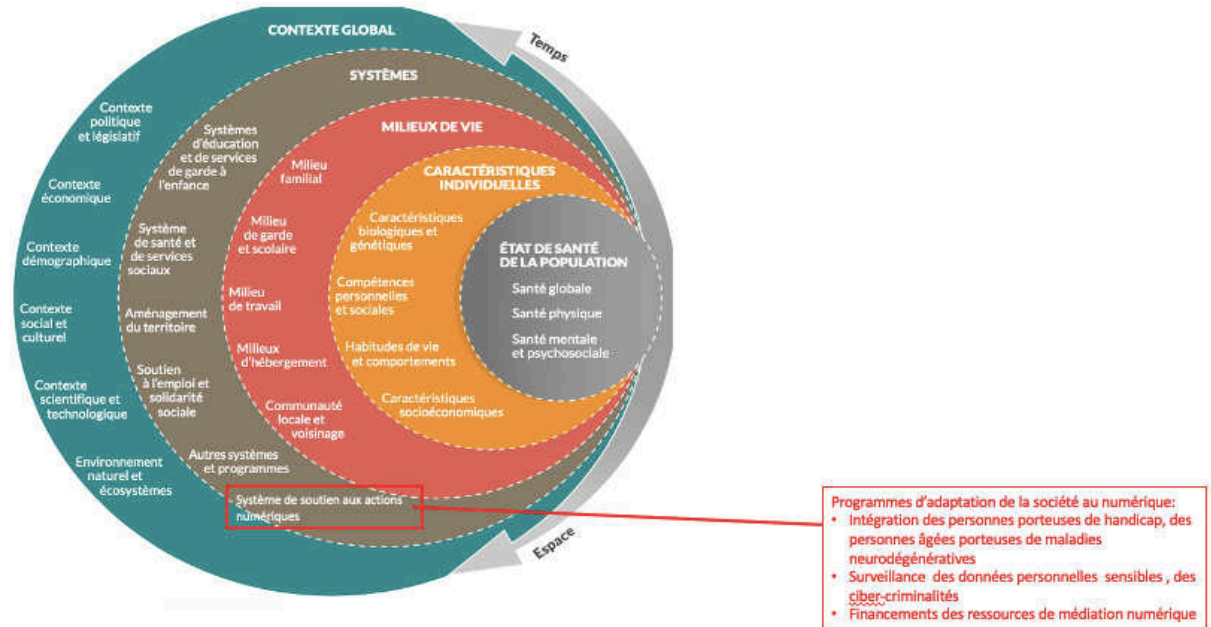


Figure 34: Carte de la santé et de ses déterminants avec nos apports s'agissant du numérique en santé dans les systèmes de soutien aux actions numériques.

Nous représentons sur la carte de la santé et de ses déterminants l'ensemble de nos contributions.

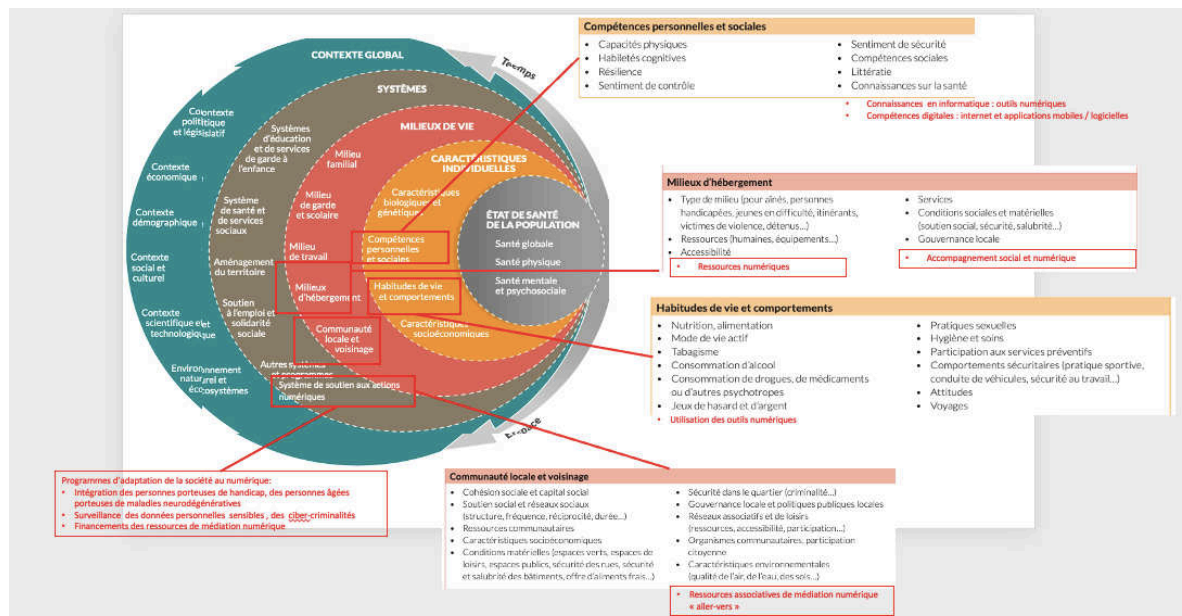


Figure 35: Carte de la santé et de ses déterminants avec l'ensemble de nos contributions.

Nous observons que la majorité des catégories qui composent la santé sont touchées par la numérisation du parcours de santé. Nous n'avons pas fait de propositions pour le

contexte global et pour la santé des populations, puisque nous nous intéressons à l'impact direct que le numérique a dans la vie quotidienne des individus. Ainsi il est facile de voir que l'action du numérique est transversale et interroge la structure organisationnelle du système de santé. Dans la deuxième partie de cette thèse, nous avons pu mettre en lumière le fait que le numérique en santé peut être vu comme étant un projet organisationnel qui restructure le soin autour de la numérisation du parcours de santé par la création de nouvelles normes et organisations territoriales de soin. En regardant le numérique en santé par le prisme des déterminants de santé, donc davantage du côté de l'utilisateur, nous mettons en lumière la complémentarité de ces deux approches. En effet les cercles concentriques nous permettent de mieux comprendre comment se font les transferts des connaissances entre les catégories. Ainsi, nous identifions les problématiques multidimensionnelles à partir desquelles l'utilisateur, et en ce qui nous concerne le plus, les personnes âgées, sont parties prenantes du développement des organisations qui agissent dans le champ de la santé : la création d'environnements favorables, adaptés et adaptatifs, les habitudes, les fragilités sociales. Autant de problématiques qui, en dehors de cet effort de vision globale, constituent la base des difficultés d'accès au numérique et plus précisément du non-recours aux soins via le numérique en santé ou la télémédecine.

8.3.2 Le « paysage » : dynamique sous-jacente à l'utilisation de la téléconsultation

Notre arbre de cohérence nous a permis de mieux comprendre la dimension « paysage ». Nous commençons donc par expliciter en quoi la catégorie « paysage » telle que nous l'avons observée dans notre analyse diffère du concept de « territoire » en santé et en gestion.

Le territoire est une notion vaste et en mouvement dans ces deux disciplines. En santé, elle fait référence à un périmètre pour des activités de santé publique (art. L.1434-16 du code de la Santé publique). Le territoire est fortement intégré au domaine de la santé par des réformes successives, mais la plus emblématique est sans doute la loi HPST qui définit les bassins de santé comme étant des territoires pertinents pour le déploiement de politiques de santé publique à l'échelle locale. Nous voyons donc que ce concept s'accompagne d'une acception géographique en lien avec des activités en santé. Une autre notion qui est souvent associée au territoire est celle de la responsabilité territoriale, qui est en revanche, entendue comme un service à rendre, par un professionnel de santé, à un

bassin de santé, c'est-à-dire en rapport à des individus. Plus récemment la notion de responsabilité populationnelle s'intègre aussi à celle de territoire au moyen des CPTS, qui deviennent des nouvelles organisations territoriales de santé.

Parallèlement à cela, la compréhension que les sciences de gestion proposent du territoire est fortement située dans la gestion des affaires publiques et dans les approches évaluatives de ces dernières (Chanut et Lamarque, 2014). En effet, la notion de territoire au cœur des planifications et des évaluations locales, dans un effort de territorialisation de l'action publique (Chanut et Rival, 2020). En sciences de gestion, le territoire est associé aux politiques publiques, et dans notre cas, celles qui sont spécifiques aux Politiques de la Ville. Il nous paraît donc indispensable de parler de la relation que ces politiques entretiennent avec le territoire, puisque, dès leur dénomination, on trouve cette notion (de Maillard, 2011). La question du territoire dans l'acception qu'en donnent ces politiques est liée à des géographies prioritaires (*ibid*). Le territoire est entendu comme une limite géographique en lien avec une unité sociale. Cette unité est envisagée en « *opposition à la segmentation des problèmes des populations vivant en situation de précarité* » (*ibid.*), et, par son dispositif de contractualisation, qui permet le financement de projets d'utilité sociale, elle permet de décloisonner les partenariats à mobiliser pour apporter des réponses aux enjeux sociaux, économiques que ces situations soulèvent (*ibid*). La mise en place de programme de formation par les pairs nous a permis de voir que la Politique de la Ville offre des possibilités en soutien d'initiatives locales qui favorisent la réduction des inégalités d'accès, dans notre cas à la santé. Mais, malgré ces dispositifs, les inégalités demeurent dans ces territoires. Nous voyons donc à la suite de Chanut et Rival (2020) que, en science de gestion, le territoire n'a pas un simple rôle de trame de fond, de contexte, il est aussi le vecteur de ressources.

À ce stade de notre raisonnement, il paraît intéressant de tendre un pont au sujet de l'évaluation entre la gérontologie et les sciences de gestion. En effet, cette question est fondamentalement marquée par la production de savoirs et d'outils. En gérontologie, la place de l'évaluation au moyen d'outils d'inspiration médicale tend d'une part, à dresser un bilan des modifications médicales et psychosociales de la personne âgée. Et d'autre part à communiquer autour d'une typologie de prise en charge, qui sera accompagnée de moyens financiers et humains. L'évaluation gérontologique dépend donc de la façon dont agissent les politiques publiques, au sens où, par le modèle théorique qu'elles véhiculent et les moyens qu'elles allouent, elles sont à l'origine des principes évaluateurs de la prise

en charge g erontologique. La question de l'évaluation des politiques publiques est donc primordiale. Or, la littérature en sciences de gestion nous invite à « ne pas se limiter à une conception instrumentale de l'évaluation » (Chanut et Bournois, 2012) et dans le même temps à dépasser la dualité « entre une conception instrumentale de l'évaluation et un usage plus conceptuel » (*ibid*).

En effet, les sciences de gestion, dont la vocation s'inscrit dans une logique d'action et de transformation des organisations semblent donc proposer des formes de continuité entre « monde savant et monde profane, qu'il s'agisse pour celle-ci de démarches participatives ou pour celle-là de formes de recherche-intervention » (*ibid.*). Ce cadre conceptuel de l'évaluation trouve un écho très pertinent dans l'organisation territoriale de l'action gérontologique telle que nous l'avons observée dans le cadre de notre travail de thèse.

L'évaluation des politiques gérontologiques au sein d'une « nouvelle geste évaluative » (Chanut, 2009) qui consiste précisément à «  valuer l'action en train de se faire, les résultats de l'évaluation devenant inséparable du processus même de l'évaluation » (Chanut, 2010), paraît être une dynamique nouvelle à l'échelle des politiques gérontologiques. Cette approche permettrait une démarche «  valuactive » (Chanut, 2009) conjointe entre le cadre de gouvernance et d'élaboration de la stratégie de prise en charge de la perte d'indépendance fonctionnelle et préventive au niveau territorial, les acteurs professionnels et les bénéficiaires des politiques. Aussi, cette évaluation dans un cadre territorial permettrait d'observer et de faire émerger la dimension territoriale de l'action managériale dans le cadre qui nous intéresse. Ce faisant de nouveaux schémas d'analyse pourraient émerger (*ibid*) pour enrichir le cadre de l'évaluation des politiques publiques territoriales.

Nous observons donc toute la complexité de sa prise en considération tant dans les évaluations des politiques publiques et des dispositifs qu'elles permettent, que dans l'observation des dynamiques organisationnelles, par exemple, l'accès aux soins. En questionnant plus particulièrement la notion de territoire (Tissioui, Payre et Joffre 2019) il est possible de voir que cette notion peut être « multi située » (Giraut 2013) c'est-à-dire davantage en relation avec les comportements humains qu'avec un territoire défini *a priori* des usages. Face à ce constat de subjectivité, d'autres auteurs tendent à associer le territoire à la notion de complexité (Moine 2016) aux temporalités et aux représentations floues (*ibid*). Plusieurs travaux en management posent la question de la réévaluation de

ce concept en dehors de l'offre de service en santé et du développement du secteur médico-social. Ainsi les questions d'accès aux soins sont soulevées en rapport à l'action des pouvoirs publics et pensent le territoire comme lieu de « négociation » (Giusti et.al, 2019) qui agit avec des contraintes territoriales. L'ancrage territorial des structures de coordination en santé est observé pour en comprendre sa pertinence dans l'évaluation de l'efficacité de ces structures (Sebai et Lemeur, 2019). Aussi les métiers de la coordination amènent à envisager le territoire, puisque précisément, ils doivent organiser les parcours de soins et donc s'adapter aux accompagnements, dans leur territoire de vie et d'usage (Dubruc et Viallette, 2019). D'autres réflexions managériales s'inscrivent dans le cadre du territoire. À ce propos l'école de la proximité étudie l'espace comme vecteur de possibilités et de proximités au sens objectif de ce terme (Lauriol, Perret et Tannery 2008). En complémentarité plusieurs travaux s'intéressent au sens subjectif de cette proximité (Talbot, Charreire-Petit et Pokrovsky 2020), et notamment par rapport à la téléconsultation et à la proximité ou à la distance qu'elle suscite auprès des patients, mais aussi des médecins.

Ainsi, il nous semble que les sciences de gestion et les sciences de la santé se rejoignent dans le regard politique, évaluatif et de ressource qu'ils portent sur le territoire (Chanut et Rival, 2020). Nous situons donc notre « paysage » à la confluence de ces apports et de la vision de l'organisation du système de santé à partir de la disponibilité territoriale, des logiques de coordination et des perspectives, c'est-à-dire des piliers organisationnels pouvant répondre aux enjeux que posent les transformations épidémiologiques en cours (Grimaldi, Caillé, Pierru et al., 2017).

Notre dimension « paysage » est tout d'abord décrite par l'observation que nous avons faite du caractère « tiers aidant ». Ce caractère montre le maillage territorial de santé qui a émergé au travers du déploiement de la téléconsultation. Ce maillage territorial est caractérisé par l'association de deux axes organisationnels : la disponibilité territoriale c'est-à-dire ce qui se réfère à l'offre de soins de proximité et les logiques de coordination c'est-à-dire ce qui illustre la façon dont les professionnels du territoire travaillent ensemble (ibid.) avec l'interaction de l'environnement social des individus. Nous avons observé cette association par le fait que, de façon informelle et non planifiée, face à l'urgence sanitaire, la téléconsultation a pu se déployer immédiatement, au moyen de collaborations préexistantes à la crise. La réorganisation de la disponibilité territoriale grâce aux collaborations entre professionnels de santé a permis l'émergence d'une offre

de soins spécifique et adaptée à la situation (organisation coordonnée et pluri-professionnelle de l'activité, planification des visites et des consultations, déroulement de ces dernières) qui fut au cœur du maintien des soins pendant la première période de l'apparition du Covid-19. Les tiers aidants et les personnes âgées se sont inscrits dans cette association par un relais de compétences entre les tiers aidants, les personnes âgées et les équipes de soins qui a permis la réalisation effective des téléconsultations. Ainsi nous n'attachons pas particulièrement la notion de territoire géographique à celle de paysage, mais plutôt celle d'environnement, c'est-à-dire l'ensemble des relations entre les individus et l'organisation territoriale de santé. L'environnement nous semble mieux représenter la réalité du territoire vécu, qu'il soit ou non à l'intérieur d'un bassin de santé. Dans ce sens, notre « paysage » intègre, à la suite de Talbot, (Talbot, Charreire-Petit et Pokrovsky 2020) le ressenti subjectif de la proximité. Ainsi, il est possible de montrer que le paysage est la dynamique sous-jacente qui permet à la téléconsultation de devenir un outil au service d'une réponse coordonnée aux besoins de santé territoriaux.

En nous appuyant donc sur les travaux de Véronique Chanut au sujet de « la geste évaluative » nous regardons la dimension « paysage » comme étant une ouverture potentielle et pragmatique, de la recherche en sciences de gestion sur l'évaluation des politiques publiques gérontologiques. Cette ouverture reposerait sur la prise en considération de la dimension territoriale de la téléconsultation dans les actions de gestion du vieillissement.

Dans la figure ci-dessous nous illustrons la dimension « paysage » telle que nous la comprenons :

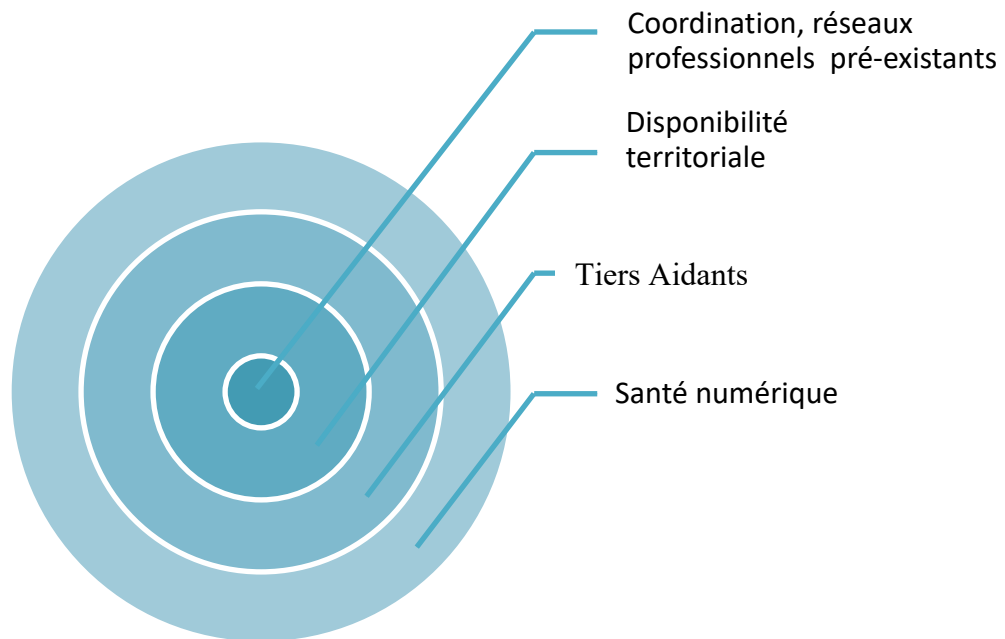


Figure 36: Illustration de la dimension paysage

8.3.3 Attractivité des métiers de l'aide à domicile.

La dimension « paysage » de notre arbre de cohérence a fait ressortir le caractère « tiers aidant ». Notre article au sujet des transformations des métiers du domicile au travers du numérique est un regard porté en période de confinement, explore plus précisément ce caractère. Notre contribution repose sur l'observation des adaptations de ces métiers lors d'une période complexe qui va du printemps à l'automne 2020. Et, plus particulièrement, sur le rôle des aides à domicile dans l'aide à l'accès au numérique en santé des personnes âgées. Tout d'abord, il s'agit d'une enquête exploratoire qui ne peut pas être généralisée. Il serait important de poursuivre les recherches en recueillant le témoignage direct des aides à domicile. En l'absence de ce dernier, nos réflexions ne peuvent être que partielles. Malgré ces limites, nos résultats confirment l'importance structurelle de ces métiers face à la transition épidémiologique que notre société est en train de traverser. Au plan méthodologique, interroger l'expérience du service nous a permis de mieux comprendre le contenu de ce dernier. S'agissant des métiers du grand-âge, cette approche paraît intéressante puisque les services reçus ne relèvent pas de la sphère commerciale ou marchande, mais d'un accompagnement global et sur mesure de la personne tout en étant encadré par une éthique et des normes professionnelles. Plus spécifiquement, notre étude semble apporter des pistes de réflexion pour mieux cerner les enjeux de l'attractivité dans

les métiers de l'aide à domicile par le prisme de l'accompagnement au numérique en santé. Tout d'abord, l'attractivité des métiers de l'aide à domicile est au cœur des questions liées à l'adaptation de la société au vieillissement et de la dépendance (Loi, n°2015-1776). En ce sens, le gouvernement a lancé une campagne en septembre 2021 pour sensibiliser et donner de la visibilité à ces métiers (ministère de la Santé et de la Prévention, 2021). La variété des parcours de vie qui mène à ces métiers doit pouvoir se refléter dans les conditions des offres d'emploi. En effet, ces métiers sont occupés en grande majorité par des femmes, souvent en situation de fragilité sociale elle-même (une part importante de ce bassin d'emploi accueille des familles monoparentales). Face à ces situations, souvent associées à l'urgence de trouver un emploi, la qualité de ce dernier n'est pas discriminante. Ainsi les aides à domicile (qu'on appelle auxiliaire de vie sociale, AVS, quand elles sont diplômées du Diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social) travaillent à temps partiel et souvent auprès de multi-employeurs. La grande variété de statuts professionnels dans ce secteur peut engendrer des situations d'emploi défavorable à la santé même de la personne : contrats de travail inférieurs au temps partiel et donc absence de cotisation à la sécurité sociale, absence de prise en considération du temps de trajets entre deux bénéficiaires... pourtant, la crise sanitaire a permis de mettre en lumière le caractère essentiel de ces métiers, la continuité des actes de la vie quotidienne pour les personnes les plus fragiles s'est avéré être un élément de l'efficacité de la prise en charge de la Covid-19, ce qui a mis en lumière l'importance d'une prise en charge globale de la santé (selon la définition de l'OMS la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ») (OMS, 1985). Ceci a renforcé la notion de parcours de santé qui est la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux et qui réunit les secteurs du médical, du médico-social et du social. Nos résultats suggèrent que, pendant les confinements de l'année 2020, le dépassement de la relation de service initiale contractualisée avec le service d'aide à la personne a été associé à une plus grande autonomie vis-à-vis des activités menées par les aides à domicile. Cette autonomie dans les tâches et dans la gestion du temps passé en intervention a permis l'accompagnement technique et parfois administratif permettant l'accès à la téléconsultation et au suivi numérique en santé. En faisant preuve de ces qualités d'adaptation et de réaction face aux imprévus, c'est toute une dimension stratégique (Crasset, 2020) qui apparaît au travers de ces témoignages. Ainsi, nos premiers résultats

mettent en valeur de nouvelles caractéristiques entrepreneuriales et managériales relatives à ces métiers. Puis, face à l'émergence de nouvelles formes de prise en charge de santé qui impliquent le domicile comme lieu de soin, et les nouvelles technologies qui sont en train de se déployer afin de le permettre, les métiers de l'aide à la personne semblent être en première ligne pour s'inscrire dans le panorama des évolutions du soin. En effet, en raison de leur mission qui permet d'arriver à l'intérieur du domicile et à l'intimité des personnes, ils synthétisent le professionnalisme et la relation de confiance avec les bénéficiaires. Ces deux caractéristiques étant intimement liées et primordiales dans la relation de soin (tant pour l'entrée dans le soin que pour le maintien). Notre étude a montré que le numérique est entré au cœur des métiers de l'accompagnement à domicile et ceci à deux niveaux. Le premier est le niveau managérial. L'organisation du travail des aides à domicile s'est peu à peu « numérisée » en voyant de nouveaux objets de gestion faire leur entrée dans le champ des ressources humaines (Pezet, 2004) du secteur médico-social. La télégestion a ouvert la voie à la numérisation des échanges entre les services d'aide à domicile et les départements dans une optique de simplification des démarches pour les bénéficiaires et du suivi et de la déclaration des interventions effectuées par les professionnels. En effet, la télédéclaration et la télétransmission des heures effectuées auprès des bénéficiaires, c'est-à-dire le télépointage (horodateur numérique) et la télétransmission sont devenues obligatoires dès 2021 (avec une année d'adaptation) et se matérialisent au moyen de QR codes et smartphones professionnels. La mise en place de ces outils peut être vue comme une expérimentation d'outils de pilotage de la performance, dans le cadre de la redéfinition de l'évolution de la définition de la performance, depuis une approche plus individuelle, basée sur la qualité, à une notion plus large qui englobe les indicateurs financiers (Lemaire et Nobre, 2013). Le deuxième niveau est celui de l'évolution des tâches professionnelles. Les aides à domicile ont été confrontées à de nouvelles attributions, semblables, par certains aspects, à des missions d'assistante médicale. Il est possible d'observer ces similitudes au niveau de trois dimensions liées aux métiers de l'assistance médicale²¹. Tout d'abord, au niveau des tâches de nature administratives par exemple « appui à la mise en place de la télémedecine » comme stipulé par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Puis, au niveau de la préparation

21 Avenant 7 à la convention médicale du 20 juin 2019.

de la consultation « aide à l’habillage, prise des constantes, recueil d’informations utiles sur le mode de vie » et enfin au niveau de l’organisation et de la coordination « prise de rendez-vous avec d’autres acteurs de santé pour assurer la prise en charge des patients ». Le fait de pouvoir aider à la réalisation technique et dans certains cas à l’aide à l’accomplissement des gestes cliniques à distance semble avoir fait entrer ces métiers, pour les personnes qui en ont bénéficié, dans la sphère du soin porteuse de plus de reconnaissances des compétences, et qui est davantage associée à une professionnalisation des activités. Cette incursion, conjoncturelle, des métiers de l’aide à domicile dans les métiers de la santé semble être vécue comme un trait d’union porteur de sens et de reconnaissance professionnelle entre les métiers du médico-social et de la santé. Ces deux caractéristiques étant fortement associées à une image positive et valorisée des métiers du, care. Enfin, l’ensemble des éléments collectés lors de ces entretiens montre qu’une présence humaine de proximité est nécessaire pour accompagner les patients (ici des personnes âgées) vers un changement de cadre s’agissant du soin, et que pour que ce changement puisse advenir il doit être soutenu par une réflexion et des pratiques gérontologiques ancrées sur la présence et la confiance et que les métiers incarnés par les aides à domicile ont un rôle majeur à jouer dans ce cadre. L’apport de cette étude est donc celui de proposer un regard sur les métiers de la santé qui s’écarte du champ habituel de la diffusion de l’innovation et qui propose d’observer les métiers de l’aide à domicile au niveau du comportement organisationnel. Cet écart nous a permis de répondre à une autre question que celle de la réussite de la diffusion d’une technologie : celle de la politique de gestion des ressources humaines pour faire face au besoin de personnel médico-social.

8.4 Apports managériaux : proposer un regard en management public sur le numérique en santé

En conclusion, nous allons montrer les apports spécifiques aux pratiques managériales issus de notre travail de thèse. Ces derniers peuvent se synthétiser autour de notre contribution à une meilleure compréhension en management public, des enjeux du vieillissement dans les QPV.

Tout d’abord, du fait de la file active très importante de la structure qui finance la thèse, nous avons pu, grâce au travail préparatoire à la thèse, alerter les institutions publiques

compétentes (la préfecture administrative de Paris, la CNAV, la Sécurité sociale) au sujet des enjeux spécifiques à l'accès aux soins, notamment pour les personnes en situation de précarité. Ainsi, nous avons proposé des actions spécifiques d'accompagnement telles que la médiation par les pairs. Ce travail a donc pu être financé, du fait de l'expérimentation que nous proposons, et a fait l'objet d'une contribution scientifique. Puis, s'agissant de la partie exploratoire de notre travail de thèse, nous avons pu présenter les résultats lors de comités de pilotage de notre structure. Les comités de pilotage sont les moments privilégiés pour rendre des comptes qualitatifs et quantitatifs, au sujet des actions en cours. Ainsi nous avons pu exposer notre travail de recherche et nos résultats aux membres de ce comité, à savoir : la Conférence des Financeurs de Paris, la Préfecture et la Ville de Paris, les Mairies des 11^e et 20^e arrondissements, les Équipes de Développement Local (EDL), la Direction de l'Action sociale de l'Enfance et de la Santé (DASES), la CPTS DU 20^e arrondissement, la M2A, le Centre d'Action Social du 11^e et du 20^e arrondissement. Ceci a donné lieu à la création d'un programme de sensibilisation et de formation appelé « La mallette gérontologique inter-quartiers ». Ce programme qui est porté par les acteurs institutionnels de la gérontologie et de la géographie prioritaire de Paris : La Conférence des financeurs, la Ville et la préfecture de Paris ont pour ambition de construire un socle de connaissances gérontologiques et de pratiques éthiques communes aux acteurs du territoire susceptibles d'accueillir des personnes âgées et d'intervenir auprès d'elles. Ce parcours de construction de culture gérontologique partagée doit permettre d'expérimenter des formes inédites et respectueuses d'« aller-vers » autour d'équipes mobiles pluri-professionnelles pour intervenir dans des phases de repérage, d'information, et de mobilisation des personnes âgées à risques de rupture ou de non-recours en matière de soins, de droits sociaux. La méthode de travail s'inspire des enquêtes narratives tant pour la constitution d'actions conjointes pour les équipes inter-professionnelles, que pour la relation avec les usagers de ces équipes. Les attendus sont, d'une part, la modélisation à l'échelle de tous les QPV de cette méthode de travail. Et, d'autre part, une meilleure prévention et prise en charge des ruptures de soins (entendus comme accès aux soins et comme maintien des soins). Ce projet qui s'étend sur une durée de dix-huit mois, et qui doit s'achever en décembre 2022, permettra de voir se former une nouvelle configuration des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires en relation avec la problématique de numérisation du soin.

8.5 Limites de notre travail

Dans notre travail de préparation de cette thèse, nous avons eu la possibilité, sans la rechercher spécifiquement, d'observer la numérisation des services de santé en train de se faire. En commençant par la numérisation des services publics, les démarches en ligne pour solliciter la retraite, les relations avec le Pôle Emploi, et puis la santé via le site Améli, suivies de Doctolib. Dans notre terrain de thèse, le terrain exploratoire, nous avons étudié le cas spécifique de la téléconsultation, qui embarque les théories et les technologies de la numérisation des services de santé jusqu'au soin, c'est-à-dire la numérisation de la relation médicale. Bien que nous ayons pu observer ce qu'elle produit dans le soin, tant dans la relation médicale que dans l'organisation territoriale de santé, notre travail présente de nombreuses limites et améliorations possibles.

8.5.1 Du point de vue de l'approche théorique

Tout d'abord d'un point de vue théorique, nous avons proposé un modèle qui associe les dimensions représentatives de l'activité clinique aux connaissances que les nouvelles technologies apportent en santé. Pour opérationnaliser ce cadre au moyen d'une grille de lecture, nous avons procédé à une symétrie entre les dimensions cliniques : interactions humaines « *Human Interaction In Clinical Context* », interprétations « *Clinical Judgement* » et philosophie clinique « *Clinical Philosophy* » et la structure des gestes-représentations-émotions. Nous y voyons deux limites majeures. La première réside dans notre parti pris de considérer que cette structure pouvait embrasser la complexité des connaissances cliniques. En effet, bien que la bibliographie à partir de laquelle nous avons travaillé traite de la santé, elle n'est pas inscrite directement dans une discipline de santé publique ou médicale. Ainsi, la vision des connaissances qu'apportent les nouvelles technologies en santé est davantage à prendre comme un cadre de réflexion s'agissant de l'observation des nouvelles technologies, plus que de ce qu'elles produisent dans l'examen clinique. Ainsi donc, notre grille interprétative peut être critiquée au moyen qu'elle prétend, à partir des gestes-représentations-émotions, regarder « l'intérieur » des dimensions caractéristiques de l'examen clinique. Alors que cette association de concepts, est certes cohérente s'agissant de notre questionnement, mais hasardeuse s'agissant de l'outillage pratique de notre pensée. Nous aurions dû d'abord « tester » cette correspondance que nous proposons, au moyen d'outils statistiques, lors de notre

première année de thèse. Nous pensons cependant ne pas avoir fait de tort à la rigueur scientifique puisque nous ne nous plaçons pas dans une épistémologie hypothético-déductive, ainsi nous n'avons pas l'ambition de prouver des causalités entre les dimensions de l'examen clinique et les connaissances qu'apportent en santé les nouvelles technologies. Notre travail n'a pas pour vocation de faire la preuve de l'impact, négatif ou positif, de la supériorité ou de la non-infériorité de la téléconsultation. La deuxième limite découle de la première et porte sur le fait qu'en nous plaçant dans ce cadre, notre découpage en *interactions humaines (human interactions in clinical context)* associé aux gestes, les interprétations (clinical judgement) associées aux représentations, et la *philosophie clinique (clinical philosophy)* associée aux émotions est très subjectif. En effet, il est facile de voir que ce découpage est trop aléatoire pour, à nouveau, représenter la complexité de l'examen clinique et l'étendue des connaissances que les outils technologiques peuvent apporter. En effet, si nous prenons l'exemple de la catégorie des gestes, certes, ils ont une corporalité, un touché, mais ils sont également une source majeure d'informations au sujet de la condition clinique tout entière, à ce titre nous aurions pu également les envisager du côté des représentations. Et aussi au niveau des émotions. En effet, le consentement du patient est recherché systématiquement dans les protocoles médicaux, ainsi le geste quand il est non accompli nous renseigne au sujet des émotions que le patient y associe, et de celles du médecin.

Puis, toujours du point de vue théorique, mais au niveau de la conception de notre enquête, nous avons élaboré un cadre pour observer les évolutions dans l'examen clinique et dans l'organisation territoriale de santé. C'est-à-dire les évolutions des habitudes, donc les nouvelles habitudes qu'apporte la téléconsultation. Ce cadre nous l'avons nommé management fondé sur le récit (biographique). Nous l'avons pensé tout d'abord comme étant un outil qui allait nous permettre de mettre en regard les évolutions du vécu du soin par téléconsultation, et les évolutions que la téléconsultation et plus largement la numérisation des services de santé allaient engendrer dans l'organisation territoriale de santé. Il aurait été intéressant, par exemple, d'examiner des situations, où les perspectives de narration en management ont été formalisées et utilisées. Notamment, de rechercher si, elles ont été déployées en santé. Nous aurions pu faire une étude des résultats, et voir comment, ces derniers, pouvaient déjà nous renseigner au sujet des transformations apportées par la téléconsultation. Néanmoins, nous n'avons pas eu accès par nos recherches bibliographiques à ces expérimentations, ceci est dû, d'une part à la spécificité

de nos terrains et des publics que nous souhaitons étudier, ainsi que, probablement par notre temporalité liée au Covid-19. Quoiqu'il en soit, dans ce cas aussi, nous ne situons pas dans une démarche de preuve. Ainsi cette méthode, ne représente que nos tentatives de rendre compte de la façon la plus ouverte que l'on pouvait de notre construction des connaissances pour observer un phénomène en construction, potentiellement transformatif. Cette méthode n'a donc pas pour vocation d'être modélisée, ni même reproduite à d'autres champs. Bien au contraire, elle pourrait être déconstruite à partir de méthodes statistiques capables d'en faire ressortir éventuellement, les éléments saillants, pertinents, pour des observations plus larges s'agissant des transformations numériques dans les organisations.

8.5.2 Du point de vue des résultats

Pour l'analyse de nos résultats nous avons fait appel à la reconstruction phylogénétique, pas tant dans une approche théorique évolutionniste, que par ce qu'elle pouvait nous apporter comme méthodologie pour observer précisément la répartition des téléconsultations par rapport aux consultations, en identifier les partages de caractères, tester la structuration hiérarchique des données, et dès lors tester les transmissions éventuelles des caractères dans les dimensions caractéristiques de l'examen clinique et dans la visualisation de nos résultats. Ce choix peut être critiqué, en effet. Cependant, si nous situons notre travail dans une interdisciplinarité entre les sciences de gestion et la santé, ce travail ne mobilise en aucun cas la biologie. Nous n'empruntons à la biologie que sa mathématique, pas sa théorie. Ce choix fait partie de notre cheminement théorique et pratique tout au long de ce travail de thèse. C'est donc au moyen de nos recherches bibliographiques que nous avons vu que la reconstruction phylogénétique était de nature à étudier les relations entre les taxons par le moyen de la maximisation de la cohérence hiérarchique entre caractères, y compris dans d'autres champs disciplinaires que la biologie (Charbonnat, Ben Hamed et Lecointre, 2014). En effet, dans des travaux récents, elle a été employée à des fins de reconstruction de transmission de caractères en ethnomusicologie. La question qui peut se poser néanmoins est de savoir si nos données, qui ne sont pas biologiques, peuvent être étudiées au moyen d'un outil issu de cette discipline. Nous avons longuement étudié cette question et ce qui nous a paru comme étant un élément justificatif de notre choix réside dans la méthode rigoureuse que nous avons employée pour permettre leur analyse. Ainsi, plus que la nature de nos données, et

le travail en ethnomusicologie le démontre, c'est la capacité de nos données à se laisser organiser de façon hiérarchique ($RI = 0,65$) qui, associée à des extra groupes « fossiles », plaide pour une interprétation phylogénétique. Il doit y avoir une « transmission » entre pratiques, cela dit, rien n'indique qu'elle emploie des moyens et des processus proprement biologiques, et c'est pour cela que nous soulignons le fait que nous n'empruntons pas la théorie de la biologie même si nous avons utilisé une méthode de reconstruction phylogénétique. Rappelons que ces méthodes sont utilisées depuis fort longtemps en linguistique comparative, pour ne prendre qu'un exemple (*ibid*). Ce faisant, c'est aussi une rigueur scientifique que nous nous appliquons puisque par cette méthode, nous ouvrons le codage de nos données vers une représentation ouverte, vérifiable, amendable. Ainsi ces données peuvent être exploitées dans le cadre d'études comparatives futures.

Enfin, une dernière limite dans le codage est le fait que nous avons axé notre travail sur la téléconsultation et n'avons pas suffisamment investigué les aides nécessaires, telles que les accompagnements, ou le suivi dont les personnes ont besoin lors d'une consultation. Ainsi, les tiers aidants apparaîtraient grandement sans doute également pour les consultations. Nous avons cependant plusieurs témoignages, dont nous avons fait part dans ce manuscrit, qui tendent à montrer une différence dans le ressenti de l'accompagnement à la téléconsultation par rapport à une consultation. Au sens, où certaines personnes nous ont dit bénéficier d'un accompagnement par un membre de la famille ou bien une aide à domicile, lors de rendez-vous médicaux, mais ensuite d'être seul lors de l'examen clinique. De cette façon, les personnes nous ont dit ressentir encore une forme d'autonomie dans le suivi de leurs soins. Contrairement à cela, souvent lors d'une téléconsultation l'aidant est resté pendant la téléconsultation. Ainsi, quand les conditions matérielles, au domicile, ne permettaient pas de s'isoler, la personne n'avait pas d'intimité dans l'échange avec son médecin.

Nos résultats semblent montrer que comparativement à la téléconsultation, la consultation donne davantage lieu à la prescription d'examen clinique. Ce résultat est largement en désaccord avec la littérature médicale, qui tend à montrer qu'un plus grand usage d'analyses complémentaires est fait en télémedecine par rapport à la consultation classique. Notre résultat nous interpelle. Sans pouvoir exclure catégoriquement un codage imparfait, nous l'interprétons de deux façons. Tout d'abord à partir de la période de crise sanitaire dans laquelle nous situons notre travail. Nous envisageons le fait que, comme le

montrent nos données, les raisons de consultation étaient en lien avec une infection réelle ou supposée à la Covid-19, ainsi les protocoles médicaux, sauf pour des cas de suspicion de gravité, ne portaient pas sur des analyses biologiques ou radiologiques, ainsi la surveillance régulière à domicile était davantage conseillée. Puis, à partir du fait, que la raison principale de consultation fût le suivi d'une maladie chronique, notamment, s'agissant du renouvellement d'ordonnance, ou de conseils spécifiques à la période. Ainsi peut-être que les patients étaient déjà connus par les praticiens et que leur situation de santé était suffisamment stable pour ne pas générer une prescription d'analyses complémentaires. Enfin, nous pensons également que, au vu des difficultés liées aux confinements, le principe de prudence encore plus pour les personnes âgées a fait que toute sortie qui n'était pas essentielle devait être différée. Ainsi, les analyses complémentaires lors d'une téléconsultation ont peut-être été reportées vers les consultations.

Nous avons fait le choix de mettre au cœur de notre travail les patients âgés. Nous avons expliqué cela par le cadre gérontologique de notre recherche. Néanmoins, au vu du sujet, il aurait été intéressant d'interroger les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux. Les médecins en premier lieu. Un échantillon de médecins a été interrogé tout au long de ce travail de thèse, néanmoins il n'a pas été possible d'analyser et de comparer avec les patients, les données issues de ces entretiens. Ceci constitue donc un axe de travail à explorer pour de futurs travaux. Aussi, il aurait été intéressant de recueillir le témoignage direct des aides à domicile, aides-soignantes intervenant auprès des personnes âgées. Nous avions prévu, en début de thèse, d'ouvrir le champ de nos recherches aux Ehpad, et aux organisations territoriales de santé elles-mêmes, les maisons de santé pluri professionnelles, les centres de santé, d'assister à des téléconsultations en Ehpad, mais aussi dans les pharmacies équipées de cabine de téléconsultation. Si nous avions recueilli toutes ces données à partir de sources si différentes, nul doute que notre thèse aurait été d'autant plus riche. Cependant, cette recherche, comme toutes les autres, est limitée par les moyens économiques et humains. Aussi, le Covid-19, les confinements et dans l'ensemble, les difficultés sanitaires ne nous ont pas permis de mener à bien tout cela.

Enfin, en raison de l'ensemble de nos choix théoriques, méthodologiques et d'inclusion des participants, il n'est pas possible de généraliser nos résultats.

Conclusion du chapitre 8

En conclusion nous observons que rendre compte du changement est une affaire complexe. Nos études, pour aborder cette question, ont proposé des rapprochements interdisciplinaires. Les sciences de gestion ont été au cœur de cette interdisciplinarité en nous proposant un corpus réflexif et pratique que nous avons pu mobiliser pour le cas de la téléconsultation, tant au regard de l'épistémologie médicale, pour la construction de notre cadre théorique, que pour l'approche méthodologique, avec l'utilisation de la reconstruction phylogénétique. Nous observons donc que la mise en relation de la gestion avec des approches issues des sciences du vivant, au sein desquelles la santé s'inscrit, est très féconde. Ce rapprochement disciplinaire est source d'innovations gestionnaires qui permettent à la gestion, en tant que discipline scientifique, de se positionner pour saisir l'existence et la nature des changements et des transformations en cours, qu'elles soient épidémiologiques ou technologiques.

CHAPITRE 9 — APPORTS PERSONNELS : RETISSER UNE CONTINUITÉ D'EXPÉRIENCE DANS LE SOIN FACE À LA TÉLÉCONSULTATION EN PÉRIODE DE COVID-19

Introduction

Dans le chapitre précédent nous avons illustré nos résultats et nos apports, ce faisant, nous avons évoqué les limites de notre thèse. Ce chapitre est le chapitre conclusif, il amorce une discussion plus générale, plus personnelle aussi, à partir de nos résultats. Les précédents chapitres nous ont permis de situer les apports de notre travail en sciences de gestion. Dans ce chapitre, divisé en trois temps, nous prendrons du recul vis-à-vis de notre travail de thèse et de nos terrains pour proposer une réflexion plus large sur le dispositif d'enquête. Dans le premier temps, notre discussion portera sur la mobilisation de l'enquête comme dispositif pour faire émerger une expérience commune au niveau de l'organisation territoriale de santé. Nous observerons ceci au regard de la communauté d'enquête à l'origine de ce travail et de ce que ce dispositif a permis de faire émerger comme connaissances sur les conditions de l'action collective pour le maintien du soin lors du premier confinement. Puis, dans un deuxième temps nous observerons plus en détail ce que la narration a permis de faire émerger comme connaissances dans la valorisation d'actions conjointes avec des publics majoritairement exclus des recherches en santé et en sciences de gestion. Enfin, en conclusion générale, nous parcourrons notre travail et proposons des axes de travail pour des recherches futures.

9.1 Observer un phénomène en construction : mobiliser l'enquête lors des premières vagues de Covid-19

9.1.1 Les conditions de l'action au début de la crise épidémique

Notre enquête a permis de dessiner un trait commun, le fil rouge de l'expérience du soin, pendant la crise sanitaire en cours. Nous avons produit des connaissances au niveau des réponses organisationnelles que les soins de premiers recours en QPV ont su déployer face aux besoins de repérage, de diagnostic, de soin, des personnes âgées dans ces

quartiers de l'Est parisien. Chacun de nos terrains éclaire un versant de cette réponse organisationnelle territoriale que nous avons tenté de retranscrire et, ce faisant, nous renseigne sur le phénomène que nous observions pendant qu'il était en train de se produire, c'est-à-dire le déploiement de la téléconsultation pendant la crise sanitaire.

Le Covid-19 a été, à bien des égards, une crise humaine avec des aspects organisationnels, psychologiques, sanitaires, économiques, et éthiques. La gestion des crises est régie par un modèle organisationnel établi, dont la finalité est la coordination de la réaction à la crise. Souvent, les temps de réaction sont courts, et, comme dans le cas du Covid-19 en France, ils peuvent être chaotiques. Ainsi des rapports, des enquêtes, ou encore des commissions sont généralement élaborés pour faire émerger les difficultés des périodes de crise, mais aussi les mesures positives. Dans tous les cas, c'est le besoin de capitaliser l'expérience, afin de l'ouvrir au plus grand nombre, qui préside à cette démarche.

Ces rapports ont cependant tendance à « *singulariser l'épisode* » (Bergeron et al., 2020) et introduisent donc de nombreux écueils, tout d'abord dans le mode de recueil des informations, qui ne suit pas un plan homogène à tous les rapports, certains sujets seront donc plus approfondis que d'autres, puis en ayant comme orientation celle de faire émerger des responsables, dans l'issue positive de la crise, mais aussi dans son versant négatif. Ce faisant, la compréhension des phénomènes et des dynamiques sous-jacentes aux crises est moins documentée, alors que précisément la littérature atteste du fait que les crises sont les résultats de dynamiques complexes et multifactorielles enchevêtrées (ibid.).

Notre étude a voulu s'inscrire dans un cadre de recherche qui a pour ambition d'observer et de comprendre la trajectoire évolutive du système de santé et plus précisément des politiques publiques en santé au travers du numérique en santé. Aussi, elle s'inscrit, dans une période marquée par une grande crise épidémique. Dans ce contexte notre besoin était de faire émerger les interdépendances, les collaborations et les coordinations organisées spontanément, c'est-à-dire en dehors du cadre de fonctionnement classique, régi par les directives des établissements de tutelle. Ainsi, notre enquête n'a pas été envisagée comme un dispositif de résolution des problèmes (*problem-solving*). Notre enquête a commencé précisément par la construction commune d'un problème, elle fut donc un outil qui nous a permis de faire évoluer l'expérience individuelle et donc singulière, vers une mise en commun du vécu de la téléconsultation dans une période de crise en ce sens que chaque récit nous a accompagné sur le chemin de la problématisation de notre recherche. Tous

les acteurs engagés dans ce processus ont donc participé à la description de son contenu et de son contour.

Ainsi nous synthétisons les apports principaux de notre dispositif d'enquête :

La mise en place spontanée d'une communauté d'enquête composée de plusieurs professions nous a permis d'observer celles qui ont vu leurs tâches évoluer, se diversifier, se modifier tout au long de la première réponse à la crise sanitaire dans notre bassin d'enquête

- Les professions paramédicales, dont le métier est d'assurer des soins de rééducation et de réadaptation pour maintenir ou restaurer le mouvement et les capacités fonctionnelles ou cognitives, des patients au niveau de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement se sont vus prendre en charge la réorganisation des visites à domicile pour que les médecins et les infirmières ne voient pas sur les mêmes créneaux les malades de la Covid-19 et les autres. Principalement, leur rôle a été celui d'assurer la coordination administrative de ces visites.

- Les membres, professionnels de soin de la CPTS, parmi lesquels les infirmières, les sages-femmes, les médecins généralistes, dont le rôle au sein de la coordination est d'harmoniser l'offre de soin et de répondre collectivement aux besoins de santé des territoires ont assurés des fonctions en dehors de la CPTS, dans le cadre d'un secrétariat médical « tournant » afin d'orienter les patients sans médecins traitants vers des services de téléconsultations.

S'agissant des métiers médico-sociaux, nous notons que :

- Les aides à domicile dont leur métier est d'assurer une bonne qualité de vie au domicile par l'entretien du logement, l'alimentation, l'hygiène et le confort corporels, l'accompagnement à l'organisation des semaines, le soutien psychologique des personnes suivies, ont vu leurs missions se charger, de façon informelle, d'une aide technologique pour le maintien du lien social avec la famille ou les soins, mais aussi d'un rôle de repérage attentif des fragilités des personnes accompagnées, étant restées souvent les seuls contacts entre les personnes et le monde extérieur.

- Les coordinateurs, médiateurs, encadrants des structures et établissements, dont les métiers portent sur le respect des normes et le bon fonctionnement des services, ont vu leurs missions changer du fait de la fermeture des lieux de sociabilité, d'accueil et d'orientation. Leurs missions ont donc absorbé ces rôles.

Ainsi, l'arrivée de la crise et le confinement ont été des situations extrêmes pour les acteurs professionnels du secteur social, sanitaire ou médico-social. Le télétravail, la fermeture des écoles associée au besoin de continuité de service dans ces secteurs, qu'il soit public comme dans le cas des professionnels de santé ou d'accompagnement comme dans le cas des services d'aide à domicile, ont donné lieu à des situations imprévues par les organisations s'agissant de l'organisation du travail à distance, et pour les employés, s'agissant de la qualité de la vie professionnelle et privée (Schütz et Noûs, 2021), du remodelage des identités professionnelles (Brocklehurst, 2001) des évolutions forcées, des pratiques professionnelles (Mathieu-fritz et Esterle 2013). Aussi cette continuité de service a été rendue possible selon le niveau de numérisation des entreprises et les aptitudes numériques ainsi que l'équipement des employés. L'ensemble de ces éléments a eu des répercussions importantes dans la façon que nous avons eu d'appréhender notre activité collective, qui, certes, elle ne partage pas la similitude des pratiques, mais elle partage leurs complémentarités. La première raison de notre enquête a donc été la nécessité de répondre à un besoin urgent de compréhension collective de l'impact que la situation de crise a eu dans nos engagements professionnels individuels et collectifs. Ainsi, il a été possible à une échelle locale et spécifique d'engager une création de savoirs professionnels, issus du temps de crise. Le dispositif d'enquête a donc permis de passer d'une compréhension et d'une connaissance des métiers en silos, c'est-à-dire verticale où les impacts des dispositifs organisationnels, se mesurent par unité, par service, à une approche horizontale, qui a mis en valeur les coopérations, et la capacité des acteurs à s'organiser, en dehors des prescriptions managériales. Il a été possible d'observer et d'éprouver, comme réponse face à la crise, une « *dépendance des sentiers* » (ibid.) professionnels porteuse de sens et d'adaptations. En ce sens nous avons désigné les membres engagés dans ce processus comme étant une communauté d'enquête (Lorino, 2017) de plus, nous observons que c'est l'activité, c'est-à-dire le sens du travail, qui est ressortie de ces expériences d'actions conjointes plus que les conditions de travail (historiquement sujet de cohésion professionnelle, recherchée afin de susciter un sentiment d'équipe, d'appartenance).

9.1.2 L'organisation des actions conjointes

Nous avons vu au fil de cette thèse que les notions de coordination, de co-construction, sont présentes tant en management qu'en santé et centrales dans les politiques publiques. La coordination des soins, du parcours de santé est instaurée comme étant un gage de qualité, tant elle est ambitieuse. Nous avons vu que le terme de coordination renvoie donc à l'action organisée. En santé, il s'agit de voir la coordination comme étant l'action conjointe des professionnels de santé en vue d'harmoniser les soins, les parcours. Cette entreprise a pour but de favoriser la cohérence des prises en charge et le bien-être du patient. En somme, la coordination en santé est envisagée comme une réponse organisationnelle à des situations, potentiellement complexes. Le travail transversal, que demande la coordination des soins, est une notion théorique, difficile à mettre en place. Les expérimentations en lien avec l'Article 51 du LFSS²² tentent de mener à bien l'intégration et la coordination dans le droit commun, pour donner aux professionnels les moyens de sa généralisation. Pourtant, la création de structure d'aide à la coordination montre la complexité organisationnelle et managériale du travail en transversalité des professions. Nous avons observé que sur le terrain, ce sont majoritairement des groupes intra-professionnels, d'analyses de pratiques communes qui tendent à décrire les actions coordonnées. Dans notre structure, plusieurs groupes de travail existent. Le groupe d'accès aux droits sociaux et aux soins est par exemple composé majoritairement de travailleurs sociaux et de coordinateurs territoriaux. En sont absents les services d'aides et soins à domicile, les CPTS, ou les coordinations de santé mentale. Cette méthode semble donc créer des groupes homogènes, qui ne permettent pas d'envisager des actions conjointes. Pourtant, des « comités de pilotage » ou de « coordination » existent au niveau local et institutionnel (portés notamment par des dispositifs municipaux prioritaires pour les QPV) dont l'objectif est de créer une connaissance des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et qui interviennent dans un même bassin de santé. En effet, au travers de ces coordinations, ce qui est recherché est l'accompagnement et la prise en charge des situations complexes. En effet, la capacité d'identifier et d'intervenir au plus près des personnes âgées socialement fragilisées demeure une préoccupation majeure pour les acteurs institutionnels et associatifs. L'accès aux soins est central dans les

²² La loi de financement de la Sécurité Sociale de 2018, a introduit via son article 51 un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur de nouveaux modes de financements.

politiques publiques de santé et fait partie du projet de santé du territoire. À ce titre il est abordé dans les axes de travail des CPTS. Ainsi, dans les territoires de notre action, des établissements de soins, tels que certaines MSP se spécialisent pour la prise en charge des personnes en situation de précarité, ou qui n'ont pas déclaré de médecin traitant. Pourtant, quand le parcours social et de santé nécessite un accompagnement *ad hoc*, pour que l'ouverture des droits, l'accès aux soins soit effectif, ce sont souvent les relations informelles qui permettent de faire des orientations pertinentes, réussies. Ce qui questionne donc l'ensemble de la démarche de coordination. Par l'enquête, nous avons donc vérifié suite aux travaux de Henri Bergeron (2020) que la capacité des acteurs à s'organiser a été plus décisive, dans la réponse apportée territorialement, que les outils et les protocoles qui étaient à leur disposition pour la coordination. Sur ce point, nos observations rejoignent la littérature en sciences de gestion sur la gestion des crises et qui met en valeur les relations entre les mesures planifiées et centralisées, les dispositifs et les réponses de terrain (ibid.). Le confinement, la peur de la contamination, pour soi et pour autrui, l'organisation du télétravail s'agissant des outils techniques et des aménagements des temps dédiés à la vie privée et professionnelle, ont conditionné la capacité de réaction, en limitant les rencontres, les échanges. Ces limitations ont pourtant donné des exemples d'autonomie retrouvée. Ainsi, face à des outils numériques standardisés et pensés pour la communication en coordination (comme les messageries sécurisées, les services numériques de coordination) ce sont les applications téléphoniques informelles (WhatsApp) et les réseaux sociaux qui ont été à l'origine de coordinations professionnelles. Et, aussi source de partage d'informations précises sur l'état de l'épidémie dans des bassins de santé, à l'échelle d'un quartier, d'un parc social, d'une résidence. Les réorganisations des tâches professionnelles, qui ont permis le maintien d'accueils sociaux territoriaux, associatif, les aménagements des horaires et des conditions, qui ont permis l'adaptation des services proposés à domicile (centrées sur l'accompagnement psychologique et de confort moral, de sociabilité) en dehors des dispositifs habituels d'évaluation et de mise à jour des besoins, a constitué une force dans la prise en charge de la crise au niveau local. Les actions d'informations directes, d'« aller-vers » (communications téléphoniques directes avec les bénéficiaires, affichages dans les halls des immeubles, numéros téléphoniques de permanence) ont précédé à la mise en place de lettres d'informations (souvent numériques) institutionnelles.

9. 2 Revalorisations des actions conjointes avec des publics exclus des approches collaboratives

Le vieillissement en bonne santé et la lutte contre la dépendance sont des sujets centraux des politiques publiques et accompagnent une bipolarisation des représentations du vieillissement. D'une part des seniors dynamiques au vieillissement réussi, et de l'autre, des personnes âgées dépendantes constituant un poids dont il faut gérer les coûts (Collinet et Tulle, 2018). Pendant longtemps l'image de la vieilleuse était antinomique de la participation sociale. De nos jours, les théories sociologiques du désengagement dans l'avancée en âge reculent à la faveur d'un modèle conceptuel de vieillissement en santé, où, la participation sociale y est promue, tant pour ses liens avec la santé, qu'avec une plus grande démocratisation de la société (Raymond 2008). Tout au long de notre travail nous avons vu que les interactions sociales dans les milieux de vie sont essentielles à la promotion de la santé et, que les environnements à domicile, sociaux et de quartier sont bien connus pour avoir une incidence sur la capacité de vieillir et la qualité de vie (Goodridge et al., 2017). De plus, le parcours de vie, les caractéristiques sociales (milieu social, sexe...) pèsent énormément sur l'engagement dans des activités nouvelles, de promotion de la santé (Henaff-Pineau, 2014) de citoyenneté ou en lien avec le numérique. De ce fait, plus l'environnement social des personnes âgées est riche, plus elles auront de chances d'être en meilleure santé. Ainsi, notre dispositif d'enquête semble avoir fait émerger un mode de co-recherche via l'analyse du récit, pour mieux comprendre les dimensions de la participation des aînés en situation de précarité économique. Une approche à deux niveaux peut donc être abordée pour comprendre la dynamique de participation de ces publics. Tout d'abord, au niveau méthodologique, concernant la mise en place de formes innovantes de co-recherche qui développent un processus de recherche avec les aînés. Puis, au niveau opérationnel, en mobilisant les personnes âgées (résidents en logement autonome ou en institution) afin qu'ils participent à la verbalisation de leur santé, de leurs expériences en santé. À notre connaissance aucune recherche avec des personnes âgées en situation de précarité économique habitant en QPV n'est publiée. Au vu de l'état des lieux de la littérature et de l'ancrage contextuel de notre recherche, nous proposons une étude originale, construite, dans la narration, avec les personnes âgées, et qui vise à observer l'impact de la téléconsultation dans leurs soins, et la perception qu'ils en ont. Notre étude, en se concentrant sur les personnes âgées en situation de précarité et habitant dans les QPV a permis d'intégrer dans son déroulé les personnes les moins

représentées dans les recherches, à savoir les personnes âgées « *invisibles* ». Nous avons interrogé ces personnes au sujet de leurs comportements en santé et par extension, leur expertise d'usage du territoire. Cela a permis, d'une part, de déterminer un terrain d'enquête fortement représentatif des enjeux que nous nous proposons de traiter, et, d'autre part, de nouer des partenariats forts avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du QPV dans lequel notre étude s'est déroulée. Ce faisant, notre étude a pu s'inscrire dans le sillon des recherches appliquées.

Notre travail rejoint donc les préconisations de la littérature s'agissant de l'accompagnement de la réflexion politique et de sa définition territoriale sur l'adaptation de la société au vieillissement. Et, plus particulièrement, afin d'approfondir les recherches au sujet de l'ordre dans lequel différentes formes de désavantages (individuels et territoriaux) se développent et influencent l'enracinement de la pauvreté et la retranscription sous-cutanée de celle-ci.

9.3 L'analyse des récits comme lieu et vecteur de production de connaissances

Tout d'abord, je souhaiterais aborder mon ressenti en tant que chercheuse vis-à-vis du recueil de récit que ce travail m'a permis de faire. Je parlerai donc ici à la première personne du singulier étant donné le caractère personnel de ces réflexions.

La conscience que j'ai eue de l'importance du recueil du récit s'est imposée à moi au fil des partages des expériences de téléconsultation et de consultation. Certes, mon positionnement épistémologique m'avait permis de préférer ce dispositif à l'utilisation d'un questionnaire, néanmoins il avait été pensé comme un outil de production de données. Les premiers entretiens ont coïncidé avec la mise en place du premier confinement et bien que la discussion portât sur le soin, très vite les échanges se sont éloignés de ce sujet pour s'ouvrir à des considérations plus larges, au sujet du quotidien. Ceci est un phénomène habituel, pensais-je, que l'on peut retrouver dans tous les échanges conviviaux, amicaux de notre vie de tous les jours. Néanmoins, les semaines passant, les conversations glissaient depuis la vie domestique vers des considérations au sujet des changements que nous étions, tous, en train de vivre et de ce que ces changements provoquaient en nous. Au fond, les récits des premières téléconsultations ne sont pas apparus tout de suite, ils se sont manifestés au bout de deux semaines à peu près, ce temps a été le temps de la prise de conscience et de l'organisation du confinement. Ainsi, quand la téléconsultation a commencé à être présente dans les récits, elle est arrivée déjà chargée

de ressentis et de vécu lié à la pandémie en cours. De plus, il est à noter que la téléconsultation m'était racontée par téléphone, un acte de soin à distance raconté donc au moyen d'une discussion à distance, quel paradoxe ! La téléconsultation n'a donc jamais été vécue comme étant une pratique neutre, tant l'environnement dans lequel elle s'inscrivait était chargé de sens. Soit elle représentait l'échappatoire vis-à-vis d'une morne routine, soit un point d'ancrage contre l'angoisse d'un quotidien vide, ou tout simplement une occasion de parler. Dans tous les cas, les récits, tels qu'ils m'ont été racontés, étaient colorés par la subjectivité du moment vécu tant s'agissant de mon interlocuteur que de moi-même. J'ai dit, dans le chapitre 3, que le processus d'enquête et l'action collective engagée au sein de celle-ci étaient nés d'un besoin de production de connaissances par les professionnels qui m'ont accompagné dans ce chemin, pour comprendre les changements en cours. Ceci est aussi vrai du côté des personnes âgées que j'ai interviewées. Ainsi, ce que je pensais être un recueil de données s'est transformé en une production à deux (la personne et moi-même) de données ayant pour but de construire collectivement le sens de la période que nous étions en train de vivre. Tout d'abord, j'ai eu la chance de pouvoir m'entretenir avec des personnes pour lesquelles l'Histoire s'était inscrite dans leur vie au travers des années vécues. Ainsi, cette recherche de sens s'est d'abord faite par comparaison, par similitudes historiques entre la période en cours et des périodes plus anciennes, qui tendaient à pondérer la gravité du moment présent exemple (je ne donnerai pas ici la référence de la téléconsultation ou de la consultation, car ces éléments n'ont pas été codés dans le but de les analyser et ne peuvent pas être retrouvés dans notre matrice fournie en annexe) : « (sur un ton excédé) *j'entends dire que les fêtes de Noël de cette année ne vont pas être bien, elles vont être tristes, c'est sur... mais je peux t'assurer que la Noël "43 n'était pas non plus une partie de plaisir* ». « *J'ai relu La Peste* (en référence à la période que nous vivions) *de Camus, mon regard a bien changé depuis que je l'avais lu plus jeune !* ». « *Bon, on se plaint qu'il faut rester chez soi, mais quand j'étais enfant, quand on était malade on restait à la maison aussi, sans faire de scandales !* ».

Puis, en revivant des sensations associées à des moments de vie que les personnes pensaient avoir oubliées. Pour certaines, la réélaboration de ces émotions les a accompagnées pendant cette période en leur permettant de porter un regard nouveau sur leurs souvenirs « *Tu vois, il n'y avait plus de pain de mie au supermarché quand je suis arrivée, l'image de maman qui revenait les mains vides à la maison m'est revenue*

brusquement. À l'époque ça m'énervait, maintenant j'ai pensé, qu'elle était bien courageuse alors que nous étions petits. Moi je suis seule et vieille maintenant, ce n'est pas grave ». « Alors, je vais te dire, j'ai bien rigolé, aux informations on a montré tous ces Parisiens qui courent à la gare Montparnasse pour quitter Paris, comme s'il y avait le feu ! En 1940 papa était au front, maman m'a pris moi et mon petit frère et on a fui Paris, à pied, on s'arrêtait là où on voulait bien nous accueillir. C'était moins confortable que le Tgv ! ». Ou encore, « Mais tu sais qu'en 50 ou 60 il y avait eu une autre épidémie, asiatique ? oui, mais on s'en était sortis, mon frère l'avait attrapée. Tu vois, tout passe, et si on a résisté à tout ça, toi aussi, tu verras. ».

Ensuite, par la mise à distance avec la situation vécue du temps : *« On nous dit de rester chez nous pour notre bien, mais je n'ai plus 20 ans ! Si on nous garde à la maison encore plus, je finirai par ne plus ressortir ». « Il faut rester chez nous, parce que si on attrape le virus, on peut mourir. J'ai 85 ans, je ne suis pas sûre que ce virus va me tuer, mais ce qui est sûr c'est que je vais mourir de ça ou d'autres choses, alors bon ! ». « Tu sais, ma petite fille va naître dans les jours prochains, quelle angoisse pour ma fille ! comment va-t-elle faire pour accoucher ? Et qui sais si je pourrais aller la voir ! ». Cependant, le temps passé à la maison dans une forme d'isolement a eu également des effets plus néfastes, qui se sont caractérisés par des troubles anxieux, mieux connus sous le nom de « syndrome de la cabane » que nous illustrons ici : « Non, tu sais je ne peux pas venir, je ne peux pas sortir de la maison, ça peut être dangereux pour moi. Tu sais que je suis allée me promener aux Buttes et des enfants jouaient à côté de moi sans leurs masques, tu y crois, toi ? J'aurais pu mourir à cause d'eux ! » ou encore « J'étais bien, j'avais ma musique, mes films, mes apéros Zoom, mon verre de vin... je n'avais plus envie de sortir ».*

La recherche de points de repères historiques, la recherche d'émotions vécues et l'appropriation du temps ont été des éléments clés autour desquels les personnes ont construit le sens à donner à la période en cours. Le récit de la téléconsultation ne vient qu'après. J'ai été surprise par l'enthousiasme avec lequel ma proposition de raconter la téléconsultation a été reçue. En effet, beaucoup de personnes m'ont remerciée de leur avoir donné la possibilité de s'exprimer au sujet de cette nouvelle pratique, de leur permettre de donner leur avis, de dire comment elles l'ont vécue. Ce faisant, les participants m'ont dit qu'ils avaient l'impression d'avoir de l'importance pendant cette période inédite. Dans certains cas, l'écoute du récit de la téléconsultation pourrait être vue comme thérapeutique elle-même. En effet, sans faire un tableau sombre des situations qui

m'étaient rapportées (elles ne l'étaient pas dans la très grande majorité), je dois cependant, par honnêteté vis-à-vis des personnes qui ont accepté de déposer auprès de moi leurs histoires, raconter à mon tour celles qui étaient les plus marquantes. Ces récits « extrêmes » et minoritaires n'ont pas de valeur générale, statistique, ils n'ont pas fait partie de notre analyse. Néanmoins ces histoires disent quelque chose des risques inhérents à l'éloignement physique dans le soin, notamment pour des personnes ayant plusieurs pathologies chroniques, aiguës, physiques ou psychiques. Je synthétise ces situations autour de deux thématiques, la maladie et la mort.

Au sujet de la maladie « *Cela fait 5 jours que j'ai 39 de fièvre, je m'excuse, mais j'ai du mal à parler (temps de pause long)... mon mari aussi est malade, mais moins (temps de pause long). Mon médecin a voulu voir comment je respirais par téléphone, mais il ne pas visitée. Il m'a dit d'appeler le 15 si ça ne va pas.* » Le mari de cette personne pourra alerter les secours quelques heures après. En détresse respiratoire sévère, la personne sera placée le lendemain de cette conversation en coma artificiel. Elle y restera 1 mois et s'en sortira miraculeusement, sans séquelles. Ou encore. « *J'ai fait deux téléconsultations à distance de 10 jours l'une de l'autre. La première on m'a dit de rester chez moi et de prendre du Doliprane, la deuxième de rester chez moi et de prendre du Doliprane aussi, mais de me surveiller... et si je n'arrivais plus à respirer il fallait que j'appelle le 15. Mais, si j'arrivais plus à respirer, comment pouvais-je faire pour appeler ? J'ai cru que j'allais mourir. Heureusement que les pompiers sont venus me chercher* ». Enfin « *Au bout de la deuxième fois qu'on me disait de prendre du Doliprane, je continuais de tousser énormément, j'avais les lèvres cyanosées et je crachais beaucoup... J'ai pris ce qui me restait comme force et je suis allé dans un centre Covid. Heureusement qu'il y avait un pneumologue, ils m'ont fait un scanner et ils ont vu que j'avais une pneumonie bilatérale interstitielle. Le médecin m'a dit que si j'attendais encore un peu avant de venir, il n'aurait rien pu faire pour moi.* »

Au sujet de la mort. Je retranscris ici des passages du récit. Ces passages sont entrecoupés de questions, mais pour faciliter la lecture je n'ai rapporté que les réponses. « *Mon mari était vieux, il avait plusieurs maladies (...) du diabète, de l'hypertension et il avait fait un AVC il y a deux ans. Oui, ça allait (...) oui, il s'en était sorti. Bref, il a commencé à ne pas être en forme, il était fatigué, mais ça, vu son âge et tout le reste... alors on a laissé passer deux jours. Après on est allé consulter un médecin. Il lui a prescrit des analyses de sang. On devait aller les faire le lendemain. (...) Sauf que ça s'est aggravé. Ben, il*

toussait beaucoup. On a fait une visio avec la remplaçante du médecin, qui nous avait prévenus qu'il partait le lendemain en congé, je crois. Et qui a dit qu'en attendant les résultats de la prise de sang, il pouvait prendre un sirop pour la toux. On est allé faire les examens (...) non, en taxi. Mais au laboratoire ils nous ont dit d'aller aux urgences quand ils ont vu mon mari. Bref, il avait un..., aux poumons.. emphysème pulmonaire, il est entré le samedi à l'hôpital et il est mort le mardi. Alors tu vois, il serait sans doute décédé quand même avec toutes ces maladies hein, la médecin remplaçante n'y est pour rien, elle était vraiment très mal quand elle a appris ce qui s'est passé, je ne lui en veux, pas ce n'est pas de sa faute. Mais si à ce moment-là on avait visité mon mari, peut-être qu'il aurait eu plus de chances de survivre. Je ne ferais pas d'autre téléconsultation. »

Au travers de l'ensemble de ces témoignages, j'ai pu voir la complexité du sujet que j'ai fait le choix d'aborder et la richesse de la narration tant comme outil pour faire ressortir des données que comme principe pour faire émerger des connaissances collectives. Dans ces derniers récits, la téléconsultation est dissociée du médecin qui la pratique. Les personnes âgées n'ont pas témoigné leur manque de satisfaction vis-à-vis du corps médical, bien au contraire, ils ont fait preuve d'empathie vis-à-vis d'eux. Ils ont mis à distance cette nouvelle pratique de ce qu'ils conçoivent comme un soin.

Puis, promouvoir un mode de résolution des litiges par la médiation en santé, co-construire l'effectivité des soins à partir des représentations des usagers, des patients, et donc analyser systématiquement les témoignages, les motifs du mécontentement ou de la pertinence, accompagner les évolutions des systèmes de santé qu'elles soient organisationnelles ou bien qu'elles reposent sur des innovations technologiques, l'expérience du patient est au cœur de tous ces axes de promotion de la santé, de la recherche de qualité également. S'agissant de l'utilisation de la narration en sciences de gestion et en management. Notre travail à ce sujet a permis de clarifier/un point important du recueil du récit, en effet, interroger le vécu, la perception, du service nous a permis de mieux comprendre le contenu du service produit dans le cadre du soin et particulièrement pour l'utilisation du numérique en santé. Nous voyons une différence avec le glissement du principe de patient vers celui de client (Batifoulier 2013, Zaghmouri 2022) parfois associé à l'expérience des patients. En effet, notre expérience nous a permis de voir qu'il ne s'agissait pas dans le recueil du récit d'identifier des besoins et des attentes en effet les services reçus ne relèvent pas de la sphère commerciale ou marchande, mais d'un accompagnement global et sur mesure de la personne tout en étant encadré par une

éthique et des normes professionnelles. Ainsi ces récits acquièrent une valeur générale, et particulièrement dans le secteur de la gérontologie et permettent de faire ressortir les nuances présentes dans la relation qui se nouent autour du soin. L'identification de la chaîne des valeurs du soin dans l'analyse du récit telle que nous l'avons pratiquée n'est donc pas en lien avec une recherche d'amélioration du service, d'amélioration organisationnelle, d'exigences qualité ayant comme objectif celui d'un soin « sans gaspillages » (*lean healthcare*) et qui s'inscrit dans une démarche de résolutions de problèmes. Mais l'analyse des récits tel que nous l'avons pratiquée, en relation avec la médecine narrative, constitue l'élément qui permet d'identifier, de nommer un trouble existentiel qui donne lieu à une recherche de problématisation. Aussi, s'agissant des perspectives managériales pour lesquelles la narration est envisagée, elles ne nous paraissent pas de nature à synthétiser notre démarche. En effet, bien que nous ayons observé l'organisation territoriale de santé et la téléconsultation, la mobilisation du récit était envisagée par nous comme un outil nous permettant de comparer, à partir des perceptions individuelles, deux pratiques de consultations dans un environnement en construction. Nous notons cependant des similitudes entre notre positionnement vis-à-vis des méthodes d'action publiques basées sur les preuves (*Evidence Based Policy*) s'agissant de la santé et particulièrement lorsqu'elles s'appliquent à des populations fragiles et les perspectives managériales processuelles et post-modernes. En effet, nous avons mobilisé la narration comme étant une source de données, elle a donc été révélatrice d'un climat non pas organisationnel, mais d'un positionnement, des participants de notre étude vis-à-vis de la téléconsultation. Notre positionnement peut être alors envisagé à l'aune de la perspective narrative processuelle en management, car nous souhaitons décrire le processus et le contenu de ce que produit la téléconsultation et le numérique en santé dans une approche de co-construction de la réalité en train de se faire. Mais il peut aussi être envisagé au regard de la perspective post-moderne. Par le recueil du récit, nous avons donné de la voix à toutes les voix, même celles qui ne participent pas aux processus d'élaboration des plans gérontologiques et qui sont les moins visibles dans l'espace public. Notre recueil du récit a donc respecté les fondements de la narrativité et ceux-ci ont permis de faire émerger, au niveau du temps, tout d'abord l'importance du temps accordé à la consultation (et donc à la téléconsultation) il est apparu, en accord avec la littérature (Grimaldi, Caillé, Pierru et al., 2017) comme étant un axe indispensable pour la relation thérapeutique, le soin. Mais également pour la mise en place et le renforcement

de la confiance, tant dans le support numérique de la consultation que dans la relation au médecin, encore plus quand ce dernier, lors d'une téléconsultation, n'était pas le médecin traitant. Puis s'agissant de la singularité, nous avons pu faire émerger l'unicité de chaque histoire, de chaque maladie. Bien que les symptômes et la thérapeutique soient communs à plusieurs pathologies, chaque récit de téléconsultation était unique. Tant dans la façon de le dire, que dans ce que la personne nous transmettait comme subjectivité que dans la façon de recevoir le soin. Nous notons un élément intéressant, qui est que le recueil du récit s'est déroulé à distance, par téléphone, comme le vécu de téléconsultation. Néanmoins, pour chaque personne, cette relation proche à distance, a été possible. Nous n'avons pas observé de difficultés au niveau du partage du récit par le téléphone. Cependant, nous avons pu observer que dans plusieurs cas (4 au total), cet échange téléphonique a eu besoin de se poursuivre, soit par des rencontres physiques différées dans le temps, soit par l'envoi de documents, de réflexions, d'articles de journaux par voie postale. Au niveau de la causalité et de la contingence, nous avons pu mettre en avant qu'entre les récits de deux consultations pour un même symptôme, le diagnostic, l'approche thérapeutique, était à chaque fois adaptée à la situation individuelle, à l'environnement de la personne. Dans ce cadre aussi, la compréhension de la situation que le médecin a eue, est dépendante de l'environnement de la personne. Puis, au niveau de l'intersubjectivité, nous avons pu observer la co-construction de la relation et du récit. Le niveau d'écoute du chercheur amenait le patient à se livrer selon des formes variées. En fonction de la relation qui se construisait tout au long du récit, de nouveaux détails, des mises en relations, ou bien des réticences à se raconter pouvaient apparaître. Enfin, le dernier fondement de la narrativité, l'éthique. Nous sommes entrés dans l'intimité des personnes qui nous ont accueillies (au sens figuré, car le Covid-19 ne permettait pas de se rencontrer), nous avons gagné la confiance par notre démarche transparente, respectueuse dans le recueil et l'analyse des récits. J'ai moi-même présenté cette démarche à toutes les personnes qui ont bien voulu participer à notre enquête. J'ai expliqué le sens de mon engagement de cette recherche et plus largement dans la thèse. Ainsi donc, la narrativité devient un espace dédié, une source à la base de réflexions pour la mesure des effets produits d'une politique publique, ici le numérique en santé, sur la santé des individus. En ce sens elle s'éloigne des approches de management de la santé transposées au secteur des soins et devient la porte d'entrée dans le processus de « gouvernance de la connaissance » (Lorino 2007). Le vieillissement de la population,

l'essor des maladies chroniques, la démographie médicale interrogent, comme nous l'avons illustré tout au long de notre manuscrit, l'activité collective de l'organisation territoriale de santé. Au travers de notre revue de la littérature, nous avons pu observer que ces enjeux sont abordés en sciences de gestion et en santé publique au travers des principes d'actions fondés sur l'intervention managériale (selon le modèle du *management by design*). Dans ce cadre, le numérique en santé et la téléconsultation sont envisagés comme des outils managériaux qui apportent des solutions à ces enjeux. Néanmoins, si la littérature en sciences de gestion nous renseigne au sujet de la standardisation des pratiques gestionnaires et médicales qui sous-tendent la santé numérique et la téléconsultation, et la littérature médicale nous renseigne au sujet des améliorations cliniques que permet la télémédecine, les limites de ces approches portent sur ce qu'elles ne nous renseignent pas ou de façon trop ciblée au sujet de l'activité collective nécessaire à la réponse à ces enjeux, et que le numérique en santé et la téléconsultation intègrent dans leur modèle. C'est donc l'ambition de produire des connaissances pour contribuer à réduire cette absence qui est au cœur de notre travail. Le recueil du récit d'expérience auprès des personnes âgées a permis de faire ressortir un fonctionnement collectif transversal pour que la téléconsultation puisse avoir lieu et être efficace. Ainsi la réorganisation des réseaux de soins entre professions paramédicales, médicales et médico-sociales pour répondre à la pénurie des lieux de soin lors du premier confinement et « aller-vers » les personnes en situation de renoncement aux soins, l'entraide informelle apportée par les acteurs de santé de proximité aux personnes âgées à leur domicile (aides à domicile, gardiens, pharmaciens...) sont des exemples de ces fonctionnements qui évoquent un modèle de gestion par les communautés. Pourtant, notre étude du fait de la nouveauté du phénomène qu'elle a observé, du fait de l'innovation que peut représenter la téléconsultation par rapport à la consultation classique n'a pas pu a priori identifier des activités communes de téléconsultation, ainsi cette absence n'a pas permis de définir clairement des communautés de pratiques.

Conclusion du chapitre 9

Dans notre travail, la narrativité a été un instrument qui a permis de médiatiser l'enquête, elle a été conçue comme étant un support d'interprétation et de construction de sens. Le recueil et l'analyse des récits ont été le langage qui nous a permis d'étudier les évolutions

qu'apporte la téléconsultation dans le soin et dans l'organisation territoriale. Ceci a incarné une mise à distance du contexte immédiat à travers l'abstraction de la parole. Ce faisant, nous avons pu nous concentrer sur le « comment » des changements proposés dans le cadre des nouvelles technologies en santé et contribuer à la construction d'une intelligibilité mutuelle entre acteurs (professionnels de santé et patients) radicalement différents dans leurs métiers, dans leurs rapports au numérique... Ce regard impose à chacun une prise de recul et contribue à l'effort de réflexivité sur les évolutions du soin, et sur le rôle du numérique dans ce cadre.

Enfin, la narrativité a permis l'émergence de communautés de pratique au sujet du numérique en santé et de la téléconsultation qui ont dépassé notre questionnement initial (à savoir ce que produit la téléconsultation en santé) pour répondre à une mission plus ambitieuse d'innovation organisationnelle. Celle d'inventer, d'imaginer et de tester de nouvelles formes de coopération dans l'organisation territoriale de santé qui permettent de repenser le processus de production du soin au travers d'une redistribution des rôles, qui peut déboucher sur la création de nouveaux métiers de la médiation en santé, dans une action intégrée et conjointe de l'environnement social, médico-social et sanitaire du patient. Au centre de laquelle le recueil du récit du soin, du parcours de santé, la narrativité est le prisme par lequel évaluer l'impact du soin et de l'organisation du soin sur la santé des individus.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En interrogeant la littérature, ce travail a observé deux chemins distincts. Le premier véhicule une représentation idyllique du progrès technologique incarné par le numérique. C'est le fait de penser que face à l'impossibilité de mener physiquement les activités de la vie quotidienne, les nouvelles technologies vont pouvoir les suppléer (face à l'impossibilité de se rendre au cabinet médical, la téléconsultation a été proposée comme remède), comme cela a été le cas lors des confinements de 2020. Notre travail s'est déroulé à une période où la téléconsultation (mais plus largement les outils technologiques) a été associée à l'idée que le progrès technologique était la bonne réponse aux nécessités fondamentales de nos vies quotidiennes. Cette conception de la technologie peut intervenir de manière décisive sur le fonctionnement des sociétés humaines en produisant un « *homo novus* » (ou « *homo numericus* », selon l'expression de Daniel Cohen (2021)) émancipé des barrières physiques et géographiques (Castells, 2001), affranchi des exigences du quotidien et plongé dans une rationalité technologique rassurante. Face aux difficultés et aux inégalités d'accès au numérique, cette vision paraît cependant hasardeuse. Le développement des nouvelles technologies, et notamment du numérique, a une naissance double. Son essor à partir du rêve hippie des pionniers, Wozniak, Jobs (Cardon, 2019) contenait également les racines d'une dystopie. Celle-ci prenant forme dans l'imaginaire collectif par une surveillance globalisée et permanente sur internet, à rapprocher de la société de contrôle à l'œuvre dans 1984 d'Orwell. Le chemin du progrès technologique associé aux exigences du quotidien nous montre que les nouvelles technologies numériques modernisent le cadre dans lequel ces activités s'inscrivent, mais que leurs principes demeurent également conformes à ceux du passé. Le second chemin est celui plus neutre, au sens qu'il n'est pas un soutien ou un opposant idéologique de la technologie, de la « science humaine des techniques » (Desjourns, 2014). La numérisation des services publics, surtout celle qui concerne la santé, interroge les dispositifs technologiques dont nous disposons pour en bénéficier. Tout au long de notre thèse, nous nous sommes donc demandé comment appréhender ces médiations. Ce faisant, nous avons envisagé le concept de la technologie en santé en l'associant à la vision qu'en ont les patients à partir de leurs représentations de la santé. Or, s'il est possible de concevoir, l'action que l'homme joue sur la technologie, puisqu'il en est à son origine, l'action que joue la technologie, et dans notre cas les outils technologiques

en santé, sur l'homme est plus énigmatique. Quelle est la nature de ces interactions, que produisent-elles ? Penser une interaction dans ces deux sens suppose donc une mesure commune entre les outils technologiques et l'homme. Mais comment faire émerger cette mesure si l'action de l'homme est souvent réduite à son comportement vis-à-vis de la technologie, c'est-à-dire à la façon dont il opère (ibid.), et ceci au détriment du vécu de l'individu ? Justement, notre thèse montre que le soin, et plus précisément l'acte médical qui se noue dans le cadre du colloque singulier, se définit par la mise en relation d'actes techniques, accompagnés parfois d'éléments technologiques, et des relations humaines portant sur le sens et le vécu attribué au soin reçu. Ces nouvelles technologies en santé ont la télémédecine pour clé de voûte. Au cours de son développement, la télémédecine a été tour à tour une nébuleuse de courants théoriques, une incubatrice d'innovations, et un socle pour les politiques publiques de promotion du numérique en santé. Au début des années 2000, les débats scientifiques dans la sphère médicale portent sur la nature de la télémédecine. Était-elle un acte médical ? Dans ce cas, par qui cet acte pouvait-il être prodigué ? Dans quels contextes ? Ou bien était-elle un acte relevant du bien-être et du conseil en santé ? Fallait-il alors l'associer au cadre normatif et juridique du commerce ? Et encore, au vu de sa nature immatérielle, à distance, comment l'associer à l'e-commerce ? Selon que la nature de cette pratique est de santé ou commerciale, c'est toute une vision du soin qui se développe autour de la téléconsultation. Concrètement, les premiers échanges entre professionnels de santé à distance par des télécommunications ont petit à petit laissé la place à l'intégration des technologies de la communication parmi les instruments de soins. Ces derniers ont commencé à embarquer à l'intérieur d'eux des dispositifs d'évaluation et de transmission, pouvant effectuer un geste technique (par exemple la chirurgie et les interventions assistées par ordinateur) et renseigner au sujet de la performance du geste effectué. Ils aboutissent à la possibilité de consulter sans toucher le patient, par téléconsultation (par exemple dans des cabines de téléconsultation). Sur l'ensemble de ces éléments théoriques et pratiques, les politiques publiques de santé placent le numérique au cœur de la modernisation de l'action publique.

C'est donc à partir de ce contexte, où plusieurs enjeux se croisent (l'évolution épidémiologique, l'essor des nouvelles technologies, y compris en santé, la dématérialisation des services publics) avec un événement inattendu, celui de l'épidémie de SarsCov-2, que notre problématique s'est dessinée.

En effet, les avancées technologiques ont toujours accompagné la médecine. Elles ont contribué à faire de l'art médical une discipline scientifique. Cependant, historiquement, ces innovations technologiques ont été le fruit de cliniciens, avec des instruments à leur main. De nos jours, nous voyons de plus en plus que l'innovation en technologie médicale se positionne entre les hôpitaux et les écoles d'ingénieurs. Ce phénomène est renforcé par l'arrivée de la santé connectée, les praticiens devenant alors des éléments de la technologie. Ce terme recouvre un vaste domaine d'applications des technologies de l'information et de la télécommunication au service de la santé. D'ailleurs, la gestion de la crise du Covid-19 semble indiquer que l'utilisation des *big data* et des technologies de télémédecine se renforcent.

Cette thèse est partie de la nécessité d'appréhender ces dynamiques depuis la théorie des organisations. En médecine, certains décrivent la naissance de deux typologies de professionnels de santé, le « médecin artisan » qui fonde sa pratique sur un modèle constructiviste, avec des principes descriptifs, où nous retrouvons l'idée de maladie comme fait social, ainsi qu'une lecture relativiste du pathologique et le « médecin ingénieur » qui, en revanche, fonde sa pratique sur des principes normatifs et sur la pratique d'une médecine basée sur des faits. En sciences de gestion, le glissement du monde de l'artisan, auteur et utilisateur des machines, à celui de l'ingénieur (donc du clinicien) devenu une ressource au service de l'organisation industrielle, est également analysé comme un phénomène structurant dans l'ensemble des domaines de la vie humaine, et particulièrement dans le cadre de l'accompagnement des personnes les plus fragiles, dans les Ehpad par exemple (Maclouf, 2018). L'observation de ces dynamiques au sujet de la téléconsultation nous amène à explorer les transformations induites par ces forces dans la production de la santé, et plus précisément nous avons essayé de voir comment la téléconsultation participe à modifier les organisations de santé, en particulier les soins de premiers recours, et comment elle s'incarne dans l'examen clinique.

Dans ce contexte, notre objectif de recherche a été de regarder ce que la téléconsultation produit dans l'examen clinique et dans l'organisation des soins de premier recours, s'agissant de la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans.

Pour cela, notre recherche a abordé les questions suivantes :

Est-ce que la dématérialisation des démarches administratives alimente le numérique en santé ? Comment est-elle vécue dans les territoires ? Comment la téléconsultation et la consultation se situent l'une par rapport à l'autre, qu'on-t-elles en commun ? Et que les

différencie-t-elles ? Pour répondre à ces questions et mieux délimiter la portée de nos observations, nous avons procédé à deux études qui se sont déroulées en deux temps distincts. Chaque étude éclaire un versant spécifique de notre question de recherche.

Le premier temps a été celui de la préparation de la thèse, avant l'apparition du Covid-19, c'est-à-dire l'année qui a précédé l'inscription administrative en première année de doctorat. Pendant cette période, nous avons voulu comprendre et identifier les enjeux émergents que la numérisation des services publics était en train de produire. Pour ce faire, nous avons pu, dans le cadre des permanences administratives proposées par la structure qui finance notre thèse, mener des entretiens informels auprès des personnes accompagnées pour mieux comprendre leurs besoins en accompagnement nécessaire afin de solliciter ces services. La dématérialisation des accès aux services publics tels que la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), Ameli, Pôle Emploi, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) au travers de plateformes numériques est apparue comme étant la première cause de recherche d'accompagnements. L'ensemble des entretiens et des échanges ayant eu lieu lors de cette première partie entre les bénéficiaires des accompagnements et l'investigatrice principale (l'auteure de cette thèse) nous a permis d'une part de répondre à notre question spécifique et ainsi de voir comment, la dématérialisation des services publics a été une étape importante dans le processus de numérisation des services en santé. Et, d'autre part, d'élaborer le contexte dans lequel notre thèse s'est inscrite ainsi que de développer notre question de recherche.

Le deuxième temps a été celui de l'exploration, c'est-à-dire de la construction de notre terrain de thèse principale, ainsi que de notre approche théorique. À la suite de la littérature en santé et en sciences de gestion qui s'intéresse aux modifications que la téléconsultation apporte dans les pratiques de soins, nous identifions l'examen clinique comme étant le lieu de rencontre entre les intérêts gestionnaires en santé, au vu du rôle central que l'examen clinique joue dans le développement des parcours de santé et de soins. Ainsi, nous développons un cadre théorique original, qui met en relation les sciences de gestion et l'épistémologie médicale. En effet, nous mobilisons les sciences médicales dans ce qu'elles définissent comme étant les dimensions représentatives de l'examen clinique. Les trois dimensions des connaissances habituellement utilisées pour caractériser l'examen clinique sont : les interactions humaines (Human Interaction In Clinical Context), les interprétations (Clinical Judgement), la philosophie clinique (Clinical Phylosphy). Pour identifier les éléments clés, dans chacune de ces dimensions,

susceptibles d'être touchés par la pratique d'un examen clinique en téléconsultation, nous avons associé à ces dimensions celles qui sont mobilisées pour observer les connaissances qu'apportent à la santé les nouvelles technologies :

– les gestes, c'est-à-dire ce qui permet dans l'acte médical le recueil des données de base (observations, interventions)

– les représentations, c'est-à-dire les connaissances médicales qui permettent de traduire en informations les données recueillies

– les émotions c'est-à-dire tout ce qui relève du « facteur humain » tel que la gestion des émotions, la réaction émotionnelle du praticien et du patient face aux situations de soins.

Utiliser la structure — gestes-émotions-représentations nous a permis d'opérationnaliser les dimensions représentatives de l'activité clinique et donc de pouvoir les observer.

Puis, nous avons mené notre enquête dans les Quartiers Politiques de la Ville (QPV). Ce terrain présente le double intérêt de s'inscrire dans un territoire où l'offre de santé est faible comparée aux autres arrondissements parisiens et où les attentes de téléconsultations sont importantes de la part des réseaux et des professionnels de santé. De plus, ces territoires à la géographie prioritaire accueillent des personnes plus âgées et en moins bonne santé que dans les autres quartiers de Paris. Aussi dans ces quartiers plus qu'ailleurs, le vieillissement se vit en situation de précarité sociale et, ou économique.

Notre démarche scientifique s'inscrit dans un cadre de réflexion abductive. En effet, nous portons notre attention sur la situation d'énonciation de l'expérience de téléconsultation par le patient. Nous posons notre regard davantage sur le langage de ce dernier et sur la logique de son discours, plutôt que sur une attente de réponse à des questions définies. Par cette posture, plutôt que de rapprocher la parole à un modèle théorique prédéfini, nous avons voulu favoriser l'expression des compétences et des connaissances ainsi que la possibilité de description d'une situation par les détenteurs de l'expérience, parfois unique, parfois multiple, de téléconsultation.

Pour l'analyse de nos données, nous avons suivi un cheminement épistémologique.

Pour mener à bien ce premier temps d'enquête, nous avons d'une part, favorisé l'expression libre des personnes, nous avons pris en note leurs témoignages, et retranscrits sous forme de *verbatim* ceux qui nous semblaient les plus éclairants au sujet de notre recherche. Et, d'autre part, nous nous sommes inspirés des approches EBM, et avons proposé une méthode de type essais contrôlés afin de voir si le type d'accompagnement proposé par les pairs permettait ou non de mieux prévenir le non-recours relativement à

un accompagnement standard. Les résultats statistiques de notre étude n'ont pas permis de conclure à la supériorité de cette approche, alors que, les témoignages, la satisfaction, et l'*empowerment* des personnes ayant participé paraissait au contraire nous indiquer son intérêt. Cette observation ainsi que le cadre général que cette étape a permis de mettre en valeur a été le début de la construction de notre thèse.

Puis, nous avons mobilisé la reconstruction phylogénétique. Principalement développée dans les sciences du vivant, cette pratique scientifique abductive est d'ores et déjà validée en sciences humaines et sociales, notamment les *cultural studies*. Grâce aux connexions interdisciplinaires au sein de notre laboratoire de gestion, portée par notre direction de thèse, nous avons adapté cette méthode pour la première fois au sein de notre laboratoire pour traiter une problématique de sciences de gestion. Tout d'abord afin qu'elle nous permette de hiérarchiser les partages de caractères entre les téléconsultations et les consultations. Puis, pour qu'elle nous indique le positionnement relatif des téléconsultations et des consultations entre elles. Et, enfin, pour pouvoir identifier les caractères responsables de cette organisation.

À l'issue de ces études, nous obtenons quatre résultats. Tout d'abord au regard de la dématérialisation des services publics, notre étude montre que pour les personnes âgées concernées par la pauvreté monétaire, il existe un lien entre participation à la co-construction « par les pairs » d'un parcours d'apprentissage des outils numériques et la pratique du numérique comme levier d'accès aux droits.

Cette recherche permet aussi d'observer un retentissement positif de la participation à la co-construction sur la représentation de sa relation avec l'administration publique et son environnement social en lien avec l'accès aux droits. Plus largement, nos résultats montrent une amélioration du ressenti vis-à-vis de l'accès aux droits, des relations avec l'administration publique et l'environnement social.

Puis, notre deuxième résultat est que la téléconsultation et la consultation sont différentes. De plus, les récits nous ont permis de mettre en valeur ce qui fait sens dans la consultation, ce à quoi elle est associée et qui fait d'elle une habitude. La majorité des participants de notre enquête nous ont fait part de la distance perçue entre ce à quoi ils avaient eu accès en téléconsultation et ce qu'ils reconnaissaient comme étant un « vrai soin ». Ensuite, notre troisième résultat est l'émergence de la dimension du paysage a permis d'appréhender au niveau des patients âgés les modifications engendrées par le numérique sur le terrain et notamment de prévenir une potentielle mise à distance des services publics

de santé au niveau des territoires. Les innovations médicales, ici la téléconsultation, devraient moins être vues comme la diffusion de technologies que les individus, soignants ou patients, acceptent ou non d'utiliser, que comme une transformation des relations entre les acteurs impliqués au sein d'une même activité.

Enfin, notre quatrième résultat est d'avoir pu observer que le travail des aides à domicile a évolué pour permettre notamment l'accès à la santé numérique durant la crise sanitaire. Plus précisément, il nous a été possible d'identifier deux aspects majeurs de la perception de l'aide reçue pour accéder au numérique en santé. Tout d'abord, les résultats indiquent que l'aide reçue renforce le lien de confiance, la perception de l'utilité du service, mais améliore aussi l'image que la personne bénéficiaire du service a d'elle-même par son engagement dans la relation. Puis, que l'aide reçue pendant la crise sanitaire a permis de modifier leur perception du contenu du service reçu. Notre recherche montre d'une part qu'il existe un décalage entre la définition des métiers et les expériences concrètes des bénéficiaires, et, d'autre part, que pour ces métiers l'expérience que les usagers du service transmettent des aspects concrets de l'accompagnement peut permettre d'approcher la vieillesse et le vieillissement à des valeurs qui entrent probablement dans l'attractivité des métiers. De plus, notre contribution suggère que le développement de la santé numérique est porteur de valeurs symboliques nouvelles. Ainsi la médiation numérique pour l'accès à la santé (telle qu'elle a été observée lors des confinements de 2020) pourrait contribuer à redéfinir les attributions des métiers des services d'aide à domicile en modifiant le contenu du travail et en s'inscrivant dans l'expérience du service par les bénéficiaires, source elle-même, de reconnaissance professionnelle.

Notre travail se concrétise par plusieurs apports. Tout d'abord théorique, avec le rapprochement du cadre de l'épistémologie médicale avec celui des sciences de gestion. Puis, méthodologique, en mobilisant la reconstruction phylogénétique dans une problématique de gestion. Ensuite, plus général, nos résultats nous ont permis d'observer des changements en cours associés à la téléconsultation et plus largement à l'apparition du numérique en santé. La mobilisation d'une interdisciplinarité forte entre les approches évolutionnistes et les sciences de gestion nous apparaît comme étant l'apport essentiel de notre travail. En effet, pour la première fois en sciences de gestion, il a été possible de mobiliser la reconstruction phylogénétique afin d'appréhender, de coder, des pratiques de soins. Ceci concrétise une convergence de réflexions qui a permis d'observer le processus et le contenu de l'évolution de la consultation dans la dynamique de numérisation du soin.

Ceci nous a permis de produire un nouveau regard d'un point de vue théorique et méthodologique sur la téléconsultation et sur l'activité qu'elle produit. Ce faisant c'est une nouvelle perspective que nous développons pour les sciences de gestion afin d'observer les changements en cours. La reconstruction phylogénétique en gestion ouvre donc la possibilité d'explorer la nature de ces changements.

Perspectives de recherches

Nous terminons notre thèse par un exercice de pensée. Nous imaginons, comment dans un futur, l'interdisciplinarité entre la reconstruction phylogénétique et les sciences de gestion peuvent se déployer pour aller jusqu'au bout d'une démarche d'observation d'évolution des pratiques de soin. En effet, la question de l'évolution des pratiques, des usages, est au cœur des sciences de gestion. S'agissant des technologies numériques, ce sont les processus d'implémentations, d'analyse de l'impact qui sont particulièrement étudiés (Reix et Rowe, 2002) dans les contextes organisationnels. Dans tous les cas, l'utilisation de ces nouvelles technologies modifie largement les organisations de santé et leur gestion. Au travers de la dimension humaine, centrale dans les relations de soins, il est possible de se demander comment ces technologies s'inscrivent dans les habitudes des usages, comment deviennent — elles des « construits sociaux ». La généalogie des usages, les processus d'appropriations, l'intégration des usages dans les rapports de soins, autant de regards que les sciences de gestion développent et continueront à développer s'agissant d'appréhender les évolutions des organisations de santé. En santé, le temps d'inscription sociale des nouvelles technologies est long et complexe à appréhender tant les usages de la santé numérique reflètent le processus d'adaptation du patient à la technologie. Néanmoins, appréhender l'évolution des pratiques de soin au travers l'outil numérique en santé revient à identifier et comprendre d'une part le dispositif technique, matériel qui permet la nouvelle pratique, d'autre part l'acte médical qu'il accompagne, et, tout autant que le cadre organisationnel dans lequel la pratique se développe. En ce sens, appréhender l'évolution des pratiques de soins est non seulement indispensable au vu des sociétés numériques actuelles, mais cela ne peut s'envisager que dans cette interdisciplinarité à la jonction des sciences de gestion et des sciences de santé. Dans cette ambition, identifier ce qui se transmet dans les évolutions des pratiques est essentiel pour en comprendre la portée transformative et le chemin évolutif. Est-ce que les pratiques de soin se transmettent à partir d'une origine commune, et dans ce cas, par rapport à celles-ci, comment se situent les pratiques de soin numérique ? Ces pratiques numériques se

transmettent-elles comme étant des créations indépendantes ? Peut-on encore les associer aux pratiques médicales classiques ? Ces questions n'ont pas encore été posées de manière formalisée dans les domaines de la gestion et de la santé. C'est donc en construisant une méthode interdisciplinaire qui mobilise la phylogénétique qu'il serait possible de répondre à ces questions et d'étudier de façon systématique ces évolutions. Ainsi, dans cette vision ambitieuse pour des recherches futures, notre travail de thèse pourrait représenter le début d'une recherche de généralisation de l'appréhension des évolutions des pratiques de soin en gestion de la santé avec la méthode de construction phylogénétique. Pour ce faire, nous pourrions verser nos données à des études plus générales ayant pour visée de regarder une plus grande variété de pratiques médicales : la gériatrie, l'obstétrique, la chirurgie, et, à partir de là, en extraire des arbres phylogénétiques représentant les évolutions de toutes ces pratiques au vu la numérisation du soin.

Nous avons également, et de façon plus opérationnelle, identifié un autre axe de travail, pour mieux décrire et comprendre le mécanisme d'attractivité des métiers du soin au regard de la numérisation des services. Pour ce faire, il serait intéressant de porter une observation plus fine sur le secteur médico-social et particulièrement à celui des services d'aides à domicile. En effet, nous avons mis en lumière un accompagnement potentiel au numérique en santé par les aides-soignantes vis-à-vis des personnes âgées accompagnées à domicile. Or la littérature n'aborde pas cet aspect du service. Cette possibilité devrait donc être attestée par les services mêmes. Comment l'aide s'est déroulée, avait-elle été contractualisée, existait-il une formation de type « aidants numériques » ? Autant de questions qui nous permettraient de mieux comprendre comment le numérique en santé et la téléconsultation plus précisément poussent les services à évoluer dans leur organisation du travail et dans la gestion des compétences. Enfin, et plus largement, il serait aussi intéressant de voir comment, les médecins de ville sollicitent l'aide des services d'aide à domicile dans le cas d'hospitalisation à domicile où la télémédecine est mobilisée.

Arrivée à la conclusion de ce travail de thèse et de ce manuscrit, j'observe que les réponses apportées par cette recherche réduisent l'ampleur de mon questionnement initial. Néanmoins elles en ouvrent d'autres qui sont autant de recherches futures qui m'emmènent à envisager mon inscription dans un parcours de recherche dans la durée.

Bibliographie

- Ainslie, M., Brunette, M., & Capozzoli, M. (2021). Telemedicine Among Medicaid Beneficiaries in Community Mental Health Care during the First Three Months of the 2020 Covid-19 State of Emergency. *Health Services Research, 56*(S2), 29-29. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13758>
- Aliseda, A. (2006). What is abduction? Overview and Proposal for Investigation. In *Abductive reasoning* (pp. 27-50). Springer, Dordrecht.
- Allaert, F. A., & Quantin, C. (2018). Les applications sur smartphones permettront-elles une généralisation de la télémédecine ? *Journal de gestion et d'économie médicales, 36* (2 — 3), 145 — 151. <https://doi.org/10.3917/jgem.182.0145>
- Allonneau, J. — P. Villeneuve, H. Sempere, A. Couderc, A. Nicaise, M. Soula, C. Kerrien, S. Minaberry, M. Bertrand, M. Mourougou, et S. Coste. (2021). Apport de la téléconsultation et de l'isolement des cas symptomatiques dans la maîtrise de l'épidémie COVID-19 au sein d'une base militaire. *Revue Épidémiologique de Santé publique, 69* (4), 167-171. DOI : 10,101 6/j.respe.2021.05.048
- Apur. (Avril 2022). *Étude sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans la métropole du Grand Paris*.
- Arena, R., & Lazaric, N. (2003). La théorie évolutionniste du changement économique de Nelson et Winter. Une analyse économique rétrospective. *Revue économique, 54* (2), 329 — 354. <https://doi.org/10.3917/reco.542.0329>
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1997). Organizational learning: A theory of action perspective. *Reis, (77/78)*, 345-348.

- Arom, S., Fernando, N., Fürniss, S., Le Bomin, S., Marandola, F., & Molino, J. (2008). La catégorisation des patrimoines musicaux dans les sociétés de tradition orale. Alvarez-Pereyre, Frank. *Catégories et Catégorisations. Une perspective interdisciplinaire*, Peeters, pp.273-313, 2008. Halshs-00776029
- Auray, N., & Vétel, B. (2013). L'exploration comme modalité d'ouverture attentionnelle. Design et régulation d'un jeu freemium. *Réseaux*, 182 (6), 153 — 186. <https://doi.org/10.3917/res.182.0153>
- Austin, J. L. (1970). *Quand Dire, C'est Faire*. Contemporary French Fiction.
- Auverlot, D., Hamelin, J., Lejeune, E., Loyer, J. L., Rivière, L., & Schaff, C. (2011). Le fossé numérique en France. *Rapport du gouvernement au parlement*.
- Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? *Le Libellio d'AEGIS*, 7 (2 — Été), 33 — 46. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657490>
- Azria, É. (2012). L'humain face à la standardisation du soin médical. *La vie des idées*.
- Bachelard, G. (1940). La formation de l'esprit scientifique. *American Sociological Review*, 5(4), 681. <https://doi.org/10.2307/2084470>
- Balint, M. (1955). The doctor, his patient, and the illness. *The lancet*, 265(6866), 683-688.
- Barello, S., Triberti, S., Graffigna, G., Libreri, C., Serino, S., Hibbard, J., & Riva, G. (2016). eHealth for Patient Engagement: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.02013>

- Barnay, T., Hartmann, L., & Ulmann, P. (2007). Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Revue française des affaires sociales*, 1, 109 - 126. <https://doi.org/10.3917/rfas.071.0109>
- Baronnet, J., Kertudo, P., Faucheux-Leroy, S. (2015). La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique. *Recherche Sociale*, 2015(21), 4-92
- Barthelemy, L., Bodard, J., & Feroldi, J. (2014). *Actions collectives « Bien vieillir » : Repères théoriques, méthodologiques et pratiques*. Inpes.
- Bartoli, A., Keramidas, O., Larat, F., & Mazouz, B. (2011). Vers un management public éthique et performant. *Revue française d'administration publique*, 140 (4), 629 — 639. <https://doi.org/10.3917/rfap.140.0629>
- Batifoulier, P. (1992). Le rôle des conventions dans le système de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 10 (1), 5 — 44. <https://doi.org/10.3406/sosan.1992.1213>
- Batifoulier, P. (2013). Faire payer le patient : Une politique absurde. *Revue du MAUSS*, 41 (1), 77 — 92. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0077>
- Béjean, M., Dumond, J. P., & Habib, J. (2015). *Petit guide d'exploration au pays de la santé numérique* (No. hal-02926933).
- Beldi, A., Cheffi, W., & Wacheux, F. (2006). L'utilisation de l'information comptable par les managers. *Proposition d'une grille d'analyse fondée sur la théorie de la structuration. 27ème congrès de l'Association Francophone de Comptabilité » Comptabilité, contrôle, audit et institutions », Tunis*.
- Ben Arfi, W., Nasr, I., Khvatova, T., & Ben Zaied, Y. (2020). Understanding acceptance of eHealthcare by IoT natives and IoT immigrants: An integrated model of UTAUT, perceived risk, and financial cost. *Technological Forecasting and Social Change*, 163. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120437>

- Benda, N. C., Veinot, T. C., Sieck, C. J., & Ancker, J. S. (2020). Broadband Internet Access Is a Social Determinant of Health! *American Journal of Public Health, 110*(8), 1123 — 1125.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305784>
- Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., & Dedieu, F. (2020). *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Po.
- Berthelot, V. (2021). *(En) quête de communauté : penser et construire une communauté vivante avec John Dewey* (Doctoral dissertation, Université Paris sciences et lettres).
- Besnier, J. (2020). Évaluation des objets connectés en santé. Les enjeux éthiques et philosophiques. In Lindenmeyer, C., & D'Ortho, M. (Eds.), *Santé connectée*. CNRS Éditions. Doi : 10,400 0/books.editions-cnrs.45552
- Blouses, D. (2013). L'hôpital malade de l'« efficacité ». *Revue du MAUSS, 41* (1), 53 — 75. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0053>
- Boltansky, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard.
- Bomin, S. L., Lecointre, G., & Heyer, E. (2016). The Evolution of Musical Diversity: The Key Role of Vertical Transmission. *PLoS ONE, 11*(3), e0151570. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151570>
- Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., Schweyer, F. (2021). *Les soins primaires en question(s)*. Presses de l'EHESP.
- Bourgueil, Y. (2017). L'innovation organisationnelle, un processus d'apprentissage au service de la transformation du système de santé ? *Santé Publique, 29*, 777-779.
<https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/spub.176.0777>

- Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousquès, J. (2009). La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*, 21, 27-38. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/spub.090.0027>
- Bouquet, B., & Jaeger, M. (2015). L'e-inclusion, un levier ? *Vie sociale*, 11 (3), 185 — 192. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0185>
- Brangier, É., Dufresne, A., & Hammes-Adelé, S. (2009). Approche symbiotique de la relation humain-technologie : Perspectives pour l'ergonomie informatique. *Le travail humain*, 72 (4), 333 — 353.
<http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2009-4-page-333.htm>
- Brangier, E., & Hammes, S. (2006, October). Elaboration et validation d'un questionnaire de mesure de l'acceptation des technologies de l'information et de la communication basé sur le modèle de la symbiose humain-technologie-organisation. In *Proceedings of Ergo 'IA* (Vol. 2006, pp. 71-78).
- Bretonnière, S. (2017). Chapitre 5. Autonomie performative et espace des subjectivités en oncologie : Une perspective hors les murs de l'hôpital. In M. Boucher, G. Pleyers, & P. Rebughini (Éds.), *Subjectivation et déssubjectivation : Penser le sujet dans la globalisation* (p. 89 — 100). Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
<http://books.openedition.org/editionsmsh/9856>
- Brillet, F., Coutelle, P., & Hulin, A. (2013). Prospective du management des ressources humaines face au comportement des jeunes salariés très qualifiés. *Management & Avenir*, 63 (5), 57 — 80.
<https://doi.org/10.3917/mav.063.0057>
- Brocklehurst, M. (2001). Power, identity and new technology homework: Implications for new forms of organizing. *Organization studies*, 22(3), 445-466.

- Burke, W. W., Lake, D. G., & Paine, J. W. (2008). *Organization Change: A Comprehensive Reader*. John Wiley & Sons.
- Cabin, P. (2015). Michel Crozier (1922-2013) : La vie des organisations. Dans : Xavier Molénat éd., *Les penseurs de la société* (pp. 104-106). Auxerre : Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/sh.molen.2015.01.0104>
- Callon, M., Akrich, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Presses des Mines. <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-03597436>
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France, 2013. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/puf.cangu.2013.01>
- Cao, Y. J., Chen, D., Liu, Y., & Smith, M. (2021). Disparities in the Use of in-Person and Telehealth Outpatient Visits Among Medicare Beneficiaries in an Accountable Care Organization during COVID-19. *Health Services Research, 56*(S2), 5-5. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13717>
- Cara, C. & O'Reilly, L. (2008). S'appropriier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers, 95*, 37-45. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/rsi.095.0037>
- Cardon, D. (2019). Les origines hippies de la culture numérique. In *Culture numérique* (p. 46 — 55). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/culture-numerique--9782724623659-p-46.htm>
- Cases, C. (2008). Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : Étapes et enjeux. *Santé, Société et Solidarité, 7* (2), 43 — 51. <https://doi.org/10.3406/oss.2008.1286>
- Castells, M. (2002). *La galaxie Internet*. Paris. Fayard.

Chanial, E. (2021). Médiation numérique par les pairs contre le non-recours aux droits des aînés. *Retraite et société*, 87, 221-230. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/rs1.087.0221>

Chanlat, J.-F. (2005). Chapitre 6. La recherche en gestion et les méthodes ethnosociologiques. In *Management des ressources humaines* (p. 159 — 175). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.rouss.2005.01.0159>

Chanut, V. (2002). L'évaluation : Affaire d'Etat ou question d'organisation ? *Politiques et Management Public*, 20 (4), 1 — 32. <https://doi.org/10.3406/pomap.2002.2766>

Chanut, V. (2010). Pour un agir évaluatif. *Revue française des affaires sociales*, 1, 51 — 70. <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-1-page-51.htm>

Chanut, V., & Bournois, F. (2012). Repenser la recherche en management : Que peut nous apprendre l'évaluation des politiques publiques ? *Recherches en Sciences de Gestion*, 89 (2), 119 — 136. <http://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2012-2-page-119.htm>

Chanut, V., & Lamarque, D. (2014.). L'évaluation des politiques publiques. *Politiques & management public*, 31 (1), 5-12.

Chanut, V., & Rival, M. (2020). L'injonction territoriale : Un levier d'innovation pour l'évaluation des politiques publiques ? *Finance Contrôle Stratégie*, NS-7, Art. NS-7. <https://doi.org/10.4000/fcs.4038>

Chanut, V., Rival, M., Lallemand, A.-S., Peng, H., & Rochette, C. (2018). Le management public en idées : Un champ en construction ? *Management international*, 22 (3), 107. <https://doi.org/10.7202/1060897>

- Charbonnier-Voirin, A., & Vignolles, A. (2015). Marque employeur interne et externe. Un état de l'art et un agenda de recherche. *Revue française de gestion*, 246 (1), 63 — 82. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2015-1-page-63.htm>
- Charbonnier-Voirin, A., Marret, L., & Paulo, C. (2017). « Les perceptions de la marque employeur au cours du processus de candidature », *Management & Avenir*, 94 (4), 33-55.
- Charbonnier-Voirin, A., Laget, C., & Vignolles, A. (2014). « L'influence des écarts de perception de la marque employeur avant et après le recrutement sur l'implication affective des salariés et leur intention de quitter l'organisation », *Revue de gestion des ressources humaines*, 93 (3), 3-17.
- Charon, R. (2008). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Charreire-Petit, S., & Durieux, F. (2014). Chapitre 3. Explorer et tester : Les deux voies de la recherche. In *Méthodes de recherche en management : Vol. 4e éd.* (p. 76 — 104). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0076>
- Chiapello, E., & Boltanski, L. (1999). Le nouvel esprit du capitalisme. In *Post-Print* (hal-00680085 ; Post-Print). HAL.
<https://ideas.repec.org/p/hal/journal/hal-00680085.html>
- Christensen, T., Fimreite, A. & Laegreid, P. (2007). La réforme des administrations de l'emploi et de la protection sociale : Les difficultés présentées par la coordination d'organisations publiques différentes. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 73, 429-450. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/risa.733.0429>
- Cohen, D. (2022). *Homo numericus : La « civilisation » qui vient*. Albin Michel.

- Connor, J., Flenady, T., Massey, D., & Dwyer, T. (2022). Clinical judgement in nursing—An evolutionary concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16469>
- Cordelier, B., & Montagnac-Marie, H. (2008). Conduire le changement organisationnel ? *Communication et organisation. Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle*, 33, Art. 33. <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/411?lang=en>
- Cormi, C., Ohannessian, R., & Sanchez, S. (2021). Motivations of French Physicians to Perform Teleconsultations During COVID-19: A Mixed-Method Study. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 27(11), 1299-1304. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0524>
- Cousin, C. (2016). *Vers une redéfinition de l'acte médical* [thèse de doctorat, Université Rennes 1]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01425982>
- Couturier, Y., & Carrier, S. (2005). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : Un débat émergent1. *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 68 — 79. <https://doi.org/10.7202/009843>
- Crignon-De Oliveira, C. (2010). Qu'est-ce que « bien vieillir » : Médecine de soi et prévention du vieillissement. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4, 177-191. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/ccgc.004.0177>
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Seuil.
- D'Huy, J., & Le Quellec, J. L. (2020). *Cosmogonies : la préhistoire des mythes*. La Découverte.

- Crozier, M., Friedberg ; E. (1981), *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Seuil.
- Da Silva, N. (2017). Quantifier la qualité des soins. Une critique de la rationalisation de la médecine libérale française. *Revue Française de Socio-Économie*, 19 (2), 111 — 130. <https://doi.org/10.3917/rfse.019.0111>
- Da Silva, N., & Raully, A. (2016). La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions. *Économie et institutions*, 24.
- Darlu, P., Tassy, P., d'Haese, C., & Zaragüeta I Bagils, R. (2019). *La reconstruction phylogénétique*. Editions Matériologiques. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02413728>
- Davis, F. D. (1985). *A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: Theory and results* [Thesis, Massachusetts Institute of Technology]. <https://dspace.mit.edu/handle/1721.1/15192>
- De Rosnay, J. (1995). *L'homme symbiotique : regards sur le troisième millénaire*. Seuil.
- Dehours, E., Camaret, E. D., Lucas, D., Saccavini, A., & Roux, P. (2022). The COVID-19 pandemic and maritime telemedicine: 18-month report. *International Maritime Health*, 73(2), Art. 2. <https://doi.org/10.5603/IMH.2022.0013>
- Dejours, C. (2014). La Sublimation : Entre clinique du travail et psychanalyse. *Revue française de psychosomatique*, 46 (2), 21 — 37. <https://doi.org/10.3917/rfps.046.0021>
- Delalandre, M., & Collinet, C. (2018). Activité physique et prévention des chutes, entre médicalisation et capacitation. *Gérontologie et société*, 40/156 (2), 35 — 50. <https://doi.org/10.3917/gsl.156.0035>

- Delalieux, G. (2016). Devoir de vigilance. *Revue Projet*, 352 (3), 78 — 87.
<https://doi.org/10.3917/pro.352.0078>
- Delalieux, G. (2020). La loi sur le devoir de vigilance des sociétés multinationales : Parcours d'une loi improbable. *Droit et société*, 106 (3), 649 — 665. <https://doi.org/10.3917/drs1.106.0649>
- Delory-Momberger, C. (2003). Biographie et éducation. *Figures de l'individu-projet*. Paris : Anthropos.
- Dewey, J. (1993), *Logique, la théorie de l'enquête* (première édition 1938). Puf
- de Maillard, J. (2011). Dictionnaire des Politiques Territoriales, « V ». In *Dictionnaire des politiques territoriales* (p. 519 — 525). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.cole.2011.01.0519>
- Demailly, L., Giuliani, F., & Maroy, C. (2019). Le changement institutionnel : Processus et acteurs. *SociologieS*.
<https://journals.openedition.org/sociologies/9999>
- Detchessahar, M., & Journé, B. (2007). Une approche narrative des outils de gestion. *Revue française de gestion*, 174 (5), 77-92.
<https://doi.org/10.3166/rfg.174.77-92>
- Deydier, J. (2019). Emmaüs Connect : donner aux acteurs de l'accompagnement social et médico-social les moyens d'agir face à la précarité numérique. *Vie Sociale*, 4 (28), 77-87
- Dionisi, S., Giannetta, N., Di Simone, E., Ricciardi, F., Liquori, G., De Leo, A., Moretti, L., Napoli, C., Di Muzio, M., & Orsi, G. B. (2021). The Use of mHealth in Orthopedic Surgery: A Scoping Review. *International Journal*

of Environmental Research and Public Health, 18(23), 12549.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182312549>

Doganova, L. (2010). *Faire valoir l'exploration collective : Dynamiques, instruments et résultats des partenariats avec des spin-offs académiques* [thèse de doctorat, École Nationale Supérieure des Mines de Paris].
<https://pastel.archives-ouvertes.fr/pastel-00564115>

Domin, J.-P. (2002). Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : Les prémices d'une politique globale de santé publique (1914-1941). *Revue française des affaires sociales*, 1, 131 — 154.
<https://doi.org/10.3917/rfas.021.0131>

Domin, J.-P. (2013). Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu. *Revue du MAUSS*, 41 (1), 41 — 52. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/rdm.041.0041>

Domin, J.-P. (2016). Paiement à l'acte et régulation du système de soins : Une analyse de longue période (1803-2013). *Revue Française de Socio-Economie*, 16(1), 215 — 234.

Dorra, A. (novembre, 2020). L'examen clinique en perte de vitesse. *Le Quotidien du Médecin*. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/medecine-generale/2020-lexamen-clinique-en-perte-de-vitesse>

Dress. (Avril 2020). *Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ?* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>

Dress. (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-04/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202020v2.pdf>

Drees (*Mars 2021*) Confinement de novembre-décembre

2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1186.pdf>

Dubruc, N., & Vialette, L. (2020). Le promoteur de parcours inclusif : Coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire : *Management & Avenir Santé*, 5 (1), 53 — 80. <https://doi.org/10.3917/mavs.005.0053>

Duez, M., & Mermier, M. (2020). *COVID-19 : Rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône*. 64.

Dumez, H. (2016). Chapitre 10. En quoi la recherche qualitative peut-elle être scientifique ? Dans : H. Dumez, *Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive* (pp. 179-202). Vuibert.

Dumez, H. (2012). Qu'est-ce que l'abduction, et en quoi peut-elle avoir un rapport avec la recherche qualitative. *Le libellio d'Aegis*, 8 (3), 3-9.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Vuibert.

Dumez, H., & Minvielle, E. (2020). Jusqu'où la santé numérique va-t-elle transformer l'organisation des soins ?

Durand, S., Baret, C., & Krohmer, C. (2018). La sociologie de la traduction comme grille de recherche-intervention : le cas d'un projet de prévention des risques psychosociaux dans un hôpital public. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, (1), 3-28.

Durkheim, É. (1893). *De la division du travail social*, Paris, PUF. 1991.

Durkheim, É. (1897). *Le Suicide*, Paris, PUF, 2007.

Émond, A., Gosselin, J. C., & Dunnigan, L. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Ministère de la santé et services sociaux Québec, Direction des communications

E-administration : Quelle politique pour les exclus du numérique ? (Octobre, 2021). *Vie publique*. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18930-dematerialisation-quelle-politique-pour-les-exclus-du-numerique>

Enam, A., Torres-Bonilla, J., & Eriksson, H. (2018). Evidence-Based Evaluation of eHealth Interventions: Systematic Literature Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(11), e10971. <https://doi.org/10.2196/10971>

Ennuyer, B. (2001). Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! *Gérontologie et société*, 24 /99(4), 219 — 232. <https://doi.org/10.3917/gs.099.0219>

Felsenstein, J., 1985. Confidence limits on phylogenies : an approach using the bootstrap. *Evolution* 39,783–791.

Fann, K. T. (1970). *Peirce's Theory of Abduction*. 3Island Press.

Farris, J. S. (1970). Methods for Computing Wagner Trees. *Systematic Zoology*, 19(1), 83-92. <https://doi.org/10.2307/2412028>

Fatehi, F., & Wootton, R. (2012). Telemedicine, telehealth or e-health? A bibliometric analysis of the trends in the use of these terms. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(8), 460-464. <https://doi.org/10.1258/jtt.2012.gth108>

Fitzhugh, K. (2005), « Les bases philosophiques de l'inférence phylogénétique : une vue d'ensemble », in Deleporte & Lecointre (dir.), « Philosophie de la systématique », Biosystema 24. Société Française de Systématique, Paris. 126 pp.

Flaubert, G. (1857). *Madame Bovary*. Gallimard.

Fluhr, J. W., Gueguen, A., Legoupil, D., Brenaut, E., Abasq, C., Araújo, H., & Misery, L. (2021). Teledermatology in Times of COVID-19 Confinement: Comparing Patients' and Physicians' Satisfaction by the Standardized Brest Teledermatology Questionnaire. *Dermatology* 1- 6.
<https://doi.org/10.1159/000514029>

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.

Foucault, M. (1983). *La naissance de la clinique*. PUF.

Fournier, C., Lucie, M., Noémie, M., Laure, P., & Matti, S. (2021). Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale. *Questions d'économie de la santé*, 260 (8).

Gardien, E., Héas, S., & Laval, C. (2019). *L'accompagnement par les pairs Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap*. L'accompagnement par les pairs Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap : Actes de la journée d'étude EXPAIRs
2018. 2019. hal-02314675

Gaudillière, J. P., Izambert, C., & Juven, P. A. (2021). *Pandémopolitique: réinventer la santé en commun*. La Découverte.

Gaudin, T. (2013). *La prospective*. Que sais-je ?

George, C. (1997). L'abduction et l'explication. In *Polymorphisme du raisonnement humain*, p. 113 — 128. Presses Universitaires de France.
<https://www.cairn.info/polymorphisme-du-raisonnement-humain--9782130480464-p-113.htm>

Giddens, A. (1987), *La constitution de la société*. PUF.

Gilligan C. (1982). *In A Different Voice*, Cambridge, Mass. : Harvard University Press ;

Giraut, F. (2013). Territoire multisitué, complexité territoriale et postmodernité territoriale : Des concepts opératoires pour rendre compte des territorialités contemporaines ? *L'Espace géographique*, 42 (4), 293 — 305.
<https://doi.org/10.3917/eg.424.0293>

Giroux, N., & Marroquin, L. (2005). L'approche narrative des organisations. *Revue française de gestion*, 31 (159), 15 — 44. <https://doi.org/10.3166/rfg.159.15-44>

Giusti, I., Sardas, J. — C., Kletz, F., & Pieri, X. (2019). Accès aux soins et territoires : Comment articuler action collective locale et action publique ? *Management & Avenir Santé*, 5 (1), 11-29.
<https://doi.org/10.3917/mavs.005.0011>

Goodridge, D., Heal-Salahub, J., PausJenssen, E., James, G., & Lidington, J. (2017). Peer bullying in seniors' subsidised apartment communities in Saskatoon, Canada: Participatory research. *Health & Social Care in the Community*, 25 (4), 1439 — 1447. <https://doi.org/10.1111/hsc.12444>

Grimaldi, A. (2013). Les hôpitaux en quête de rentabilité : À quel prix ? *Revue du MAUSS*, 41 (1), 25 — 33. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0025>

Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine*. Odile Jacob.

Guigo, D. (1992). Perspectives ethnologiques dans les organisations modernes. *L'Homme*, 32 (121), 47 — 65. <https://www.jstor.org/stable/25133067>

- HAS. (2015). Lexique ou glossaire de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé. Document de travail
- Haddouk, L., & Milcent, C. (2021). Telepsychology in France since COVID-19. Training as key factor for telepsychology practice and psychologists' satisfaction in online consultations.
- Hallée, Y., & Garneau, J. M. É. (2019). L'abduction comme mode d'inférence et méthode de recherche : De l'origine à aujourd'hui. *Recherches qualitatives*, 38(1), 124. <https://doi.org/10.7202/1059651>
- Hardy, A., & Eneau, J. (2021). Méthodologie du récit partagé : Une pragmatique de l'attention. *Recherches qualitatives*, 40 (2), 34-56. <https://doi.org/10.7202/1084066>
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 11 — 31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Hénaff-Pineau, P. (2014). Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? *Retraite et société*, 67, 131-155. <https://doi.org/10.3917/rs.067.0131>
- Herpin, N. (2010). Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. *Lectures*. <https://journals.openedition.org/lectures/1357>
- Hully, M. (2021). Télémédecine et polyhandicap dans le contexte de la crise sanitaire Covid-19. *Contraste*, 53 (1), 119-125. <https://doi.org/10.3917/cont.053.0119>

- Huteau, M. (1982). Les mécanismes psychologiques de l'évolution des attitudes et des préférences vis-à-vis des activités professionnelles. *Orientation scolaire et professionnelle*.
- Insee. (2020). *Tableaux de l'économie française*. Population par âges.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
- Jaeger, M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social : Travail social et psychiatrie*. Dunod.
- Jaury, P., Larangot-Rouffet, C., Gay, B., Gonthier, R., Ourabah, R., & Queneau, P. (2021). Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : Une transformation en profondeur dans la façon de soigner. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205 (8), 852 — 856.
<https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.008>
- Journé, B. (2007). Théorie pragmatiste de l'enquête et construction du sens des situations. *Le Libellio d'Aegis*, 3 (4), 3-9.
- Karahanna, E., & Straub, D. W. (1999). The psychological origins of perceived usefulness and ease-of-use. *Information & Management*, 35(4), 237-250.
[https://doi.org/10.1016/S0378-7206\(98\)00096-2](https://doi.org/10.1016/S0378-7206(98)00096-2)
- Kinnunen, J. (1996). Gabriel Tarde as a Founding Father of Innovation Diffusion Research. *Acta Sociologica*, 39 (4), 431-442.
<https://doi.org/10.1177/000169939603900404>
- Kluge, A. G., & Farris, J. S. (1969). Quantitative phyletics and the evolution of anurans. *Systematic Biology*, 18(1), 1-32.
- Kotter, J. P. (2012). *Leading Change*. Harvard Business Press.

Langlois, E., & Abraham, M. (2021). L'appropriation de la télémédecine dans les EHPAD : Entre contraintes organisationnelles et engagements individuels. *Revue française des affaires sociales*, 2, 237 — 254.

<https://doi.org/10.3917/rfas.212.0237>

Lauriol, J., Perret, V., & Tannery, F. (2008). L'espace et le territoire dans l'agenda de recherche en stratégie. *Revue française de gestion*, 184 (4), 181 — 198.

<https://doi.org/10.3166/rfg.184.181-198>

Lecointre, G. (juin 2008). Qu'appelle-t-on évolution ? *Planète Vie*.

Lecointre, G. (2011a). Récit de l'histoire de la vie ou De l'utilisation du récit. Pp. 601-636 In HEAMS, T., HUNEMAN, P., LECOINTRE, G., SILBERSTEIN M. (Dir.). *Les Mondes Darwiniens. L'évolution de l'évolution (Tome I)*. Syllepse. Paris. Seconde édition, 1576 pp.

Lecointre, G. (2011b). Filiation. Pp. 271-334 In HEAMS, T., HUNEMAN, P., LECOINTRE, G., SILBERSTEIN M. (Dir.). *Les Mondes Darwiniens. L'évolution de l'évolution (Tome I)*. Syllepse. Paris. Seconde édition, 1576 pp.

Lecointre, G. (2018). *Savoirs, Opinions, Croyances. Une réponse laïque et didactique aux contestations de la science en classe*. Belin, Paris.

Le Douarin, Y., Traversino, Y., Graciet, A., Josseran, A., Bili, A. B., Blaise, L., ... & Vandenbergue, J. (2020). Telemonitoring and experimentation in telemedicine for the improvement of healthcare pathways (ETAPES program). Sustainability beyond 2021: What type of organisational model and funding should be used? *Therapies*, 75 (1), 43-56.

Lefebvre, S., & Jovic, L. (2019). La construction d'une problématique de recherche : De l'histoire d'une femme atteinte de sclérose en plaques à une recherche en sciences infirmières dans le domaine de la santé sexuelle.

Recherche en soins infirmiers, 139 (4), 123 — 143.

<https://doi.org/10.3917/rsi.139.0123>

- Lefève, C. (2014). De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. *Revue de métaphysique et de morale*, 82(2), 197 — 221. <https://doi.org/10.3917/rmm.142.0197>
- Lemaire, C., & De Guio, G. (2019). L'introduction mesurée du numérique dans le parcours de santé. *Management des technologies organisationnelles*, 9(2), 195-206.
- Lemaire, C., & Nobre, T. (2014, May). Rôles D'Un Tableau De Bord Dit « De Pilotage De La Performance » Dans Le Secteur Medico-Social. In *Mesure, évaluation, notation—les comptabilités de la société du calcul* (pp. cd-rom).
- Lemaire, C., & Nobre, T. (2016). Des EHPAD scribes aux EHPAD geek : Luxe ou nécessité ? *Management des technologies organisationnelles*, 5 (1), 37 — 46. <https://www.cairn.info/revue-management-des-technologies-organisationnelles-2016-1-page-37.htm>
- Léonard, C. (2013). Le care capacitant. Une alternative au paradigme néoclassique de la responsabilité individuelle. *Revue du MAUSS*, 41 (1), 191 — 206. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0191>
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A., & Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3 (1), 24-30. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>
- Lewin, K. (1947), The mechanisms of change, Chap 5 in *Organization change: A comprehensive reader*.

Lewis, R. P. (2006). The Clinical Examination Is Still the Lynchpin of Quality Cardiovascular Care. *The American Heart Hospital Journal*, 4 (1), 20 — 23.
<https://doi.org/10.1111/j.1541-9215.2006.05390>

Licklider, J. C. R. (1960 a). Man-Computer Symbiosis. *IRE Transactions on Human Factors in Electronics, HFE-1* (1), 4 — 11.
<https://doi.org/10.1109/THFE2.1960.4503259>

Lindenmeyer, C., & d'Ortho, M. P. (Eds.). (2022). *Santé connectée*. CNRS Éditions via OpenEdition.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019-774 (2019).

Lorenz, W., McKneally, M., Troidl, H., Banerjee, J. K., Benbassat, J., Dziri, C., Fagniez, P.-L., Little, J. M., Wong, J., & Wulff, H. R. (1998). Surgical Research around the World. In H. Troidl, M. F. McKneally, D. S. Mulder, A. S. Wechsler, B. McPeck, & W. O. Spitzer (Éds.), *Surgical Research: Basic Principles and Clinical Practice* (p. 637 — 654). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4612-1888-3_65

Lorino, P. (2007). Communautés d'enquête et création de connaissances dans l'organisation : Le modèle de processus en gestion ». *Annales des Télécommunications*, 62 (7-8), 753-771. ^[1]_[SÉP]

Lorino, P. (2018). *Pragmatism and organization studies* (First edition.). Oxford University Press.

Lorino, P. (2021). Inclusive or exclusive governance: Do stakeholders hold stakes? *Organizational governance as trans-actional inquiry*. 37 th EGOS, Amsterdam

- Lorino, P., Mourey, D., Muniesa, F., Panjeta, A., & Parmentier, A. (2019).”
Pragmatisme et enquête sur les organisations » (p. 243 — 293). association
francophone d’études pragmatistes. <https://hal-upec-upem.archives-ouvertes.fr/hal-02937099>
- Maclouf, E., Fabregues (de) M. (2016). Modernisation publique orthodoxe ou
hétérodoxe : faut-il standardiser les fonctions support ? *Gestion et management
public*, 4(3), 109-124. [https://doi-org.docelec-u-
paris2.idm.oclc.org/10.3917/gmp.043.0109](https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/gmp.043.0109)
- Maclouf E. (2017). *Les sciences de gestion face à la révolution paradigmatique de
l’émergence. Rapprochement avec les sciences du vivant*, Mémoire
d’habilitation à diriger des recherches, Paris 2 Panthéon-Assas, Paris.
- Maclouf, E. (2018). « Malaise dans les Ehpad : Une question de moyens, mais pas
seulement », *The Conversation*, 2018.
- Maclouf, E. (2020). *Pourquoi les organisations industrielles ne sauveront pas la
planète*. Le Bord de l’Eau. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03014203>
- Maclouf, E., & Belvaux, B. (2015). Contribution de la marque employeur à
l’attractivité : Les limites des approches cognitives analytiques. *Revue de
Gestion des Ressources Humaines*, 4 (98), 45 — 57.
<https://doi.org/10.3917/grhu.098.0045>
- Maisonneuve, H. (2020). Grandeurs et turpitudes des normes depuis l’EBM :
Quantitativistes et qualitativistes doivent travailler ensemble : *Les Tribunes
de la santé*, 64(2), 79 — 86. <https://doi.org/10.3917/seve1.064.0079>
- Malterud, K. (1995). The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical
epistemology embracing the art of medicine. *Theoretical Medicine*, 16(2),
183-198. <https://doi.org/10.1007/BF00998544>

- Mancuso, V. (2020). *Efficacité de la télémédecine sur la réduction des consultations physiques dans le cadre de motifs infectieux de médecine générale* (Thèse d'exercice. Médecine. Université de Paris).
- Mathieu-Fritz, A., & Esterle, L. (2013). Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. *Revue française de sociologie*, 54 (2), 303 — 329. <https://doi.org/10.3917/rfs.542.0303>
- Mathieu-Fritz, A., & Gaglio, G. (2018). À la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine. *Revue de littérature des travaux de sciences sociales. Réseaux*, 207(1), 27 — 63. <https://doi.org/10.3917/res.207.0027>
- Mathieu-Fritz, A., Smadja, D., Espinoza, P., & Esterle, L. (2012). Télémédecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria. *Gérontologie et société*, 35/141(2), 117-127. <https://doi.org/10.3917/gs.141.0117>
- McKinlay, A., & Pezet, E. (2018). Foucault, governmentality, strategy: From the ear of the sovereign to the multitude. *Critical Perspectives on Accounting*, 53, 57-68.
- Nesse, R.M., & Williams, G. C. (2012). *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*. Knopf Doubleday Publishing Group.
- Merton, R. K., & Merton, R. C. (1968). *Social Theory and Social Structure*. Simon and Schuster.
- Minvielle, É. (2003). De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière. *Revue française de gestion*, 146(5), 167 — 189. <https://doi.org/10.3166/rfg.146.167-189>

Minvielle, E., & Sicotte, C. (2018). La quête de rationalité : le cas de la standardisation de la prise en charge des malades. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 24(58), 69-90.

Mintzberg H. (1989) *Le management voyage au centre des organisations*, Les Éditions d'Organisation.

Mir, O., Ferrua, M., Fourcade, A., Mathivon, D., Duflot-Boukobza, A., Dumont, S., Baudin, E., Delalogue, S., Malka, D., Albiges, L., Pautier, P., Robert, C., Planchard, D., de Botton, S., Scotté, F., Lemare, F., Abbas, M., Guillet, M., Puglisi, V., Minvielle, E. (2022). Digital remote monitoring plus usual care versus usual care in patients treated with oral anticancer agents: The randomized phase 3 CAPRI trial. *Nature Medicine*, 28(6), Art. 6.
<https://doi.org/10.1038/s41591-022-01788-1>

Moine, A. (2006). Le territoire comme un système complexe : Un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie. *L'Espace géographique*, 35(2), 115 — 132. <https://doi.org/10.3917/eg.352.0115>

Monod, S. (2018). Défis du vieillissement et enjeux de santé publique. *Gérontologie et société*, 40(157), 47-52. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/gsl.157.0047>

Moulaert, T. (2018). Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé » : activité et environnement. *Gerontologie et societe*, 40(2), 19-34.

Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 6 — 17. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0006>

Nelson, R. R., & Winter, S. G. (1982). The Schumpeterian Tradeoff Revisited. *The American Economic Review*, 72(1), 114 — 132.
<https://www.jstor.org/stable/1808579>

- Niewiadomski, C. (2019). Compétence biographique. In *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 51 — 53). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0051>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (2000). The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. *The Knowledge*, 2.
- Observatoire Social. (2020). *Portrait territorial de santé du 11^e arrondissement*. Paris.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1).
<https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1>
- Ologeanu-Taddei, R., & Paré, G. (2017). Technologies de l'information en santé : Un regard innovant et pragmatique. *Systèmes d'information & management*, 22(1), 3 — 8. <https://doi.org/10.3917/sim.171.0003>
- Oruezabala, G. (2020). Chapitre 7. Le paradigme de l'énaction : Une invitation à l'agir managérial. In *Produire du savoir et de l'action* (p. 81 — 87). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.peret.2020.01.0081>
- Orwell, G. (1949). *1984*. Gallimard.
- Oudshoorn, N. (2009). Physical and digital proximity: Emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 390-405. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01141.x>
- Pappas, Y., & Seale, C. (2009). The opening phase of telemedicine consultations: An analysis of interaction. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1229-1237.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.011>

Pesqueux, Y. (2015). Du changement organisationnel.

Petit, R., & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : Une problématique sectorielle et de management. *@GRH*, 22(1), 31 — 54. <https://doi.org/10.3917/grh.171.0031>

Peirce, C. S. (1931). *The Collected Papers of Charles Sanders Peirce, Vol. I: The Principles of Philosophy*. Harvard University Press.

Pezet, E., & Pezet, A. (2010). *La société managériale : essai sur les nanotechnologies de l'économie et du social*. La ville brûle.

Pezet, E. (2007). *Management et conduite de soi* (p. 188). Vuibert.

Pezet, E. (2004). Discipliner et gouverner : influence de deux thèmes foucaaldiens en sciences de gestion. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 7, 169 — 189.

Pezet, É., Pujol, F., & Pignault, A. (2013). Chapitre 5. Management de la marque employeur. In *Management transversal de la marque* (p. 89 — 100). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.miche.2013.01.0089>

Picard, R., Serveille, H., & Vial, A. (s. d.). *RAPPORT « Technologies et connaissances en santé »*. 62.

Polanyi, M. (2009). *The Tacit Dimension* (A. Sen, Éd.). University of Chicago Press. <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/T/bo6035368.html>

Porter, M. E., & Guth, C. (2012). *Redefining German health care: moving to a value-based system* (pp. 25-52). Berlin: Springer.

Raully, A. (2014). Dispositifs de rémunération de la télémédecine : De la diversité des propositions de contrats à la singularité du système de santé français :

- Raymond, É. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Institut national de santé publique du Québec.
- Renaudie, O. (2013). Télémedecine et téléservice public. *Revue française d'administration publique*, 146(2), 381 — 391.
<https://doi.org/10.3917/rfap.146.0381>
- Reix, R., Fallery, B., Kalika, M., Rowe, F. (2016). *Systèmes d'information et management*. Vuibert.
- Revil, H., Warin, P. (2019a). Le numérique, le risque de ne plus prévenir le non-recours. *Vie sociale*, 28(4), 121. <https://doi.org/10.3917/vsoc.194.0121>
- Revil, H., Warin, P. (2019 b). Non-recours. In *Dictionnaire des politiques publiques : Vol. 5e éd.* (P. 398 — 404). Presses de Sciences Po.
<https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0398>
- Riley, M. W. (1994). Aging and society: Past, present, and future. *The Gerontologist*, 34(4), 436-446.
- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of Innovations, 4 th Edition*. Simon and Schuster.
- Rozier, E. (2014). La *praxis*, une théorie de la pratique. Dans :, E. Rozier, *La clinique de La Borde ou les relations qui soignent: Outils philosophiques pour comprendre le collectif* (pp. 237-255). Toulouse : Érès.
- Safon, M. O. (2019). La e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée. *Institut de recherche et de documentation en économie de la santé*.

- Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : Application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé publique*, 28(2), 223 — 234. <https://doi.org/10.3917/spub.162.0223>
- Sebai, J., & Courie Lemeur, A. (2019). Dynamique territoriale et fonctionnement en réseau : Le cas de la PTA 94 ouest. *Management & Avenir Santé*, 5(1), 31 — 52. <https://doi.org/10.3917/mavs.005.0031>
- Sebai, J., & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : Confluence et paradoxe. *Santé publique*, 30(4), 517 — 526. <https://doi.org/10.3917/spub.185.0517>
- Schütz, G. & Noûs, C. (2021). Pour une sociologie du télétravail ancrée dans les organisations. *Sociologies pratiques*, 43, 1-12. <https://doi-org.docelec-u-paris2.idm.oclc.org/10.3917/sopr.043.0001>
- Sicot, F. (2021). Alexandre Mathieu-Fritz, Le praticien, le patient et les artefacts. Genèse des mondes de la télémédecine. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 15 (4), Art. 4. <https://journals.openedition.org/rac/25613>
- Simon, P. (2015). *Télémédecine-Enjeux et pratiques*. Le Coudrier.
- Simon, P. (2017). Pratiques de télémédecine et politique actuelle. *ADSP*, (101), 10-13.
- Simon, P., & Lucas, J. (2013). La télémédecine ce n'est pas du e-commerce. *Association Nationale de Telemédecine and the Ordre national des médecins*.
- Snowell, C. L., Taylor, M. L., Comans, T. A., Smith, A. C., Gray, L. C., & Caffery, L. J. (2020). Determining if Telehealth Can Reduce Health System Costs : Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (10), e17298. <https://doi.org/10.2196/17298>
- Somme, D., Trouvé, H., Passadori, Y., Corvez, A., Jeandel, C., Bloch, M.-A., Ruault, G., Dupont, O., & de Stampa, M. (2013). Prise de position de la

société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral). *Gérontologie et société*, 36/145(2), 201-226.

<https://doi.org/10.3917/gs.145.0201>

Stearns, S. C., & Ebert, D. (2001). Evolution in Health and Disease : Work in Progress. *The Quarterly Review of Biology*, 76 (4), 417 — 432.

<https://doi.org/10.1086/420539>

Stengers, I. (1993). *L'invention des sciences modernes*. La Découverte.

Stuedler, F. (1973). Hôpital, profession médicale et politique hospitalière. *Revue française de sociologie*, 14(1), 13 — 40.

https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_hos_14_1_2156

Stiegler, B. (2019). « *Il faut s'adapter* ». *Sur un nouvel impératif politique*. Gallimard.

Tassy, P. (1991). *L'arbre À Remonter le Temps les Rencontres de la Systématique Et de L'Évolution*.

Tabuteau, D. (2004). Les autres défis de l'assurance maladie. *Les Tribunes de la santé*, 4 (3), 111 — 125. <https://doi.org/10.3917/seve.004.0111>

Tabuteau, D. (2010). Du plan Seguin à la loi HPST : Les évolutions de la politique de santé. *Les Tribunes de la santé, HS 1* (5), 37 — 51.

<https://doi.org/10.3917/seve.hs01.0037>

Talbot, D., Charreire-Petit, S., & Pokrovsky, A. (2020). La proximité comme perception de la distance. *Revue française de gestion*, N° 289(4), 51 — 74.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2020-4-page-51.htm>

Thomas, F., (2019). *L'abominable secret du cancer*. Humensciences.

Tremblay, C. (2015.). *Naissance de la clinique — Michel Foucault—Quadrige—Format Physique et Numérique | PUF*.

- Plane, J. M. (2013). *Théorie des organisations*. Dunod.
- Rojot, J. (2003). *Théorie des organisations*. Eska.
- Tissioui, M., Payre, S., & Joffre, C. (2019). Éditorial : Le territoire, un nouvel enjeu pour les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ? *Management & Avenir Santé*, 5(1), 7-10. <https://doi.org/10.3917/mavs.005.0007>
- Uscher-Pines, L., Mulcahy, A., Cowling, D., Hunter, G., Burns, R., & Mehrotra, A. (2015). Antibiotic Prescribing for Acute Respiratory Infections in Direct-to-Consumer Telemedicine Visits. *JAMA Internal Medicine*, 175(7), 1234-1235. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.2024>
- Verger, P., et al. (2021, mars). Pour huit médecins généralistes sur dix, la vaccination contre la Covid-19 est le meilleur moyen d'éviter de nouvelles vagues épidémiques. DREES.
- Vandeveldt-Rougale, A. (2019). Co-construction. (Co-construction — co-construcción). In *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 126 — 129). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0126>
- Viriot-Durandal, J.-P., & Scheider, M. (2016). La démarche Villes et communautés amies des aînés. Quand vieillir devient un enjeu international pour les sociétés contemporaines. *Vie sociale*, 16(4), 177 — 194. <https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0177>
- Weick, K. E. (1988). Enacted sensemaking in crisis situations. *Journal of Management Studies*, 25(4), 305 — 317. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1988.tb00039.x>
- Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient : Encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social*

- Winnicott, D. (1970). Processus de maturation chez l'enfant. In *Processus de maturation chez l'enfant* (pp. 259-p).
- Yang, Y.-T., Iqbal, U., Ching, J. H.-Y., Ting, J. B.-S., Chiu, H.-T., Tamashiro, H., & Hsu, Y.-H. E. (2015). Trends in the growth of literature of telemedicine: A bibliometric analysis. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 122(3), 471-479. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2015.09.008>
- Zaghmouri, N. (2022). Chapitre 7. Frank Gils, un cadre mobilisant les principes du Lean comme réponse à la crise en réanimation. In *Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19* (p. 94 — 102). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.nobre.2022.01.0094>
- Zampieri, F. (2009). Medicine, Evolution, and Natural Selection: An Historical Overview. *The Quarterly Review of Biology*, 84(4), 333-355. <https://doi.org/10.1086/648122>

Table des Annexes

Annexe 1 Guide d'entretien _____	412
Annexe 2 : Avis du comité d'éthique _____	413
Annexe 3 : Guide de discussion et fiche de prise de notes pour les « fossiles » _____	414
Annexe 4 : Un exemple d'encodage matriciel _____	417
Annexe 5 : La liste complète des caractères et des codes _____	418
Annexe 6 : Extraits de la matrice des caractères pour les dimensions « émotions », « représentations » et « paysage » _____	425
Annexe 7 : Matrice des caractères exhaustive. _____	439
Annexe 8 : Fichiers de l'analyse PAUP _____	435
Annexe 9 : Errata _____	473

ANNEXE 1 GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien pour les TC/C

Racontez-moi votre dernière TC et C ?

Thèmes du guide

- A - Contexte général
- B- Contexte de la TC/C
- C - Situation vis-à-vis du parcours de santé
- D - Situation vis-à-vis du numérique
- E - Gestes
- F- Représentations
- G -Émotions

Relances verbales

- A : Age, habitat, composition du foyer...
- B : Pourquoi consultez-vous en TC plutôt qu'en C ? Votre situation, à domicile pendant la période Covid-19
- C : Avez-vous un médecin traitant ? Avez-vous une complémentaire santé ? Êtes-vous accompagnés par un service (SAAD ou SIAD) ?
- D : Familiarité avec le numérique, êtes-vous autonome ? si oui ou non en quoi ? Avez-vous reçu une aide, avant, pendant ou après la TC en lien avec le numérique en santé ? quel type d'aide, par qui ? pour quoi faire précisément ?
- E : Examen clinique et examen physique pendant la TC et la C (si besoin détailler les étapes)
- F : Recherche de contexte social, familial, analyses complémentaires, anamnèse...
- G : Émotions : que ressentez-vous vis-à-vis de la TC, de la C (utilité, confiance, temps),
Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement ? Comment voyez-vous maintenant le métier de ces personnes ?

ANNEXE 2 : AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

La Rochelle
Université



Avis du comité d'éthique ad-hoc provisoire de l'ED Euclide

Sur le protocole de recherche doctorale

De Madame Elisa CHANIAL, doctorante au CEREGE, La Rochelle université.

Sollicitée par Madame Elisa Chaniel, le comité d'éthique ad-hoc provisoire, constitué des directeurs adjoints responsables des six domaines scientifiques et des activités transversales de l'école doctorale 618 Euclide, réunie le 06/11/2020 donne l'avis suivant sur le protocole de recherche doctoral de Mme Chaniel :

L'avis repose sur le dossier présenté par Madame Chaniel : Description détaillée du protocole de recherche – entretien et observations Elisa Chaniel.pdf, intitulé « Demande d'agrément comité d'éthique pour recueil et traitement des données dans le cadre d'une thèse en Science de gestion ».

L'examen du dossier a permis au comité d'éthique d'évaluer les aspects suivants :

Objectif de la collecte,
Nature des données collectées,
Recrutement des répondants ou des cas d'étude,
Les acteurs visés et critères d'inclusion,
Consentement,
Information et droit d'accès,
Moyens mis en œuvre pour conserver l'anonymat,
Impact de la recherche,
Utilisation des données d'observation,
Préparation, transformation analyse et stockage des données d'observation.

Au vu des garanties offertes par la doctorante vis-à-vis des répondant(e)s, mais aussi pour assurer le contrôle strict des données collectées, ainsi que l'absence d'impact de la recherche, le comité d'éthique donne un **avis favorable**.

Fait à La Rochelle, le 10/11/2020

Karim Aït-Mokhtar
Directeur de l'ED Euclide



ANNEXE 3 : GUIDE DE DISCUSSION ET FICHE DE PRISE DE NOTES DU GROUPE « LES FOSSILES »

Guide de discussion – Fossiles

16 décembre 2021

Racontez-moi vos souvenirs des consultations passées, avant l'apparition du numérique dans les cabinets des médecins (préciser : avant l'ordinateur et la carte vitale)

A- Pour avoir un rdv avec le médecin

B- Le déroulé de la consultation

C- Relation avec le médecin

Relances verbales

A : lui téléphoniez-vous ? vos parents ? à quel moment pouviez-vous le joindre ? se déplaçait-il ?

B : Examen physique, questions, analyses complémentaires, aspect global, examens spécifiques, dépistage maladie, vaccins, consentement pour les gestes et les vaccins. Que pensez-vous de ce type de consultations ? Est-ce que ça a changé de nos jours ?

C : le connaissiez-vous ? vos parents ? vos enfants ? Est-ce qu'il vous écoutait ? prenait du temps pour vous ? connaissez votre situation sociale, familiale économique ? confiance ?

Fiche de prises de notes - recto

16/12/22

Groupe 1 m h 00

- Fr Δ 75
F(1)

- Ni Δ 81
F(2)

- Ma - 73
F(3)

- Cath - 80
F(4)

- Jo - 86
F(5)

période Δ 45 \rightarrow 1960 : en force
France métropo.

Tp 1

A Fr - ϕ rel à domicile

Ni - proximité du cabinet - pieds ϕ transports

Ma - se déplace facilement -

le pharmacien peut le rejoindre

Cath - le soir si urgente - enfants - P.A.

Jo - ou était toujours chez lui

synthèse Proximité +
contact direct +
se déplace

Tp 2

B Fr - en face donc mesure + poids ou exam phy
langue - yeux - palpation $\oplus \oplus$

Ni - langue - yeux - réflexe - toujours exam phy

Ma - au aspect global $\oplus \oplus$

Fiche de prises de notes - verso

Cath = examen couplet pour les adultes aussi!
se souviens de sa grande-sœur / mère /
grd-mère
" mon homéopathe
le fait encore ! "

Jo = " il ne me posait pas beaucoup de questions,
la psychologie - ça va ou pas ? , ça non,
c'est une façon moderne de voir - A l'ancienne
époque on ne s'intéressait pas à se ---
les médecins je veux dire "

synté = examen phy \Rightarrow oui
des gestes "perdus" de nos jours
⊕ de proximité physique
⊖ de " " humaine - (psy)

Tp3

Fz = " il prenait le temps " (en parlait de la
c)
Ni = " je respectais ⊕ ses
prescriptions que maintenant "

Cath = " on avait ϕ de doc de famille ---
car il n'y avait qu'un seul doc dans
mon village" --- "pas de choix"
"choix du patient" --- "c'est qq chose de
moderne"

Jo = oui ok avec Cath -

ANNEXE 4 : UN EXEMPLE D'ENCODAGE MATRICIEL

Lignes :

- Codes\TC\TC-CARDIO
- Codes\TC\TC-CHIR
- Codes\TC\TC-DERMATO
- Codes\TC\TC-ENDOCRINO
- Codes\TC\TC-Généraliste
- Codes\TC\TC-Généraliste\TC-COVID

Colonnes :

- Cas\01
- Cas\02
- Cas\03
- Cas\04
- Cas\05
- Cas\06

Matrice de croisements

	A : 01	B : 02	C : 03	D : 04	E : 05	F : 06	G : 07	H : 08
1 : Les ém...	5	8	1	0	3	4	2	3
2 : Cardio	2	0	0	0	0	0	0	0
3 : Chirur...	0	0	0	0	0	0	0	0
4 : Dérmat	0	0	0	0	0	0	0	0
5 : DMCL...	0	0	0	0	0	0	0	0
6 : DMC	0	0	0	0	0	0	0	0
7 : Endocr...	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Généra...	0	0	0	0	0	0	0	0
9 : COVID	0	2	0	0	0	0	0	0
10 : Renou...	0	0	0	0	1	0	0	0
11 : Neuro	0	0	0	0	0	0	1	0
12 : Pneu...	0	0	0	0	1	0	0	0
13 : Réum...	0	0	0	0	0	0	0	0
14 : Confi...	0	3	1	0	0	1	0	1
15 : Conn...	0	0	0	0	0	0	1	0
16 : distan...	4	5	1	0	0	1	1	0
17 : Abs_é...	0	0	0	0	0	0	0	0
18 : comp...	0	2	0	0	0	0	0	0
19 : traite...	3	0	0	0	0	0	0	0
20 : utilis...	1	3	1	0	0	1	2	0

ANNEXE 5 : LA LISTE COMPLÈTE DES CARACTÈRES ET DES CODES

Généralités		
	0	Absence
	1	Présence
	?	Informations manquantes
	Z	Ne s'applique pas
	{1,0}	Coprésence de 2 états
	Modalités	
Sujets	F = fossile	
Caractères		Codes
1 - spécialistes		
	Cardio/pneumo/généralistes	1
	Chirurgiens (gastro: urologue, proctologue, gynécologues)	2
	Dermatologues	6
	Neurologues /gériatres	3
	Metabologie (diabeto,endocrino, nutritionniste)	4
	Psychologue	6
	Rhumatologie (rhumato, ortho, kine)	5
2- motifs		
	Suivi de maladie chronique	1
	Trouble psychique	2
	Bilan diagnostique	3

	Maladie infectieuse	4
	Cancérologie	5
	Traumatologie	6
3-Percussion		
4-Se Réchauffe		
Les Mains		
5-Palpation		
6- Auscultation		
7- Inspection		
8- Inspection		
Langue		
9-Inspection		
Couleur De		
L'œil		
10-Stéthoscope		
11- Oxymètre		
12-Ecg		
13-Tensiomètre		
	Autonomie (seul)	1
	Famille	2
	Siad	3
	Camera	4
	Application téléphonique	5
	Pharmacien	6
	Cabine connectée	7
14-Ecoute		
	Possible grâce à la médiation du siad	3
	Possible grâce à la médiation de la famille	4

	Possible, mais diminuée à cause d'un problème technique	5
15-Relation		
	Possible grâce à la médiation du siad	3
	Possible grâce à la médiation de la famille	4
	Possible, mais diminuée à cause d'un problème technique	5
	Possible, car préexistante à la tc	6
16-Confiance		
	Possible grâce à la médiation d'un tiers	4
17- Satisfaction		
	Possible grâce à la médiation d'un tiers	4
18-Analyses complémentaires		
	Mmse	2
	Equilibre/ top&go	3
	Test respiration	4
	Tests d'effort/cardio	5
	Densitomètre	6
	Echographie	7
	Biopsie	8
	Radio	9
	Photographie (surveillance plaies et naevus)	10
	Mna	11

19- Interrogatoire	Oui	1
	Non	0
20- Aspect global		
	Possible grâce à la médiation du siad	3
	Possible grâce à la médiation de la famille	4
21- Utilité	Oui	1
22-Innovation		
23-Temps		
24-TC=C=TC		
	Non	2
25- Intention de recommencer		
	Oui s'il n'y a pas d'autres possibilités	2
	Oui s'il y a aide humaine	3
	Oui s'il s'agit simplement d'un renouvellement ordonnance / si ce dont je souffre n'est rien de grave	4
26- Connaissance doc		
	Oui	1
	Non	0
27-Familiarité avec les techno	J'utilise l'ordinateur et les outils connectés en autonomie	1

	Je peux utiliser l'ordinateur et les outils connectés si une autre personne le fait avec moi, me montre, reste à côté	2
	J'ai besoin qu'on utilise à ma place l'ordinateur ou les outils connectés	3
28-Tiers/accès TC		
	J'ai pu accéder techniquement à la TC grâce à l'assistance du saad /siad	1
	J'ai pu accéder techniquement à la TC grâce à l'assistance de la famille	2
	J'ai pu accéder techniquement à la TC grâce à l'assistance d'une association/gardien	3
	J'ai pu accéder techniquement à la TC en toute autonomie	4
29- Tiers/que font les tiers pour permettre l'accès à la TC		
	Connexion	1
	Internet	2
	Connexion + internet (mise en route complexe)	3
30- Qui sont les tiers avant la TC		
	Saad/siad	1
	Famille	2

	Association/gardiens/voisins	3
	Autonomie	4
	Pharmacien	6
31-Tiers / que font les tiers avant la TC		
	Prendre la tension Prendre la tension + mesurer l'oxygène dans le sang	
32- Tiers/ qui sont les tiers pendant la TC		
	Saad/siad	1
	Un membre de la famille qui est un professionnel de santé	7
	Un membre de la famille	2
	Pharmacien	6
33-Tiers/ que font les tiers pendant la TC		
	Palpation + inspection	1
	Auscultation + stéthoscope	2
	Oxymètre + tension	3
	Stéthoscope + tension	4
	Aspect général	5
34-Tiers/qui sont les tiers après la TC		
	Saad/siad	1

	Famille	2
	Association/gardien	3
	Autonomie	4
	Pharmacien	6
35-Tiers/que font les tiers après la TC		
	Impression de l'ordonnance par le pharmacien	6
	Impression de l'ordonnance par la famille	2
	Impression de l'ordonnance par le gardien/ association	3
	Impression de l'ordonnance par le saad/siad	1

**ANNEXE 6 : EXTRAITS DE LA MATRICE DES CARACTÈRES
POUR LES DIMENSIONS « ÉMOTIONS »,
« REPRÉSENTATIONS » ET « PAYSAGE »**

EMOTIONS				
Sujets	Ecoute	Relation	Confiance dans le doc	Satisfaction
C 1	1	1	1	1
TC 1	1	0	0	0
C 2	1	Z	1	1
TC 2	1	0	1	0
C 3	1	1	1	1
TC 3	1	0	1	0
C 4	1	0	1	1
TC4	0	Z	0	{1,0}
C 5	1	0	1	1
TC 5	0	6	0	{1,0}
C 6	1	1	0	1
TC 6	0	0	{1,0}	{1,0}
C 7	1	0	1	{1,0}
TC 7	0	0	1	0
C 8	1	1	1	1
TC 8	0	Z	1	0
C 9	1	1	1	?
TC 9	0	6	1	1
C 10	1	1	1	1
TC 10	0	0	{1,0}	0
C 11	1	1	1	1
TC 11	3	0	1	1
C 12	?	?	1	?
TC 12	0	0	1	{1,0}
C 13	1	Z	1	1
TC 13	3	0	{1,0}	0
C 14	1	1	1	1
TC 14	4	4	4	4
C 15	1	0	1	1
TC 15	4	4	{1,0}	{1,0}
C 16	1	0	1	1
TC 16	1	0	0	0
C 17	1	1	1	0
TC 17	1	Z	0	{1,0}
C 18	1	Z	1	1
TC 18	0	0	1	Z
C 19	1	1	1	0

REPRESENTATIONS				
Sujets	ECG	Analyses Complémentaires	Interrogatoire	Aspect Global
C 1	1	0	1	1
TC 1	0	0	1	1
C 2	?	1	1	1
TC 2	0	0	1	0
C 3	?	1	?	1
TC 3	0	1	1	0
C 4	?	1	?	1
TC4	0	1	1	0
C 5	?	1	1	1
TC 5	0	1	1	0
C 6	1	1	1	1
TC 6	0	1	1	0
C 7	?	0	1	1
TC 7	0	1	1	0
C 8	Z	1	1	1
TC 8	0	0	1	0
C 9	?	1	1	1
TC 9	0	1	1	0
C 10	?	0	1	1
TC 10	0	0	1	0
C 11	?	0	1	1
TC 11	?	1	1	3
C 12	?	1	0	1
TC 12	?	0	1	0
C 13	?	1	0	1
TC 13	?	1	1	3
C 14	1	0	1	1
TC 14	?	1	1	4
C 15	?	1	1	0
TC 15	?	1	1	4
C 16	?	1	0	1
TC 16	?	1	1	0
C 17	?	2	0	?
TC 17	?	2	1	0
C 18	?	1	1	1
TC 18	5	1	1	0
C 19	?	0	1	1

PAYSAGE

Sujets	Utilité	Innovation	Temps	TC =C=TC	Intention de recommencer	Connaissance et doc	Familiarité avec les techno	Tiers aidants pour accéder à la TC	Tiers aidants : que font-ils pour permettre l'accès à la téléconsultation ? J-0	Tiers aidants : qui sont-ils avant la téléconsultation ? J-1	Tiers aidants : qui sont les tiers pendant la téléconsultation ? J-0	Tiers aidants : que font-ils pendant la téléconsultation ? J-0	Tiers aidants : qui sont les tiers après la	Tiers aidants : que font les tiers après la
C1	1	0	0	0	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC1	0	0	0	0	0	0	1	4	Z	Z	Z	Z	Z	Z
C2	1	0	0	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC2	0	0	0	0	0	0	3	1	1	Z	Z	Z	Z	Z
C3	1	Z	0	0	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC3	0	0	0	0	0	0	1	4	Z	Z	Z	Z	Z	Z
C4	1	0	0	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC4	{1,0}	1	1	{1,0}	1	0	{1,2}	6	1	0	6	0	6	1
C5	1	0	0	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC5	Z	{1,0}	Z	0	0	1	1	4	Z	Z	Z	Z	Z	Z
C6	1	Z	1	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC6	{1,0}	Z	0	1	{1,0}	1	{2,3}	1	2	Z	Z	Z	Z	Z
C7	1	Z	0	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC7	{1,0}	1	?	{1,0}	0	1	1	4	Z	1	Z	Z	Z	Z
C8	1	0	0	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC8	{1,0}	1	0	0	2	0	1	4	Z	6	Z	Z	Z	Z
C9	1	0	0	1	Z	1	Z	Z	Z	3	Z	Z	Z	Z
TC9	{1,0}	1	{1,0}	{1,0}	1	1	{1,2}	4	Z	Z	Z	Z	Z	Z
C10	1	0	0	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC10	0	0	0	2	2	0	2	2	1	Z	Z	Z	6	1
C11	1	Z	Z	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC11	1	?	1	1	{4,3}	1	{2,3}	1	2	1	1	5	Z	Z
C12	1	0	1	0	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC12	{1,0}	1	0	0	0	1	{1,2}	4	Z	1	Z	Z	Z	Z
C13	1	Z	Z	0	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC13	1	0	1	0	3	1	2	1	3	Z	1	1	Z	Z
C14	1	Z	Z	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC14	1	1	1	1	3	1	3	2	1	Z	7	2	2	1
C15	1	0	1	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC15	Z	0	1	1	3	1	{1,2}	2	Z	Z	7	2	Z	Z
C16	1	Z	Z	0	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC16	0	1	0	0	0	0	3	3	Z	Z	Z	Z	Z	Z
C17	1	1	1	1	Z	0	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC17	{1,0}	1	{1,0}	0	0	0	{2,3}	1	3	Z	Z	Z	6	1
C18	1	0	?	1	Z	1	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
TC18	1	1	1	1	1	0	1	4	Z	Z	Z	Z	Z	Z
C19	1	Z	Z	1	Z	0	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z

ANNEXE 7 : MATRICE DES CARACTÈRES EXHAUSTIVE.

Ceci est notre fichier source pour l'analyse PAUP

#NEXUS

begin data;

dimensions ntax=175 nchar=35;

format symbols="0123456789AB";

matrix

```

C1      110?110??101111110111000?1?????????
TC1     11??000??0000100001100000014?????????
C2      111?11??11?11?111111001?1?????????
TC2     110?000??000010100100000003111?????
C3      111?11??1??111111?11?00?1?????????
TC3     110?000??0001101011000000014?????????
C4      110?110??11?110111?11001?1?????????
TC4     11??077??77070?0{1,0}110{1,0}11{1,0}10{1,2}61606061
C5      25??100??????10111111001?1?????????
TC5     26??000??0000060{1,0}110?{1,0}?00114?????????
C6      111?111??111111011111?11?1?????????
TC6     11???00??000000{1,0}{1,0}110{1,0}?01{1,0}1{2,3}121?????
C7      11??01??1??1101{1,0}0111?01?1?????????
TC7     11??000??00060010110{1,0}1?{1,0}0114?61????
C8      131?110??1??11111111001?1?????????
TC8     14??000??06060?10010{1,0}1002014?63????
C9      111?01??1??1111?1111001?1?????????
TC9     11???00??00000611110{1,0}1{1,0}{1,0}11{1,2}4?????????
C10     111?11??11?111110111001?1?????????
TC10    11??000??000100{1,0}0010000020221?????61
C11     6??11??11?111110111??1?1?????????
TC11    66??4?????330111131?11{4,3}1{2,3}121?15??
C12     111?010??1??1??1?1011010?1?????????
TC12    11?????????6001{1,0}010{1,0}10001{1,2}4?61????
C13     110?0?0??10?11?111011??0?1?????????

```

- TC13 11??3?3??01?130{1,0}0113101031213??11??
- C14 110?11??11111110111??1?1????????
- TC14 111??2???21?144441141111313212?7221
- C15 110?011??1??110111101011?1????????
- TC15 11??12???22?244{1,0}{1,0}114?01131{1,2}2?2?72??
- C16 12???0???10?110111011??0?1????????
- TC16 12????1?????100011001000033?3?????
- C17 320?111??10?1111020?1111?0????????
- TC17 31??????????1?0{1,0}210{1,0}1{1,0}000{2,3}13????61
- C18 130??1???10?11?1111110?1?1????????
- TC18 11?????????555001?11011111014???????
- C19 110?01???10?111100111??1?0????????
- TC19 11?????????1?1100?010001{1,0}0021?1?????
- C20 11??11???1??100100011??1?1????????
- TC20 11??????????15?1?110010?01{1,2}4???????
- C21 11??1?????????????111111?1????????
- TC21 11?????????3?331{1,0}0113101011211??15??
- C22 63??111??111111111111??1?1????????
- TC22 61??1?1?????11101111111021231?????31
- C23 11??1???1??1{1,0}?110111??1?1????????
- TC23 14?????????6?60?{1,0}011{1,0}0110{4,3}021163??61
- C24 111?010??10?100?00010??1?1????????
- TC24 11?????????55?501?0110?11{1,0}1114???????
- C25 33??011??1??10?{1,0}03?11011?1????????
- TC25 310?000??000130{1,0}0313{1,0}11100311??1511
- C26 11??11???11?101111?01??1?0????????
- TC26 110?000??00005610110?1?00114???????
- C27 110?01???1??11?111011011?0????????
- TC27 110?000??00000000110010000311?????11
- C28 12??01???10?100?00100??1?1????????
- TC28 120?000??00000000110111?1014???????
- C29 610?110??11?10?111?11??1?1????????
- TC29 610?000??01?601001130110002116115??

- C30 111?110??1?1111?11011111?1?????????
- TC30 631?1?1?????54100100100{4,3}122?2?????
- C31 110?11??1??111110111??1?1?????????
- TC31 14??0?????1?60100110{1,0}11{1,0}0121161????
- C32 61??11??1??1111?1111??1?1?????????
- TC32 11?????????1?1160011?00104121?1?????
- C33 11??110??1??111111111??1?1?????????
- TC33 110?00??????111101100?100033?3?????
- C34 61??110??11?111110111??1?1?????????
- TC34 61??0????????1111011{1,0}0?{1,0}{1,0}00211??????
- C35 110?110??10?11111?111??1?1?????????
- TC35 11????????????1411114111{1,0}1122?2??5??
- C36 11??11??10?110111111??1?0?????????
- TC36 11??0????????100011001100033?3?????
- C37 110?111??1??110{1,0}?0111?11?0?????????
- TC37 11??0?????????5?0{1,0}1101?1010321????61
- C38 110?01??1?111111111??1?1?????????
- TC38 14??00?????1?1111110101111313??????
- C39 111?110??11?11?110111??1?1?????????
- TC39 14??2??2??24040010{1,0}?1000221??24??
- C40 241?01??1??11?1??111??1?1?????????
- TC40 21?????????2?216{1,0}001?1010112222?23??
- C41 110?111??11?111111111??1?1?????????
- TC41 11??0?????????1?0011000{1,0}000{1,2}3?3?????
- C42 111?011??1?01{1,0}{1,0}1101101?11?????????
- TC42 11??0?????1?11111010101131211??????
- C43 13??11??1??110110101????1?????????
- TC43 13??????????1?????10111010{1,2}2?2?????
- C44 61??11??11?110{1,0}?0111??0?????????
- TC44 14??????????100{1,0}0110{1,0}11000212????61
- C45 15??11??11?11?114111011?0?????????
- TC45 11?????????1??101111010111212????61
- C46 111?11??1??11?111?01????1?????????

- TC46 11??????????1?0011?000000221????21
- C47 261?111??1??111111111????0?????????
- TC47 26??1????????001011011{1,0}00121?1?????
- C48 141?111??1??110110001????1?????????
- TC48 14?????????1?10?10110{1,0}11001333???????
- C49 120?110??1??1001?001010??1?????????
- TC49 62????????????1?{1,0}{1,0}110{1,0}1002021?1?????
- C50 321?11??1??111?12111????0?????????
- TC50 31????????????111{1,0}010100011331???????
- C51 13??111??1?111011511101??0?????????
- TC51 11????????????14?1{1,0}010110101223???????
- C52 110?110??1??11?11?101????1?????????
- TC52 14?????????1?110{1,0}11101?1011311???????
- C53 63??101??00?00?111101????0?????????
- TC53 61??1?????????5?10110{1,0}0{1,0}041213???????
- C54 131?1?1??101110110101????1?????????
- TC54 11????????????10101101010{1,0}1232?????61
- C55 250?111??1??110117111????1?????????
- TC55 26????????????16{1,0}10101?111132?2???????
- C56 610?111??1??11?11011101??1?????????
- TC56 11??0?1?????0101011?1010{1,0}1{1,2}4?????????
- C57 111?011??11?111110011????1?????????
- TC57 11????????????10100?100100{4,3}031?1?????
- C58 110?110??1??11?110101?1??0?????????
- TC58 14?????????1?1061{1,0}110101011321?????21
- C59 131?01??1?1111111?111????1?????????
- TC59 11????????????1??10010111021213???????
- C60 561?111??10?111116111????1?????????
- TC60 11?????????0??1?1{1,0}11?1?1041212???????
- C61 ??????????????00000001????0?????????
- TC61 ???1?????????10?0011000000133?3?????
- C62 110?110??10111?110111????1?????????
- TC62 13?????????1?610111141?1111{1,2}2?6125??

- C63 530??10??1??1101160?1????1?????????
- TC63 51??1????????40{1,0}{1,0}11?110{1,0}2122???????
- C64 111?110??11?111110011????1?????????
- TC64 14?????????1?1101101411111221???521
- C65 141?111??1??1101{1,0}?111????1?????????
- TC65 14????????????011011010101114?????????
- C66 331?01???10?11?1101?1????0?????????
- TC66 62?????????0??111101?11001114?????????
- C67 650?111??10?111{1,0}18111????0?????????
- TC67 26????1??????101{1,0}A10{1,0}010{1,0}1{1,2}4?????????
- C68 560?101??0??011110111????1?????????
- TC68 56????????????4?1{1,0}A1?01004132?2???????
- C69 33??111??1??111111111111????0?????????
- TC69 31??0?????????01110010011001212?????????
- C70 230?111??1??11?117101????0?????????
- TC70 26??0?????????111011010001123?3???????
- C71 260?111??1??10011911111??0?????????
- TC71 51????????????11?11210{1,0}1010114?????????
- C72 610?000??000011110111????1?????????
- TC72 14?????????6?61110?1?{1,0}010{1,0}014?63?????
- C73 1??11??1??111110101????0?????????
- TC73 11??1?????1?11?1101000{1,0}101211?????61
- C74 141?011??11?11????011000??1?????????
- TC74 11??1?????0??001011001000114?????????
- C75 22?????????????1?1?0101????1?????????
- TC75 21?????????6?11610010{1,0}00001{1,2}32?????????
- C76 560?000??100011110111????1?????????
- TC76 56????????????0{1,0}1{1,0}{1,0}010{1,0}11{1,0}40{1,2}2?2???????
- C77 63??011??10?111111B111????0?????????
- TC77 61??000??00??111101010{1,0}0{1,0}031?1?????
- C78 211?111??1??11111111?1????0?????????
- TC78 21?????????????1111?1?{1,0}000{1,0}114?????????
- C79 111?01???1011111111111111????1?????????

TC79 14????????1?101101?0000000{1,2}4???????

C80 61??111??1??110111111????1?????????

TC80 61??????????1011?1?101111223????61

F1 ??111111110010111011????1?????????

F2 ??111111110011111011????1?????????

F3 ??11111111001111111????1?????????

F4 ??111111110010111011????1?????????

F5 ??11111111001111111????1?????????

F6 ??111111110010111011????1?????????

F7 ??11111111001111111????1?????????

F8 ??111111110010111011????1?????????

F9 ??11111111001011111????1?????????

F10 ??111111110011111011????1?????????

F11 ??111111110011111011????1?????????

F12 ??111111110011111011????1?????????

F13 ??111111110010111011????1?????????

F14 ??11111111001111111????1?????????

F15 ??111111110010111011????1?????????

;
end;

ANNEXE 8 : FICHIERS DE L'ANALYSE PAUP

P À U P *

Version 4.0a (build 169) for Macintosh (X86) (built on Feb 10 2021 at 16:12:22)
vendredi 20 mai 2022 15:42:45 heure avancée d'Europe centrale

Heuristic search aborted (while swapping on tree #1206)

Total number of rearrangements tried = 232788863

Score of best tree(s) found = 457

Number of trees retained = 720101

Time used = 360:37:34 (CPU time = 01:42:33.0)

paup> describeTrees;

Tree description:

Unrooted tree(s) rooted using outgroup method

Optimality criterion = parsimony

Character-status summary:

Of 35 total characters:

All characters are of type 'unord'

All characters have equal weight

4 characters are constant (proportion = 0.114286)

All variable characters are parsimony-informative

Number of parsimony-informative characters = 31

Multistate taxa interpreted as uncertainty

Character-state optimization: Accelerated transformation (ACCTRAN)

Tree 1 (rooted using user-specified outgroup)

Note: Tree can not be rooted such that specified ingroup is monophyletic.

Tree length = 457

Consistency index (CI) = 0.2101

Homoplasy index (HI) = 0.7899

Retention index (RI) = 0.6559

Rescaled consistency index (RC) = 0.1378

```

/ C1
|
|          /----- TC11
|          /-324
|          | \----- TC21
|          /325
|          /-326 \ TC60
|          | |
|          /--327 \----- TC53
|          | |
|          | \ TC54
|          |
|          331          /----- TC12
|          ||          |
341          ||          /-----329--- TC20
||          ||          | 328
||          /--333 \-----330          \ TC74
||          | |          |
||          | |          \----- TC61
||          | |
||          | |          /-- C75
||          | |          \-----332
|| /--337          \ TC75
||| |
||| |          / C43
||| |          /334
||| |          | \ C54
||| |          /-335

```

| 340 \--336 \--- C48
| | |
| | \---- C63
| |
| | /-- TC50
| | |
| \--339 / C58
| \--338
| \ C73
|
| / C2
| |
| | /----- C6
| ||
| || /----- TC17
| 279 | /----269
| || | \-- TC69
| || /270
| || /----271 \-- TC59
| || | |
| |278 272 \----- TC51
| | | ||
| | | 273 \--- TC42
| | | |
| | |274 \-- TC73
| 280 | |
| | +275---- C26
| | | |
| | | \ C46
| |277
| 281 | / C21
| | \276
| | \-- C30

| |
 | +-- C4
 | |
 | +-- C41
 | |
 | | / C10
 | 292 |
 | |282 C39
 | |||
 | ||\--- C64
 | ||
 | || / C11
 | || |
 | || | / C37
 | || | 283
 /-----323 291 | |\----- C51
 | | || 288 /284
 | | || ||| \ C44
 | | || |286
 | | /295 | ||| /-- C45
 | | |||/28287 \--285
 | | |||| || \----- C67
 | | |||| ||
 | | |||| |\ C56
 | | |290 |
 | | | | \ C34
 | | | |
 | | | | \ C14
 | | | |
 | | | | /--- C22
 | | |293
 | | | | \ C32
 | | |294

| | | \-- C29
 | | |
 | | | / C7
 | | | |
 | | | | /--- C20
 | | | /--299 296
 | | | | | \--- C49
 | | 310 | | 297
 | | | | \--298 \-- C24
 | | | /-300 |
 | | | | | \---- C28
 | | | | |
 | | | /--302 \ C19
 | | | | |
 | | | | | /--- TC34
 | | | | | \-301
 | | | 304 \----- TC46
 | | | |
 | | | | / C9
 | | | | |
 | | | 30303--- C59
 | | 312 | |
 | | | | \ C79
 | | | | |
 | | | 308 C38
 | | | | |
 | | | | | /-- C12
 | | | | | 306
 | | | +309 | | \ C13
 | | | | | \--307
 | | 314 | | \-- C27
 | | | | |
 | | | | | \ C33

	/-- C8		
	+311		
	315 \ C18		
	/----- C5		
	\313		
	\-- C36		
	\-- C3		
	322 / C23		
	+ C31		
	/--317 / C52		
	+--316		
	318 \-- TC71		
	\-321 319 C35		
	\ C62		
	\--- TC78		
		/----- TC1	
		/----- TC10	
		/---- TC13	
		/-----176	
	188 \---- TC32		

| | | | /----- TC16
 | | | | 177
 | | | | | \ TC36
 268 | | | | /184 |
 | | \--187 | | | | /----- TC29
 | | | | | /--178
 | | | | | /--182 | \-- TC31
 | | | | | /----179
 | | | | | /---180 \----- TC79
 | /----189 | | | | | | |
 | | | | /-185 \-183 \--181 \--- TC48
 | | | | | | | |
 | | | | | | | \ TC33
 | | | | | | |
 | | | \--186 | | \ TC41
 | /----190 | | | |
 | | | | | \ TC19
 | | | | |
 | | | | | \----- TC39
 | | | |
 | | | \-- TC3
 | /-193 |
 | | | \ TC2
 | | |
 | | | /----- TC25
 | | | /-191
 | | | | \----- TC57
 | /196 \--192
 | | | \ TC27
 | | |
 | | | /-- TC6
 | | | /194
 | | | | \---- TC47

		\-195	
		\----- TC44	
		/----- TC4	
		197	
		+-- TC28	
		198	
		/199---- C61	
		\----- TC37	
		/-213	
			/----- TC8
			/-200
		/-205	\----- TC23
			/-----202
			/-- TC65
			201
267			/203 \-- TC72
			\----204 \---- TC24
			/--209
			\----- TC18
			/----- TC5
		/214	206
			+--- TC26
		\-----212	207
			208 \----- TC7
			\-- TC9
		/-215	/ TC56

```

|           | | | \----211 /-- TC67
|           | | | \--210
|           | | | \----- TC70
|           /--216 | |
|           | | | \----- C53
|           | | |
|           | | \----- TC49
|           /--218 |
|           | | \---- TC77
|           | |
264         | | /-- TC66
|           /-219 \--217
|           | | \ C72
|           /--220 |
|           | | \--- C76
|           | |
|           | \ C68
|           /----223
| | |       /----- TC30
| | |       /-221
| 224 |     | \----- TC68
| || \-----222
| ||       \---- TC76
| ||
263226 \-- C60
| |
| | /----- TC22
| \-----225
| \----- TC63
|
| /-- C42
| |
262266-- C57

```

```

| 265
| \---- C74
|
+ F11
261
+ F2
|
+ F12
|
+ F10
|
|           /----- TC14
|           /----227
|           | \----- TC15
|           /--228
|           | \ TC35
|           /-----230
|           | | /-- TC62
|           | \--229
|           | \---- TC64
|           /--236
|           | | /--- C15
|           | | |
|           | | | /----- TC38
|           | \-235 /-231
|           | | | \--- TC52
|           237  | |
|           || \234 /-- C40
|           || | /--232
|           || | | \-- TC55
|           || 233
|           /239 | \----- TC58
|           | | |

```

| | \-- TC45
 260 | |
 | | / C80
 | | \-238
 | | \ TC80
 | |
 | | /----- C17
 | | /-240
 | | | \ C50
 | | /242
 | | | /-- C47
 | | | 241
 | 251 | \ C78
 | | 246
 | | | /----- C25
 | | | |
 | | | /-244 C66
 | | | 243
 | | 247 \245 \----- C77
 | | | |
 | | | \ C69
 | 252 248
 | | + F3
 | | 249
 | | + F7
 | | |
 | 253 +-250 F5
 | | | |
 | | | \ F14
 | | |
 | | \--- C65
 | |
 +-----258 \----- C16

```

|
|
| /----- TC40
|
| |
| | /-- TC43
| \-----257 /254
| | | \ C70
| | 255
| \----256 \----- C71
|
|
| \-- C55
|
|
| / F1
||
| + F4
||
| + F6
||
259 F8
|
+-- F9
|
+ F13
|
\F15

```

Apomorphy lists:

Branch	Character	Steps	CI	Change
node_260 <-> node_259	14	1	0.148	1 <=> 0
node_268 --> node_323	3	1	0.077	1 ==> 0
	7	1	0.308	1 ==> 0
	12	1	1.000	0 ==> 1

25 1 0.222 1 --> 0
 28 1 0.174 2 --> 1
 node_323 --> node_341 28 1 0.174 1 --> 3
 node_341 --> node_340 20 1 0.200 1 ==> 0
 node_340 --> node_337 15 1 0.130 1 ==> 0
 29 1 0.154 1 --> 2
 node_337 --> node_333 7 1 0.308 0 --> 4
 17 1 0.182 1 ==> 0
 node_333 --> node_331 18 1 0.333 0 ==> 1
 node_331 --> node_327 13 1 0.353 1 --> 3
 23 1 0.056 0 ==> 1
 node_327 --> node_326 25 1 0.222 0 ==> 4
 28 1 0.174 3 ==> 1
 node_326 --> node_325 20 1 0.200 0 --> 3
 node_325 --> node_324 11 1 0.500 0 --> 3
 14 1 0.148 1 ==> 3
 node_324 --> TC11 1 1 0.129 1 ==> 6
 2 1 0.122 1 ==> 6
 17 1 0.182 0 ==> 1
 24 1 0.083 0 ==> 1
 node_324 --> TC21 15 1 0.130 0 ==> 1
 25 1 0.222 4 ==> 1
 29 1 0.154 2 ==> 1
 node_326 --> TC53 1 1 0.129 1 ==> 6
 14 1 0.148 1 ==> 5
 29 1 0.154 2 ==> 3
 node_331 --> node_330 14 1 0.148 1 ==> 0
 21 1 0.091 1 ==> 0
 27 1 0.118 2 --> 1
 30 1 0.333 1 --> 3
 node_330 --> node_329 22 1 0.062 0 ==> 1
 28 1 0.174 3 ==> 4
 30 1 0.333 3 --> 6

node_329 --> TC12 13 1 0.353 1 ==> 6
18 1 0.333 1 ==> 0
node_328 --> TC20 14 1 0.148 0 ==> 5
node_330 --> TC61 16 1 0.154 1 ==> 0
27 1 0.118 1 --> 3
node_333 --> node_332 1 1 0.129 1 ==> 2
11 1 0.500 0 --> 6
15 1 0.130 0 --> 6
node_332 --> C75 2 1 0.122 1 ==> 2
node_337 --> node_336 2 1 0.122 1 ==> 3
19 1 0.100 1 --> 0
node_336 --> node_335 3 1 0.077 0 ==> 1
7 1 0.308 0 ==> 1
node_335 --> node_334 19 1 0.100 0 --> 1
node_335 --> C48 2 1 0.122 3 ==> 4
node_336 --> C63 1 1 0.129 1 ==> 5
18 1 0.333 0 ==> 6
node_340 --> node_339 25 1 0.222 0 --> 1
27 1 0.118 2 --> 3
node_339 --> TC50 1 1 0.129 1 ==> 3
node_339 --> node_338 23 1 0.056 0 --> 1
26 1 0.048 1 ==> 0
node_322 --> node_315 18 1 0.333 0 ==> 1
node_315 --> node_314 24 1 0.083 0 ==> 1
node_310 --> node_295 11 1 0.500 0 ==> 1
node_280 --> node_279 3 1 0.077 0 ==> 1
node_279 --> node_278 23 1 0.056 0 ==> 1
node_278 --> C6 7 1 0.308 0 ==> 1
16 1 0.154 1 ==> 0
node_277 --> node_275 20 1 0.200 1 ==> 0
node_274 --> node_273 18 1 0.333 1 ==> 0
node_273 --> node_272 5 1 0.200 1 ==> 0
node_272 --> node_271 17 1 0.182 1 --> 0

22 1 0.062 0 ==> 1
 29 1 0.154 1 ==> 3
 node_271 --> node_270 24 1 0.083 1 ==> 0
 node_270 --> node_269 1 1 0.129 1 ==> 3
 13 1 0.353 1 --> 0
 21 1 0.091 1 --> 0
 node_269 --> TC17 16 1 0.154 1 ==> 0
 18 1 0.333 0 ==> 2
 26 1 0.048 1 ==> 0
 node_269 --> TC69 29 1 0.154 3 ==> 2
 node_270 --> TC59 25 1 0.222 0 ==> 2
 node_271 --> TC51 14 1 0.148 1 ==> 4
 23 1 0.056 1 ==> 0
 28 1 0.174 1 ==> 2
 node_272 --> TC42 25 1 0.222 0 ==> 3
 node_273 --> TC73 21 1 0.091 1 ==> 0
 node_274 --> C26 14 1 0.148 1 ==> 0
 26 1 0.048 1 ==> 0
 node_277 --> node_276 22 1 0.062 0 ==> 1
 node_276 --> C30 19 1 0.100 1 ==> 0
 node_280 --> C4 15 1 0.130 1 ==> 0
 node_281 --> C41 7 1 0.308 0 ==> 1
 node_292 --> node_291 18 1 0.333 1 ==> 0
 node_291 --> node_282 3 1 0.077 0 ==> 1
 node_282 --> C64 19 1 0.100 1 ==> 0
 node_291 --> node_290 23 1 0.056 0 --> 1
 node_290 --> node_289 1 1 0.129 1 ==> 6
 node_289 --> node_288 7 1 0.308 0 --> 1
 node_287 --> node_286 26 1 0.048 1 ==> 0
 node_286 --> node_284 15 1 0.130 1 ==> 0
 node_284 --> node_283 1 1 0.129 6 ==> 1
 node_283 --> C51 2 1 0.122 1 ==> 3
 18 1 0.333 0 ==> 5

node_286 --> node_285 2 1 0.122 1 ==> 5
 18 1 0.333 0 --> 4
 node_285 --> C45 1 1 0.129 6 ==> 1
 node_285 --> C67 11 1 0.500 1 ==> 0
 18 1 0.333 4 --> 8
 node_295 --> node_294 1 1 0.129 1 ==> 6
 node_294 --> node_293 7 1 0.308 0 --> 1
 node_293 --> C22 2 1 0.122 1 ==> 3
 node_294 --> C29 14 1 0.148 1 ==> 0
 node_310 --> node_309 34 1 0.750 6 --> 2
 node_309 --> node_308 5 1 0.200 1 ==> 0
 node_304 --> node_302 17 1 0.182 1 ==> 0
 26 1 0.048 1 --> 0
 node_302 --> node_300 18 1 0.333 1 ==> 0
 22 1 0.062 0 --> 1
 node_300 --> node_299 15 1 0.130 1 ==> 0
 26 1 0.048 0 --> 1
 node_299 --> node_298 14 1 0.148 1 ==> 0
 21 1 0.091 1 ==> 0
 node_298 --> node_297 19 1 0.100 1 ==> 0
 node_297 --> node_296 5 1 0.200 0 ==> 1
 node_296 --> C20 21 1 0.091 0 ==> 1
 node_296 --> C49 2 1 0.122 1 ==> 2
 node_297 --> C24 3 1 0.077 0 ==> 1
 node_298 --> C28 2 1 0.122 1 ==> 2
 20 1 0.200 1 ==> 0
 node_302 --> node_301 21 1 0.091 1 ==> 0
 24 1 0.083 1 --> 0
 node_301 --> TC34 1 1 0.129 1 ==> 6
 node_301 --> TC46 16 1 0.154 1 ==> 0
 28 1 0.174 1 --> 2
 node_304 --> node_303 3 1 0.077 0 ==> 1
 node_303 --> C59 2 1 0.122 1 ==> 3

node_308 --> node_307 19 1 0.100 1 ==> 0
 23 1 0.056 0 ==> 1

node_307 --> node_306 24 1 0.083 1 ==> 0

node_306 --> C12 3 1 0.077 0 ==> 1

node_307 --> C27 26 1 0.048 1 ==> 0

node_312 --> node_311 2 1 0.122 1 ==> 3

node_311 --> C8 3 1 0.077 0 ==> 1

node_314 --> node_313 15 1 0.130 1 ==> 0

node_313 --> C5 1 1 0.129 1 ==> 2
 2 1 0.122 1 ==> 5
 6 1 0.429 1 ==> 0

node_313 --> C36 26 1 0.048 1 ==> 0

node_315 --> C3 3 1 0.077 0 ==> 1

node_322 --> node_321 27 1 0.118 2 ==> 1
 28 1 0.174 1 --> 4

node_321 --> node_320 22 1 0.062 0 --> 1
 24 1 0.083 0 ==> 1

node_317 --> node_316 18 1 0.333 0 --> 2
 20 1 0.200 1 ==> 0

node_316 --> TC71 1 1 0.129 1 ==> 5

node_321 --> TC78 1 1 0.129 1 ==> 2

node_268 --> node_226 1 1 0.129 1 ==> 5
 22 1 0.062 0 ==> 1

node_226 --> node_224 2 1 0.122 1 ==> 6

node_224 --> node_223 6 1 0.429 1 --> 0
 10 1 0.667 1 --> 0
 13 1 0.353 1 ==> 0

node_223 --> node_220 3 1 0.077 1 ==> 0
 28 1 0.174 2 --> 1

node_220 --> node_219 5 1 0.200 1 ==> 0
 7 1 0.308 1 ==> 0

node_219 --> node_218 1 1 0.129 5 ==> 6
 2 1 0.122 6 ==> 1

node_218 --> node_216 20 1 0.200 1 ==> 0
 26 1 0.048 1 ==> 0

node_216 --> node_215 15 1 0.130 1 --> 0
 18 1 0.333 0 ==> 1

node_215 --> node_214 14 1 0.148 1 ==> 0

node_214 --> node_213 1 1 0.129 6 ==> 1
 17 1 0.182 1 ==> 0

node_213 --> node_196 25 1 0.222 1 ==> 0

node_196 --> node_193 21 1 0.091 1 ==> 0
 27 1 0.118 2 ==> 3

node_193 --> node_190 14 1 0.148 0 ==> 1
 18 1 0.333 1 --> 0
 22 1 0.062 1 ==> 0

node_190 --> node_189 13 1 0.353 0 --> 1
 27 1 0.118 3 ==> 1
 28 1 0.174 1 ==> 4

node_189 --> node_188 16 1 0.154 1 ==> 0

node_188 --> TC1 13 1 0.353 1 --> 0
 20 1 0.200 0 ==> 1

node_188 --> node_187 27 1 0.118 1 ==> 2
 28 1 0.174 4 ==> 2

node_187 --> TC10 14 1 0.148 1 ==> 0
 25 1 0.222 0 ==> 2

node_187 --> node_186 11 1 0.500 0 --> 1
 23 1 0.056 0 ==> 1

node_186 --> node_185 28 1 0.174 2 ==> 1
 29 1 0.154 1 --> 3

node_185 --> node_184 18 1 0.333 0 ==> 1

node_184 --> node_176 5 1 0.200 0 --> 3
 7 1 0.308 0 --> 3
 20 1 0.200 0 --> 3
 25 1 0.222 0 --> 3
 26 1 0.048 0 ==> 1

33 1 1.000 5 --> 1

node_176 --> TC13 14 1 0.148 1 ==> 3

21 1 0.091 0 ==> 1

node_176 --> TC32 15 1 0.130 0 ==> 6

25 1 0.222 3 --> 4

node_184 --> node_183 28 1 0.174 1 ==> 3

30 1 0.333 1 ==> 3

node_183 --> node_182 22 1 0.062 0 ==> 1

27 1 0.118 2 ==> 3

node_182 --> node_177 7 1 0.308 0 --> 1

node_177 --> TC16 2 1 0.122 1 ==> 2

23 1 0.056 1 ==> 0

node_182 --> node_181 15 1 0.130 0 ==> 1

16 1 0.154 0 ==> 1

node_181 --> node_180 2 1 0.122 1 ==> 4

14 1 0.148 1 ==> 0

30 1 0.333 3 --> 6

node_180 --> node_179 27 1 0.118 3 ==> 2

28 1 0.174 3 --> 1

29 1 0.154 3 --> 1

node_179 --> node_178 13 1 0.353 1 ==> 6

16 1 0.154 1 ==> 0

node_178 --> TC29 1 1 0.129 1 ==> 6

2 1 0.122 4 ==> 1

20 1 0.200 0 ==> 3

node_178 --> TC31 26 1 0.048 0 ==> 1

node_179 --> TC79 22 1 0.062 1 ==> 0

23 1 0.056 1 ==> 0

28 1 0.174 1 --> 4

node_180 --> TC48 26 1 0.048 0 ==> 1

node_186 --> TC39 2 1 0.122 1 ==> 4

6 1 0.429 0 ==> 2

10 1 0.667 0 ==> 2

13 1 0.353 1 ==> 2
 14 1 0.148 1 ==> 4
 16 1 0.154 0 ==> 4
 32 1 0.750 1 ==> 2
 33 1 1.000 5 ==> 4
 node_189 --> TC3 18 1 0.333 0 --> 1
 node_193 --> node_192 16 1 0.154 1 ==> 0
 34 1 0.750 6 ==> 1
 node_192 --> node_191 13 1 0.353 0 ==> 1
 18 1 0.333 1 --> 3
 node_191 --> TC25 1 1 0.129 1 ==> 3
 14 1 0.148 0 ==> 3
 20 1 0.200 0 ==> 3
 23 1 0.056 0 ==> 1
 24 1 0.083 0 ==> 1
 node_191 --> TC57 15 1 0.130 0 ==> 1
 25 1 0.222 0 ==> {34}
 node_196 --> node_195 5 1 0.200 0 --> 1
 29 1 0.154 1 ==> 2
 node_195 --> node_194 26 1 0.048 0 ==> 1
 node_194 --> TC6 24 1 0.083 0 ==> 1
 node_194 --> TC47 1 1 0.129 1 ==> 2
 2 1 0.122 1 ==> 6
 node_195 --> TC44 2 1 0.122 1 ==> 4
 13 1 0.353 0 ==> 1
 23 1 0.056 0 ==> 1
 node_213 --> node_212 23 1 0.056 0 ==> 1
 26 1 0.048 0 --> 1
 28 1 0.174 1 ==> 4
 30 1 0.333 1 --> 3
 32 1 0.750 1 --> 6
 33 1 1.000 5 --> 0
 node_212 --> node_209 27 1 0.118 2 ==> 1

30 1 0.333 3 --> 6
node_209 --> node_205 26 1 0.048 1 --> 0
31 1 1.000 1 --> 0
node_205 --> node_199 16 1 0.154 1 ==> 0
node_197 --> TC4 6 1 0.429 0 ==> 7
7 1 0.308 0 ==> 7
10 1 0.667 0 ==> 7
11 1 0.500 0 ==> 7
13 1 0.353 0 ==> 7
28 1 0.174 4 ==> 6
node_197 --> TC28 2 1 0.122 1 ==> 2
node_198 --> C61 18 1 0.333 1 ==> 0
19 1 0.100 1 ==> 0
node_199 --> TC37 14 1 0.148 0 ==> 5
27 1 0.118 1 ==> 3
28 1 0.174 4 ==> 2
node_205 --> node_204 11 1 0.500 0 ==> 5
13 1 0.353 0 ==> 5
31 1 1.000 0 --> 3
node_204 --> node_203 15 1 0.130 0 ==> 1
node_203 --> node_202 2 1 0.122 1 ==> 4
11 1 0.500 5 ==> 6
13 1 0.353 5 ==> 6
node_202 --> node_200 21 1 0.091 1 --> 0
25 1 0.222 1 --> 2
node_200 --> TC8 18 1 0.333 1 ==> 0
23 1 0.056 1 ==> 0
node_200 --> TC23 25 1 0.222 2 --> {34}
27 1 0.118 1 ==> 2
28 1 0.174 4 ==> 1
node_202 --> node_201 22 1 0.062 1 ==> 0
node_201 --> TC65 26 1 0.048 0 ==> 1
node_201 --> TC72 14 1 0.148 0 ==> 1

node_203 --> TC24 10 1 0.667 0 ==> 5
 26 1 0.048 0 ==> 1
 node_204 --> TC18 12 1 1.000 0 ==> 5
 24 1 0.083 0 ==> 1
 node_209 --> node_208 15 1 0.130 0 --> 6
 node_208 --> node_207 25 1 0.222 1 ==> 0
 node_206 --> TC5 1 1 0.129 1 ==> 2
 2 1 0.122 1 ==> 6
 16 1 0.154 1 ==> 0
 node_206 --> TC26 14 1 0.148 0 ==> 5
 node_207 --> TC7 13 1 0.353 0 ==> 6
 15 1 0.130 6 --> 0
 node_208 --> TC9 17 1 0.182 0 ==> 1
 node_212 --> node_211 7 1 0.308 0 ==> 1
 14 1 0.148 0 ==> 1
 22 1 0.062 1 ==> 0
 node_211 --> node_210 1 1 0.129 1 ==> 2
 2 1 0.122 1 ==> 6
 node_210 --> TC67 18 1 0.333 1 ==> A
 node_210 --> TC70 15 1 0.130 0 ==> 1
 23 1 0.056 1 ==> 0
 28 1 0.174 4 ==> 3
 node_214 --> C53 2 1 0.122 1 ==> 3
 5 1 0.200 0 ==> 1
 7 1 0.308 0 ==> 1
 node_215 --> TC49 2 1 0.122 1 ==> 2
 25 1 0.222 1 ==> 2
 node_216 --> TC77 22 1 0.062 1 ==> 0
 27 1 0.118 2 ==> 3
 node_218 --> node_217 27 1 0.118 2 --> 1
 28 1 0.174 1 --> 4
 node_217 --> TC66 2 1 0.122 1 ==> 2
 node_219 --> C76 10 1 0.667 0 --> 1

node_223 --> node_222 17 1 0.182 1 --> 0
 20 1 0.200 1 ==> 0
 21 1 0.091 1 --> 0
 25 1 0.222 1 ==> 4
 30 1 0.333 1 --> 2
 node_222 --> node_221 14 1 0.148 1 --> 4
 15 1 0.130 1 --> 4
 node_221 --> TC30 1 1 0.129 5 ==> 6
 2 1 0.122 6 ==> 3
 14 1 0.148 4 --> 5
 node_221 --> TC68 18 1 0.333 0 ==> A
 27 1 0.118 2 ==> 3
 node_222 --> TC76 23 1 0.056 0 ==> 1
 26 1 0.048 1 ==> 0
 node_224 --> C60 18 1 0.333 0 ==> 6
 node_226 --> node_225 16 1 0.154 1 --> 0
 18 1 0.333 0 ==> 1
 25 1 0.222 1 ==> 2
 34 1 0.750 6 --> 3
 node_225 --> TC22 1 1 0.129 5 ==> 6
 23 1 0.056 0 ==> 1
 28 1 0.174 2 ==> 3
 node_225 --> TC63 14 1 0.148 1 ==> 4
 15 1 0.130 1 ==> 0
 29 1 0.154 1 ==> 2
 node_267 --> node_266 5 1 0.200 1 ==> 0
 11 1 0.500 0 --> 1
 node_266 --> C42 23 1 0.056 0 --> 1
 node_265 --> C57 19 1 0.100 1 ==> 0
 node_265 --> C74 2 1 0.122 1 ==> 4
 21 1 0.091 1 ==> 0
 node_260 --> node_258 15 1 0.130 1 ==> 0
 23 1 0.056 0 --> 1

29 1 0.154 1 --> 2
 30 1 0.333 1 --> 2
 32 1 0.750 1 --> 2
 node_258 --> node_253 18 1 0.333 0 ==> 1
 node_253 --> node_252 24 1 0.083 0 --> 1
 node_251 --> node_239 11 1 0.500 0 --> 1
 node_239 --> node_237 20 1 0.200 1 ==> 0
 node_237 --> node_236 29 1 0.154 2 --> 1
 34 1 0.750 6 ==> 2
 node_236 --> node_230 6 1 0.429 1 --> 2
 10 1 0.667 1 --> 2
 20 1 0.200 0 ==> 4
 22 1 0.062 0 ==> 1
 node_230 --> node_228 15 1 0.130 0 ==> 4
 32 1 0.750 2 --> 7
 node_228 --> node_227 14 1 0.148 1 ==> 4
 25 1 0.222 1 ==> 3
 33 1 1.000 5 ==> 2
 node_227 --> TC14 16 1 0.154 1 ==> 4
 17 1 0.182 1 ==> 4
 27 1 0.118 2 ==> 3
 node_227 --> TC15 11 1 0.500 1 ==> 2
 13 1 0.353 1 ==> 2
 22 1 0.062 1 ==> 0
 node_230 --> node_229 2 1 0.122 1 --> 3
 30 1 0.333 2 --> 6
 node_229 --> TC62 13 1 0.353 1 ==> 6
 node_229 --> TC64 2 1 0.122 3 --> 4
 18 1 0.333 1 ==> 0
 node_236 --> node_235 5 1 0.200 1 ==> 0
 27 1 0.118 2 --> 3
 node_235 --> C15 3 1 0.077 1 ==> 0
 node_235 --> node_234 2 1 0.122 1 ==> 4

node_234 --> node_231 6 1 0.429 1 --> 0
 28 1 0.174 2 ==> 1
 node_231 --> TC38 15 1 0.130 0 ==> 1
 29 1 0.154 1 ==> 3
 node_231 --> TC52 24 1 0.083 1 ==> 0
 node_234 --> node_233 15 1 0.130 0 ==> 6
 node_233 --> node_232 1 1 0.129 1 ==> 2
 18 1 0.333 1 --> 0
 node_232 --> C40 20 1 0.200 0 ==> 1
 node_232 --> TC55 2 1 0.122 4 ==> 6
 node_233 --> TC58 14 1 0.148 1 ==> 0
 24 1 0.083 1 ==> 0
 node_237 --> TC45 28 1 0.174 2 ==> 1
 node_239 --> node_238 1 1 0.129 1 ==> 6
 29 1 0.154 2 --> 3
 node_251 --> node_250 1 1 0.129 1 --> 3
 15 1 0.130 0 ==> 1
 node_247 --> node_246 26 1 0.048 1 ==> 0
 node_246 --> node_242 22 1 0.062 0 --> 1
 node_242 --> node_240 2 1 0.122 1 ==> 2
 18 1 0.333 1 ==> 2
 node_240 --> C17 3 1 0.077 1 ==> 0
 17 1 0.182 1 ==> 0
 19 1 0.100 1 ==> 0
 node_242 --> node_241 1 1 0.129 3 ==> 2
 node_241 --> C47 2 1 0.122 1 ==> 6
 node_246 --> node_245 2 1 0.122 1 ==> 3
 node_245 --> node_244 5 1 0.200 1 ==> 0
 18 1 0.333 1 --> 0
 node_244 --> C25 14 1 0.148 1 ==> 0
 17 1 0.182 1 ==> 0
 18 1 0.333 0 --> 3
 26 1 0.048 0 ==> 1

```

node_243 --> C77  1      1  0.129 3 ==> 6
                18      1  0.333 0 --> B
node_252 --> C65  2      1  0.122 1 ==> 4
node_253 --> C16  2      1  0.122 1 ==> 2
                6       1  0.429 1 ==> 0
                19      1  0.100 1 ==> 0
node_258 --> node_257 1      1  0.129 1 ==> 2
                3       1  0.077 1 --> 0
                11      1  0.500 0 --> 2
                33      1  1.000 5 --> 3
node_257 --> TC40 13      1  0.353 1 ==> 2
                15      1  0.130 0 ==> 6
                17      1  0.182 1 ==> 0
node_257 --> node_256 2      1  0.122 1 --> 3
                18      1  0.333 0 ==> 7
                22      1  0.062 0 --> 1
node_256 --> node_255 26      1  0.048 1 ==> 0
node_255 --> node_254 20      1  0.200 1 ==> 0
node_254 --> TC43  1      1  0.129 2 ==> 1
node_255 --> C71  2      1  0.122 3 --> 6
                14      1  0.148 1 ==> 0
                18      1  0.333 7 ==> 9
node_256 --> C55  2      1  0.122 3 --> 5
node_259 --> F9   18      1  0.333 0 ==> 1

```

paup> contree;

50% Majority-rule consensus of 720101 trees

```

/----- C1(1)
|
|          /---- TC11(22)
|          100+

```

		\---- TC21(42)
		/99-+
		100+ \----- TC60(120)
		/100+ \----- TC53(106)
		\----- TC54(108)
		100+ /----- TC12(24)
		/-----79-----+ /100+ /----
TC20(40)		\96+
		/100+ \-100--+ \----
TC74(148)		
		\----- TC61(122)
		/---- C75(149)
		\-----100-----+
		/100+ \---- TC75(150)
		/---- C43(85)
		/99+
		\---- C54(107)
		/100+
		\92+ \-----100-----+ \-----
C48(95)		
		\----- C63(125)
		/----- TC50(100)

				\-----92-----+ /---- C58(115)
				100+
				\---- C73(145)
				/----- C2(3)
				/----- C6(11)
				/---- TC17(34)
		/92+		100+
				\---- TC69(138)
				/100+
				100+ \----- TC59(118)
				\96-+ /100+ \-----
TC51(102)				
				100+ \----- TC42(84)
				/89-+ \----- TC73(146)
		/71-+		
				/99-+ \----- C26(51)
				\----- C46(91)
				\68+
		/64+		/---- C21(41)
				\-----100-----+
				\---- C30(59)
				\----- C4(7)
				\-----
C41(81)				\-----

					/---- C20(39)
				/100+	100+
					\---- C49(97)
			/78+		/100+
					100+ \----- C24(47)
				/98+	
					\----- C28(55)
				/100+	\----- C19(37)
					/---- TC34(68)
					\-----100-----+
				/92-+	\---- TC46(92)
					/---- C9(17)
				/89+	\-----99-----+----
C59(117)			/85-+		
					\---- C79(157)
				/99+	\----- C38(75)
					/---- C12(23)
					100+
			\-----81-----+		\---- C13(25)
					\-----100-----+
			/97+		\----- C27(53)
				\-----	----- C33(65)
					/---- C8(15)

				\-----99-----+	
		/90-+			\---- C18(35)
					/---- C5(9)
		\-----99-----+			
					\---- C36(71)
		\-----			
C3(5)					
		\80-+			/----- C23(45)
					/----- C31(61)
				/95+ /95-+ /---- C52(103)	
				\99+	
				/93+ \---- TC71(142)	
		\-----92-----+		\91-+ \-----	
-- C35(69)					
				\----- C62(123)	
				\----- TC78(156)	
				/----- TC1(2)	
				/-----	
TC10(20)					
					/---- TC13(26)
		/-----100-----+			
		/100+			\---- TC32(64)

				/---- TC16(32)
				/-----100-----+
				\---- TC36(72)
/63-+			/100+	
		100+		/---- TC29(58)
				100+
			100+	\---- TC31(62)
			/100+	
			100+	\----- TC79(158)
		100+		
			100+	\100+ \100+ \100+ \-----
TC48(96)				
				\----- TC33(66)
		\100+		\----- TC41(82)
		/100+		
				\----- TC19(38)
				\----- TC39(78)
		\		\----- TC3(6)
		/100+		
				\-----
TC2(4)				
				/---- TC25(50)
				100+
				\---- TC57(114)
		100+	\-----100-----	-----+
				\----- TC27(54)

		/---- TC6(12)
		100+
		\---- TC47(94)
	\-----100-----+	
		\----- TC44(88)
		/---- TC4(8)
		/98+
		\---- TC28(56)
		/97+
		/-100--+ \----- C61(121)
		\----- TC37(74)
	/100+	
		/---- TC8(16)
		100+
		/98+ \---- TC23(46)
		/100+
		/---- TC65(130)
		100+
/55+		100+ \---- TC72(144)
		\100+ \----- TC24(48)
		/99-+
		\----- TC18(36)
		/---- TC5(10)
	100+	/99+
		\---- TC26(52)
	\-----100-----+	/98+
		\--99-+ \----- TC7(14)
		\----- TC9(18)

		/100+		/----- TC56(112)
			\-----100-----+	/---- TC67(134)
				100+
				\---- TC70(140)
		/100+		
			\-----	
C53(105)				
			\-----	
TC49(98)				
		100+		
			\-----	
TC77(154)				
	/57+			/---- TC66(132)
		/100+ \-----	100-----	
+				
				\---- C72(143)
		100+		
			\-----	
- C76(151)				
			\-----	
-- C68(135)				
		/100+		
				/---- TC30(60)
				100+
		/99+		\---- TC68(136)
			\-----	100-----+
				\----- TC76(152)

/61+ \96+ \-----	
----- C60(119)	
	/---- TC22(44)
\-----99-----	
-+	
	\---- TC63(126)
	/----- C42(83)
/69+ \-----93-----	
---+ /---- C57(113)	
	\96+
	\---- C74(147)
\-----	
----- F11(171)	
/80+	
\-----	
----- F2(162)	
\-----	
----- F12(172)	
\-----	
----- F10(170)	
	/---- TC14(28)
	100+
	\---- TC15(30)
	/100+
	\----- TC35(70)
	/--99--+

	100+
	/90+ 100+ \---- C77(153)
	\----- C69(137)
	/98+ /88-+
	\----- F3(163)
	/88-+
	\----- F7(167)
99	/99-+ \99+ \-----
F5(165)	
	\----- F14(174)
	\----- C65(129)
\-----99-----+ \-----	
----- C16(31)	
	/----- TC40(80)
	/---- TC43(86)
	\-----100-----+ 100+
	\---- C70(139)
	/100+
	100+ \----- C71(141)
	\----- C55(109)
	/---- F1(161)
	+---- F4(164)

| +---- F6(166)

|

|

|

\

-----+---- F8(168)

|

+---- F9(169)

|

+---- F13(173)

|

\---- F15(175)

ANNEXE 9 : ERRATA

Ci-dessous nous identifions nos erreurs de codage :

TC 49 : pour le caractère « spécialiste » nous avons codé « 6 », le code exact aurait été « 7 ».

C47, TC47, TC70 : pour le caractère « motif » nous avons codé « 6 », mais le code exact aurait été « 1 ».

TC 31 : « *Le médecin, m'a demandé d'acheter la pince qu'on met au bout du doigts... vous savez ?* Ainsi pour le caractère « oxymètre » nous avons codé « 1 » en postulant que si le médecin lui avait prescrit l'appareil, c'est parce que le patient pourrait l'utiliser seul. Néanmoins, nous n'avons pas ce niveau de détail dans la suite du témoignage. Ainsi, le code exact aurait été « Z ».

C 30, C33 et C40 : pour le caractère TC=C=TC nous avons codé « 1 », le code exact aurait été « 0 ».

Index des figures et des tableaux

Figure 1: Carte de la santé et de ses déterminants : source : http\ : //publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540	35
Figure 2:Articulation de la dynamique de numérisation des services en santé	43
Figure 3:La santé numérique et les pratiques médicales associées	45
Figure 4:La e-santé (Sources Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, 2015).	48
Figure 5:l'organisation de la production du soin un intérêt commun pour la gestion et la santé autour de la télémédecine.	55
Figure 6:la téléconsultation dans le parcours de soin	56
Figure 7:Notre apport dans les cadres interprétatifs de la télémédecine.	60
Figure 8:Construction de notre cadre théorique.	70
Figure 9:La démarche scientifique appliquée à notre problématique.....	75
Figure 10:Notre processus de découverte	80
Figure 11:Notre processus d'enquête (adapté de Lorino, 2020).	84
Figure 12:Le processus collectif à l'origine de notre doute.....	86
Figure 13:schéma de cohérence générale de notre travail doctoral.....	105
Figure 14:Modèle organisationnel de l'exercice libéral de la médecine	176
Figure 15: Le numérique en santé : projet organisationnel au cœur de la restructuration des soins de premier recours	187
Figure 16 : phylogramme de l'un des arbres les plus parcimonieux.	194
Figure 17:Arbre de cohérence partie 1 : consensus majoritaire	196
Figure 18:Arbre de cohérence partie 2 : consensus majoritaire	198
Figure 19:Arbre de cohérence partie 3 : consensus majoritaire	200
Figure 20:Vision synthétique de l'arbre de cohérence (consensus majoritaire)	202
Figure 21:Représentation des changements d'états des caractères associés aux noeuds	203
Figure 22:Vision synthétique de notre arbre de cohérence (consensus majoritaire) avec distribution conjointe des TC et des C.....	205
Figure 23:Trajectoires d'évolutions de la téléconsultation.....	208
Figure 24:Portrait de santé territorial du 20e arrondissement (Source : Observatoire Social, :portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20)	278

Figure 25:Secteur Grand Belleville (source : Observatoire Social, portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20).....	279
Figure 26:Répartition des Affection de Longue Durée à Paris. (Source : Observatoire Social, portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20).....	280
Figure 27:Part des bénéficiaires de la CMU-C. QPV Grand Belleville 11e (Sources : Observatoire Social : : portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20).	280
Figure 28: Part des bénéficiaires de la CMU-C. QPV Grand Belleville 20e (Sources, CNAM, 2019 et Observatoire Social, 20e arrondissement).....	280
Figure 29: Offre de soins en médecine générale (Source APUR, 2022).	282
Figure 30:Évolution numérique des soins primaires face au Covid-19.....	290
Figure 31:Les facteurs d'amélioration de l'attractivité du métier d'aide à domicile....	327
Figure 32:Carte de la santé et de ses déterminants avec nos apports s'agissant du numérique en santé dans les caractéristiques individuelles.	335
Figure 33:Carte de la santé et de ses déterminants avec nos apports s'agissant du numérique en santé dans les milieux d'hébergement et dans la communauté locale et voisinage.....	336
Figure 34:Carte de la santé et de ses déterminants avec nos apports s'agissant du numérique en santé dans les systèmes de soutien aux actions numériques.	337
Figure 35:Carte de la santé et de ses déterminants avec l'ensemble de nos contributions.	337
Figure 36:Illustration de la dimension paysage.....	343

Liste des tableaux

Tableau 1:Le vocabulaire de la santé numérique (d'après : https://esante.gouv.fr/le-glossaire-de-la-e-sante).	44
Tableau 2: Comparaison des différentes perspectives narratives en gestion. (Source : Giroux, Marroquin, 2005).	118
Tableau 3:Critères d'inclusion des participants et diagramme de flux des participants	125
Tableau 4:Notre grille d'interprétation.....	137
Tableau 5:Exemple de codage pour les caractères "connaissance" et "confiance" pour la TC n°7	137

Tableau 6:Exemple de codage pour les caractères "connaissance" et "confiance" pour la TCn°3	138
Tableau 7 : Exemple de codage pour le caractère "tiers aidants" pour la C n°13	138
Tableau 8:Exemple de codage pour le caractère "tiers aidants" pour les TC n°16 et 53	138
Tableau 9:Exemple de codage pour les "fossiles"	139
Tableau 10:Exemple de codage pour la co-présence de deux états dans un même caractère	139
Tableau 11: Notre matrice des caractères pour les 19 premiers entretiens de la dimension « gestes ».....	140
Tableau 12:Fichier d'entrée Nexus.....	141
Tableau 13:Description générale des participants.....	191
Tableau 14:Description des téléconsultations et des consultations.....	192
Tableau 15:Comparaison des caractéristiques générales de la population entre les 11e et 20e arrondissements de Paris, (source : Observatoire Social, portrait territorial de santé, 20e arrondissement de Paris, CPTS 20).....	279
Tableau 16:Caractéristiques du sous-échantillon. (Source E. Chanial, 2021).....	291
Tableau 17:Synthèse de nos résultats	315

Résumé :

La gestion publique des soins est traversée par diverses sources de changements, la répartition des moyens et leur accès sur le territoire, l'innovation numérique, le vieillissement de la population. Centrée sur l'innovation numérique, plus particulièrement sur le développement de la téléconsultation, notre thèse suit une approche exploratoire afin de dresser un état des lieux sur ces changements et leurs conséquences à l'échelle d'une population, la population âgée de 65 ans et plus sur un territoire, celui des Quartiers Politique de la Ville de Paris (QPV). Pour ce faire nous avons réalisé une première étude afin de dresser un tableau général du phénomène de la numérisation des services de santé dans ces quartiers tel qu'il est vécu par ces habitants âgés. A partir de ce travail préliminaire, constatant l'essor de la téléconsultation comme clé-de-voûte de la gestion des soins sur le territoire durant les deux premières vagues de Covid-19, nous avons mené une analyse approfondie sur cette innovation. Afin d'appréhender les éventuels changements associés à la téléconsultation, nous avons mobilisé des outils théoriques et méthodologiques complémentaires : les dimensions représentatives de l'examen clinique, issues de l'épistémologie médicale, ainsi que les connaissances que les nouvelles technologies apportent en santé, issues des recherches en santé, pour caractériser la nature du soin produit auprès d'une population donnée ; le recueil de récits et le codage de pratiques professionnelles, utilisés en santé comme en sciences de gestion pour appréhender les situations de changement ; la reconstruction phylogénétique adaptée des sciences évolutives par les *cultural studies* afin de saisir les ressemblances et dissemblances entre consultations classiques et à distance.

Notre thèse présente quatre résultats principaux pour le management public : le numérique comme étant un déterminant potentiel de la gestion publique de la santé, une meilleure connaissance des évolutions associées à la numérisation des soins, l'importance de la dimension « paysage » pour expliquer l'évolution de l'organisation territoriale de santé, ainsi que la perception du travail des soignants par les personnes âgées.

Au vu de la mobilisation interdisciplinaire de la thèse, ses apports en sciences de gestion sont théoriques et méthodologiques ; ils sont également pratiques, pour la GRH publique et pour la gestion des politiques publiques gérontologiques.

Descripteurs : management public, reconstruction phylogénétique, gérontologie, télémédecine, téléconsultation, numérisation, épistémologie médicale, QPV.

Title and Abstract :

Digitization of primary care: a phylogenetic approach in management sciences

The public management of care is affected by various sources of change: the distribution of resources and their access to the territory, digital innovation, the aging of the population.

Centered on digital innovation, more particularly on the development of teleconsultation, this PhD. follows an exploratory approach in order to draw up an inventory of these changes and their consequences at the scale of a population, the population aged 65 and more on a specific territory, the disadvantaged areas of Paris (QPV).

To do this, we carried out a first study in order to draw up a general picture of the phenomenon of the digitization of health services in these neighborhoods as it is experienced by these elderly inhabitants.

Based on this preliminary work, observing the rise of teleconsultation as the keystone of care management in the QPV areas during the first two waves of Covid-19, we conducted an in-depth analysis of this innovation.

In order to understand the possible changes associated with teleconsultation, we have mobilized complementary theoretical and methodological tools. The representative dimensions of the clinical examination, derived from medical epistemology, as well as the knowledge that new technologies provide in health, derived from health research, to characterize the nature of the care produced with a given population; the collection of stories and the coding of professional practices, used in health as in management sciences to understand situations of change; phylogenetic reconstruction adapted from evolutionary sciences by cultural studies in order to grasp the similarities and dissimilarities between traditional and remote consultations.

Our thesis presents four main results for public management: digital as a potential determinant of public health management, a better knowledge of the evolutions associated with the digitization of care, the importance of the "landscape" dimension to explain the evolution of the territorial organization of health, as well as the perception of the work of caregivers by the elderly.

Based on the interdisciplinary mobilization of this PhD., its contributions in management sciences are theoretical and methodological; they are also practical, for public HRM and for the management of gerontological public policies.

Key words: Public Management, phylogenetic reconstruction, e-health, elderly.