

DAMIEN TALBOT

Univ. Clermont Auvergne ; IAE Clermont Auvergne
CleRMA

**SANDRA CHARREIRE PETIT**

Université Paris-Saclay, RITM

ALEXIS POKROVSKY

CNAM, LIRSA (EA 4603)

La proximité comme perception de la distance

Le cas de la télémédecine

La proximité se définit par diverses dimensions mesurables objectivement. Bien que l'école de la proximité ait, dès sa création, insisté sur le caractère à la fois objectif et subjectif de la proximité, force est de constater que les dimensions subjectives ont été délaissées au fil des travaux. L'objet de cet article est de réinterroger cette part subjective. Pour ce faire, les auteurs s'appuient sur une analyse qualitative, fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs impliqués dans des projets de télémédecine. Au plan théorique, les résultats montrent qu'une part subjective de la proximité s'exprime dans toutes les dimensions jusque-là recensées et qu'elle revêt, en outre, un caractère ambivalent. La dimension subjective combinée à l'ambivalence génèrent un sentiment « global » de proximité.

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

l'adoption et l'usage de dispositifs de télé-médecine, supposés libérer les acteurs de la contrainte de proximité, se font jour. En effet, certains experts redoutent une médecine « low cost », au gré d'un déploiement rapide et fluide de la télé-médecine, et relaient des craintes éprouvées par les professionnels de santé ainsi que par les patients (Dumez et Minvielle, 2017 ; Gaglio et Mathieu-Fritz, 2018). Leur principal argument est que les changements induits par la télé-médecine conduiraient à la disparition de la relation de proximité qui existe entre le patient et son médecin, reposant sur une coprésence physique. Ces changements s'inscriraient alors dans un mouvement plus large de dématérialisation des actes par une accentuation des distances, entraînant une déshumanisation de la médecine. Il apparaît donc que les perceptions de chacun quant aux dispositifs de télé-médecine s'opposent : pour les uns, ils créent une proximité, pour les autres, ils créent une distance.

L'objectif de l'article est de répondre à ces interrogations issues du terrain, en traitant de la question de la proximité *vs* distance, telles que ces notions sont vécues par les acteurs. Au-delà, l'objectif théorique est de prolonger le débat sur les proximités déjà engagé dans deux numéros spéciaux de la *Revue française de gestion* (2008, 2011). Nous mobilisons les travaux de l'école de la proximité déjà utilisés pour analyser la manière avec laquelle les opérateurs de télé-assistance font évoluer leur offre pour s'adapter aux nouveaux usages de ces dispositifs par Raulet-Croset *et al.* (2010). L'école de la proximité regroupe, depuis près de 25 ans, des chercheurs de différents horizons qui étudient les effets (positifs et négatifs) produits sur les interactions entre

individus et organisations (Torre et Talbot, 2018). La proximité, dans ces diverses dimensions, exprime ainsi une réponse au problème de la distance et de la séparation que rencontrent les acteurs dans leurs activités en général. En d'autres termes, la distance doit alors être gérée grâce à de multiples modalités, dont l'une d'elles est la proximité (Lussault, 2007). Ainsi, le développement des TIC permet de s'affranchir, au moins temporairement, des contraintes de proximité géographique, les interactions en face à face étant remplacées par des interactions médiatisées par des outils de communications (Torre, 2008). Pour autant, seule la dimension objective de la proximité a été étudiée, tandis que la dimension subjective reste un angle mort que cet article s'attache à combler. Notre problématique est formulée de la manière suivante : Comment la dimension subjective de la proximité se révèle-t-elle à travers l'usage de dispositifs de télémédecine supposés effacer la distance ? Sur le plan empirique, nous nous sommes intéressés aux dispositifs de télémédecine déployés ou en cours de déploiement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. La position géographique des principales métropoles, telle Clermont-Ferrand, entourées de vastes zones rurales enclavées, ici le Massif central, nous a paru singulièrement propice à l'étude des questions de distance dans l'usage des dispositifs de télémédecine. Notre article s'organise de la façon suivante : dans une première partie, nous présentons l'école de la proximité et le cadre conceptuel retenu. Dans une deuxième partie, nous indiquons le contexte empirique et précisons notre démarche méthodologique qualitative. La troisième partie est consacrée à la discussion et à l'analyse de nos résultats.

I – L'ÉCOLE DE LA PROXIMITÉ

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

1. Les dimensions de la proximité

L'école de la proximité s'est construite, en France, au milieu des années 1990 et s'est donnée pour premier objectif d'intégrer le rôle de l'espace dans l'analyse économique. Il ne s'agit plus de concevoir l'espace comme un obstacle qu'il faut franchir, un coût lié à la distance ou au foncier comme en économie spatiale traditionnelle, mais bien comme un système de relations économiques (Cariou *et al.*, 2018). L'analyse se déplace alors, ne se focalisant plus sur ce qui sépare mais sur ce qui associe. À l'espace générateur de coûts qui limitent les coordinations, s'ajoute donc une conception d'un espace offreur de ressources auxquelles les proximités donnent accès.

Ce courant pense l'espace à la fois d'un point de vue géographique et social et postule que la localisation dans un espace donné est de nature à renforcer et/ou à détruire les interactions entre acteurs (Gilly et Torre, 2000). En outre, afin que de la dimension géographique ne reste pas « un impensé de la gestion » (Lauriol *et al.*, 2008, p. 92), l'école de la proximité a connu divers développements en sciences de gestion (Lauriol *et al.*, 2008 ; Loilier, 2010 ; Gomez *et al.*, 2011 ; Talbot, 2013), pendant qu'une école hollandaise émergeait (Boschma, 2005 ; Boschma et Frenken, 2010).

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

individus dans un réseau (Vicente *et al.*, 2011). La classification de la proximité réalisée par Boschma (une géographique et quatre non géographiques) est ainsi complète et s'avère opérationnelle.

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

2. La proximité subjective : un angle mort

Deux numéros spéciaux de la *Revue française de gestion* parus en 2008 (coordonné par J. Lauriol, V. Perret et F. Tannery) et en 2011 (coordonné par P.Y. Gomez, A. Rousseau et I. Vandangeon-Derumez) ont contribué à la stabilisation du cadre théorique que nous venons de présenter. Toutefois, Torre et Talbot (2018) constatent qu'il subsiste encore quelques « angles morts », concernant notamment une lecture subjective de la proximité. De même, Cariou *et al.* (2018, p. 1124) soulignent que « l'analyse des proximités

a été très vite confrontée à la prise en compte de leur dimension subjective. Ainsi la proximité géographique ne se réduit pas à une distance géographique. La perception de cette distance importe. Les travaux initiaux sur la proximité traitaient ce point. Mais cette perspective a progressivement disparu de nombreux travaux empiriques. Nous suggérons la réintroduction de cette dimension ».

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

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

II – L'ÉTUDE DE CAS : LA TÉLÉMÉDECINE EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Nous présentons notre étude de terrain puis la méthodologie adoptée.

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

Notre étude terrain est constituée d'un réseau d'acteurs couvrant la mise en place de solutions de télémédecine dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. L'intérêt de ce terrain est double : tout d'abord il s'inscrit dans un contexte où les attentes sont fortes en matière de télémédecine, compte tenu de l'enclavement géographique de certains territoires (en particulier dans le Massif central). Ensuite, il s'appuie sur des expériences concrètes de télémédecine, menées en particulier dans le traitement de cancers ou de pathologies chroniques (comme le diabète).

Cette recherche qualitative explore les perceptions qu'ont les acteurs de la télémédecine, à l'aide des cinq dimensions de la proximité au sens de [Boschma \(2005\)](#). Le terrain est restitué à l'aide d'encadrés présentant les différentes expériences de télémédecine, puis à l'aide d'une matrice reprenant les différentes dimensions de la proximité (*cf.* section I *infra*).

2. Recueil et traitement des données

La méthode déployée pour obtenir une compréhension du phénomène étudié (recueil et traitement) est ici qualitative. Le matériau est constitué de 28 entretiens semi-directifs avec des médecins, dirigeants de structures hospitalo-universitaires ou

I-CARE OU LE *CLUSTER HEALTH TECHNOLOGY*

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

Projet télémédecine : au sein de la pépinière d'innovations Pascaline, pilotée par l'ARS (Agence régionale de santé) Rhône-Alpes, I-Care héberge le projet Adel Patients qui permet la télésurveillance des patients apnéiques ;

Expériences : l'expérience de I-Care comme cluster de développement régional dédié aux innovations dans le domaine de la santé lui confère une position centrale dans la mise en relation des différents porteurs de projets avec les ressources disponibles sur le territoire.

CALYDIAL OU L'ACCOMPAGNEMENT SANTÉ ÉDUCATIF DE PATHOLOGIES RÉNALES

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

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

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

d'associations, cadres infirmiers, représentants d'associations professionnelles, etc. Les interviews enregistrées entre février et mars 2018 ont été intégralement retranscrites. Le [tableau 1](#) dresse la liste des acteurs interrogés, en précisant leurs fonctions, les organisations dont ils sont issus, ainsi que les dates et durée des entretiens. La logique d'échantillonnage a été dictée par la capacité d'un répondant à représenter, de

manière emblématique, une des expériences de télémédecine retenues.

Un guide d'entretien a été préparé de manière à recueillir sous une même forme un matériau comparable ensuite par les auteurs.

Ce matériau a été, dans un premier temps, lu et relu dans sa globalité par les auteurs. Les auteurs n'ont pas participé ensemble à tous les entretiens. La prise de contact avec le matériau global nous est apparue pertinente

Tableau 1 – Liste des entretiens

Référence entretien	Fonction du répondant	Organisation	Auteur 1	Auteur 2	Auteur 3	Date	Durée (min)
Ent 1	Pr Cancérologie CHU	CHU		X	X	03/07/2017	36
Ent 2	Imagier CJP	CLCC JP	X		X	03/07/2017	61
Ent 3	Radiologue CJP	CLCC JP			X	03/07/2017	29
Ent 4	Responsable laboratoire oncogénétique	CLCC JP		X		03/07/2017	36
Ent 5	Responsable formation continue	CLCC JP		X		03/07/2017	39
Ent 6	Responsable qualité	CLCC JP		X		03/07/2017	37
Ent 7	Administrateur Ligue contre le Cancer	CLCC JP	X			04/07/2017	49
Ent 8	Cadre de santé HAD	Clinidom	X			04/07/2017	52
Ent 9	Pharmacien gérant	CLCC JP		X		04/07/2017	43
Ent 10	Dr Onco génétique	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	50
Ent 11	Dr Onco génétique	CLCC JP	X	X	X	05/05/2017	50
Ent 12	Responsable qualité laboratoire	CLCC JP		X		04/07/2017	36

Tableau 1 – (suite)

Référence entretien	Fonction du répondant	Organisation	Auteur 1	Auteur 2	Auteur 3	Date	Durée (min)
Ent 13	Directeur HAD Clinidom	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	103
Ent 14	Infirmière coordinatrice HAD Clinidom	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
Ent 15	Coordinateur Oncovergne	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
Ent 16	Ingenieur projet réseau Oncovergne	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	19
Ent 17	Assistante médicale	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	
Ent 18	Médecin nucléaire	Clinidom	X	X	X	04/07/2017	35
Ent 19	Radiothérapie	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	
Ent 20	Directeur réseau CLARA	I-Care/Calydial	X		X	04/07/2017	47
Ent 21	Chef de projet réseau CLARA	I-CareCalydial	X		X	04/07/2017	
Ent 22	Directeur cluster	I-Care		X	X	09/02/2018	66
Ent 23	Chef de projet télémédecine	Calydial		X	X	09/02/2018	
Ent 24	Chef de projet	Calydial		X	X	09/02/2018	72
Ent 25	<i>Business Developpe</i>	BePatient	X	X		05/06/2018	
Ent 26	Directrice CLCC JP	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	49
Ent 27	Gestionnaire CLCC JP	CLCC JP	X	X	X	04/07/2017	
Ent 28	Gestionnaire CLCC JP	CLCC JP	X	X	X	05/05/2017	35

BE PATIENT OU LA PLATEFORME DE SUIVI DE PATHOLOGIES ORIENTÉE PATIENTS

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

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

Expériences : Be Patient relie les demandes de multiples parties prenantes à travers la gestion des données sur leurs plateformes technologiques : les associations de patient / les systèmes hospitaliers pour la téléconsultation / le financement ou l'économie des modèles d'affaires / les fournisseurs de dispositifs de mesure connectés (poids, tension, etc.).

pour révéler ce qu'il y avait de surprenant, de semblable et de différent, et – autant que faire se peut – indépendamment du cadrage conceptuel choisi pour aborder la question à traiter. C'est ce que Dumez (2013, p. 69) appelle « l'attention flottante » qui permet de contrôler le risque d'un raisonnement circulaire. Le fait d'être plusieurs à recueillir le matériau, de l'avoir recueilli partiellement chacun, de nous en être tous imprégnés en totalité, et d'avoir pris le temps d'échanger sur nos impressions globales, a constitué un moyen utile de nous prévenir de ce risque de circularité. Puis, nous avons opté pour un codage (cf. [tableau 2](#)) à l'aide des catégories de [Boschma \(2005\)](#), couplé plus largement avec ce que nous avons retenu pour notre appareil conceptuel à l'issue de la revue de littérature. L'objectif premier fut de repérer les différentes formes de proximités et de les illustrer. Nous avons ainsi codé et nommé les catégories identifiées. Plusieurs codages intermédiaires ont été réalisés. Nous avons procédé chacun de notre côté, avant de confronter entre nous les traitements réservés au matériau global. Il est apparu d'emblée que, si de nombreux verbatim étaient codés de manière identique c'est-à-dire au fond,

désignés avec les mêmes étiquettes, d'autres verbatim – assez nombreux également – n'avaient, soit pas été retenus par l'ensemble des chercheurs-codeurs, soit n'étaient pas affectés à une même signification par ces chercheurs-codeurs. Un long travail d'analyse croisée, en profondeur, et « à la main » a alors commencé.

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

III – RÉSULTATS EMPIRIQUES

Afin d'illustrer comment cette forme subjective nous est apparue, nous présentons nos résultats empiriques dans le [tableau 2](#) ci-après, complété de commentaires en

— LA TÉLÉCONSULTATION ONCOGÉNÉTIQUE DU CLCC JEAN PERRIN —

Structure : service d'oncogénétique du Centre de lutte contre le cancer Jean Perrin (ESPIC) ;

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

Expériences : les acteurs impliqués dans ce service ont en commun une expérience dans la création progressive d'un savoir-faire technologique autour du génome et de la constitution d'une base de données génétique recensant toutes les familles concernées dans le territoire.

_____ HAD CLINIDOM OU L'ASSISTANCE À DOMICILE POST-SÉJOUR _____
HOSPITALIER

Structure : Clinidom (groupe Korian) bénéficie d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile délivrée par l'ARS en 2007. Elle a signé un partenariat avec le CLCC Jean Perrin pour le suivi en hospitalisation à domicile (HAD) de ses patients ;

Projet télémedecine : la mission de Clinidom est d'assurer un ensemble de services de santé à proximité des lieux de vie des patients ;

Expériences : Clinidom déploie de manière régulière un ensemble de dispositifs médicaux chez les patients, permettant les échanges avec l'équipe médicale (téléassistance, télésurveillance, etc.).

italique. Il est apparu, à la lecture – et à la relecture – du matériau, qu'une forme de proximité subjective s'exprimait, non pas en tant que telle, mais au sein de chacune des proximités déjà repérées par la littérature. Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle dimension de la proximité dite subjective, mais bien d'une composante subjective dont on saisit la trace dans les proximités géographique, cognitive, sociale, institutionnelle et organisationnelle. Au-delà, le codage et l'analyse du matériau révèlent l'ambivalence de cette part subjective des dimensions de la proximité ; elle est, à la fois et dans le même temps, perçue comme « A » et comme « non A ».

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

IV – DISCUSSION

La discussion s'articule en quatre temps. Premièrement, notre travail valide les écrits qui existent sur la proximité géographique

Tableau 2 – Exemples de verbatim commentés

Les 5 proximités selon Boschma (2005)	Verbatim	Commentaires sur la dimension subjective des proximités
Proximité géographique	<p>Ent 6 : « Les critères de jugement et d'appréciation sont complètement différents quand la personne est en face du médecin. »</p> <p>Ent 24 : « Vous avez des critères de jugement et d'appréciation qui sont complètement différents lorsque la personne est en face de vous. »</p> <p>Ent 11 : « Dans une consultation, si je rentre dans un cabinet, le médecin va me demander pourquoi je boîte... Avec la téléconsultation, ce n'est pas le cas ! »</p>	<p>Le face à face est perçu comme un facteur permettant d'apprécier ou de juger une situation.</p>
	<p>Ent 24 : « Dans le télésuivi, le premier contact est en présentiel. C'est une règle de l'ARS. Ce présentiel est aussi préconisé s'il y a une "grosse information à faire passer": un nouveau stade de la maladie par exemple, dès que des étapes clés sont franchies. »</p>	<p>Le face à face permis par la proximité géographique est indispensable à certaines étapes dans la relation de soin.</p>
	<p>Ent 2 : « Je suis convaincu que le fait de dématérialiser facilite l'annonce car la personne n'est pas en face et on parle à une image. (...) Dans l'échange à distance, on n'est pas dans la menace. (...) Le patient peut s'énervé, on n'est pas dans le risque physique. Une fois qu'on est déconnecté on est déconnecté : il y a une facilité à rompre l'entretien qui est bien plus facile que lorsque le patient est avec vous. (...) »</p>	<p>Une faible proximité géographique est vécue comme une protection.</p>
	<p>Ent 8 : « Aujourd'hui, les distances se sont allongées. »</p>	<p>Les distances sont perçues comme pouvant varier.</p> <p><i>Ces différents verbatim nous alertent sur le caractère relatif de la distance géographique. ⇒ Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité géographique.</i></p>
	<p>Ent 8 : « Les patients font des aller-retour fréquents à l'hôpital et on n'a pas d'informations sur ce qu'il se passe</p>	<p>La distance est perçue comme un obstacle à la circulation de l'information.</p>

Tableau 2 – (suite)

Les 5 proximités selon Boschma (2005)	Verbatim	Commentaires sur la dimension subjective des proximités
	ailleurs. On a l'info sur ce qu'il se fait ici, mais c'est tout. »	
	Ent 6 : « Ce qui peut limiter c'est une certaine distance qui existe déjà entre le patient et le praticien, il y a une distance supplémentaire qui se met en place mais à la fois ça rapproche les gens tout en ayant une dimension d'éloignement. »	Le sentiment est partagé entre un éloignement et un rapprochement.
	Ent 22 : « On confie sa santé à un interlocuteur dont moi j'estime qu'il vaut mieux qu'on le regarde dans les yeux que plutôt qu'à quelqu'un qu'on voit dans le brouillard dans une vision de mauvaise qualité. »	La proximité géographique est associée dans les esprits comme améliorant la qualité du service rendu aux malades par les soignants.
	Ent 22 : « La télé-médecine vient casser le fameux colloque singulier médecin patient qui peut être fondamental pour établir une relation de confiance. » Ent 7 : « Il faut que le malade ait un interlocuteur physique. C'est une question de confiance. »	La proximité géographique est perçue comme essentielle à l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le médecin.
	Ent 24 : « Le télésuivi change la relation car on est plus dans du péremptoire. (...) Cela laisse la liberté au patient de ne pas faire. (...) » Ent 23 : « Le télésuivi redonne du pouvoir au patient par rapport à leur maladie : mesurer, prendre ses médicaments. Le patient redevient le sujet principal de sa maladie. »	La distance donne le sentiment au patient d'avoir plus d'autonomie.
	Ent 6 : « La notion de gravité s'installe quand on fait plusieurs centaines de km pour aller voir un médecin. »	La gravité de de la pathologie permet de franchir la distance. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur le caractère à la fois contraignant et habilitant de la la proximité. ⇒ Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité géographique.</i>

Tableau 2 – (suite)

Les 5 proximités selon Boschma (2005)	Verbatim	Commentaires sur la dimension subjective des proximités
Proximité cognitive	Ent 8 : « Pour nous, la télémédecine est un moyen de partager de l'information. (...) La télémédecine n'a pas de sens si les services en interne sont cloisonnés. Aujourd'hui, c'est le cas. Il y a des cloisons. »	La télémédecine décloisonne.
	Ent 1 : « Le chef doit créer une communauté d'esprit de raisonnement qui fait que tout le monde va raisonner pareil et surtout l'esprit de groupe crée une émulation positive. »	Le sentiment d'une proximité cognitive donne du sens à l'action. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur la production de sens pluriel et relatif de la proximité induite par la télémédecine pour les acteurs. ⇒ Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité cognitive</i>
Proximité sociale	Ent 1 : « Il y a une difficulté humaine qu'est la Distance. (...) Quand un patient a un peu confiance en vous, il se lâche et commence à vous dire tel médecin est gentil tel médecin n'est pas gentil : il y a une relation humaine qui s'installe qui est malheureusement un peu faussée par la télémédecine. »	Le lien relationnel entre le médecin et son patient est vécu comme appauvri par la technisation.
	Ent 8 : « Il faut mettre le patient en confiance : car il sort de l'hôpital, il n'y a plus la sonnette, il est angoissé en HAD. (...) Le téléphone ça rassure le patient, d'avoir au bout du fil une infirmière qu'il connaît. »	Le lien relationnel développé en face à face est perçu comme rassurant.
	Ent 8 : « Avec le téléphone, on a accès à la voix du patient. C'est une indication. »	La télémédecine est perçue comme facilitant le diagnostic.
	Ent 4 : « Le médecin généraliste avait un rapport de proximité, le risque avec la télémédecine c'est de faire tomber ce rapport de proximité. »	La télémédecine est perçue comme un risque pour le lien relationnel patient-médecin.
	Ent 18 : « Le médecin dit "mon malade". On se croit en capacité d'être le meilleur pour lui. (...) La télémédecine modifie cela car elle modifie les hiérarchies entre le sachant	La télémédecine redonne du pouvoir au patient.

Tableau 2 – (suite)

Les 5 proximités selon Boschma (2005)	Verbatim	Commentaires sur la dimension subjective des proximités
	et le patient. Il y a un <i>empowerment</i> du malade, avec internet et des sites comme doctissimo... »	<i>Ces différents verbatim nous alertent sur le caractère contraignant et habilitant de la proximité patient / médecin modifiée par la télémedecine</i> ⇒ Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité sociale
Proximité institutionnelle	Ent 9 : « La tendance actuelle est de concentrer et mutualiser des hôpitaux dans des territoires qui ont été définis par des institutionnels. Des thèses commencent à montrer que ces territoires ne correspondent pas au bassins de vie ou à l'image que les gens se font de leur territoire. »	Le partage de valeurs, d'une identité commune, etc., définit un territoire différent de celui qui est institutionnellement défini par le groupement hospitalier de territoire (GHT).
	Ent 8 : « Nous sommes tout près du CHU mais nos cultures sont très différentes. » (Précision des auteurs : 50 mètres séparent l'entrée des 2 structures.)	La très faible distance n'est pas associée à une culture commune.
	Ent 24 : « Les pionniers de la télémedecine sont les radiologues. Ils n'ont jamais de problème de format car ils utilisent tous le même. Pour eux, c'est fluide... Si on considère le DMP (<i>dossier médical partagé, précision des auteurs</i>) par exemple, ou la biologie, c'est le grand foutoir ! Chacun a son système. La normalisation, c'est la clé. »	Des normes techniques partagées améliorent la perception de la qualité des soins. <i>Ces différents verbatim nous alertent sur la qualification distincte de la proximité au sein d'un même champ. ⇒ Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité institutionnelle.</i>
Proximité organisationnelle	Ent 3 : « D'être connecté rassure le patient, grâce au suivi rapproché, à la possibilité de contacter plus rapidement une infirmière. (...) »	La proximité qu'offrent les outils d'interface résout un problème lié à la distance : la proximité est vécue comme rassurante.
	Ent 23 : « Les tablettes restent au domicile du patient. Il y a donc un problème éthique lié à la confidentialité des données... »	Les outils supports de la télémedecine (comme la tablette) donnent le sentiment aux soignants d'une perte de contrôle du secret médical.
	Ent 13 : « Le suivi du patient pose un vrai problème. L'outil, le média, ne remplacera jamais la relation praticien-	L'outil crée une distance en technicisant la relation.

Tableau 2 – (suite)

Les 5 proximités selon Boschma (2005)	Verbatim	Commentaires sur la dimension subjective des proximités
	patient. Ce n'est pas possible d'envisager que l'outil soit pertinent. »	<i>Ces différents verbatim nous alertent sur le contrôle relatif de la distance que permet la proximité ⇒ Une dimension subjective est bien contenue dans la proximité organisationnelle.</i>

subjective entendue comme une perception de la distance géographique. Deuxièmement, nous montrons que cette perception conduit à créer un sentiment global, indifférencié, de proximité. La part subjective de la proximité s'exprime dans toutes ses dimensions, mais le sens de l'expression n'est pas univoque. Il est même ambivalent. Ce qui nous conduit, troisièmement, vers ce que nous considérons être notre principal résultat : une définition nouvelle de la proximité pensée « au singulier », c'est-à-dire autrement que par ses dimensions canoniques. Enfin, quatrièmement, nous dégageons des enseignements méthodologiques issus de notre recherche.

1. De la proximité géographique subjective : une perception de la distance

La proximité géographique subjective varie selon les caractéristiques individuelles et de l'espace géographique.

Une distance géographique perçue

La dimension subjective de la proximité relève d'une perception de la distance qui sépare les individus. En effet, les proximités

se fondent toujours sur une faible distance, ce qui leur confère un caractère objectif. Par exemple, la proximité géographique réunit des agents objectivement co-localisés dans une même ville. Mais la proximité n'est pas réductible à cette faible distance : elle incorpore en même temps un jugement, une interprétation sur cette distance, prenant alors un aspect profondément subjectif. En outre, la proximité géographique relève en dernier ressort d'une perception portée par les individus sur la nature de la distance géographique qui les sépare. Cette perception est fonction notamment de la capacité de chacun à mesurer les distances, à se représenter un itinéraire ou à s'estimer en mesure de franchir les obstacles (comme des frontières) (Lussault, 2007). On comprend alors que, selon les individus, la perception de la distance induite par la télémédecine puisse varier en fonction de ses capacités cognitives. Nos entretiens confirment qu'il existe bien une perception de la distance portée par nos interlocuteurs : ainsi un interlocuteur nous indique qu'« aujourd'hui, les distances se sont allongées » (Ent 8), signifiant ainsi qu'une distance réputée fixe et objective ne l'est pas en réalité, tandis qu'« il y a une difficulté humaine qu'est la distance »

Tableau 3 – La part subjective et ambivalente des dimensions de la proximité dans le cas de la télémédecine

Les 5 dimensions de la proximité (Boschma, 2005)	L'ambivalence de la part subjective des dimensions de la proximité
Proximité géographique	<p>Les distances, y compris métriques, sont perçues comme relatives : la distance éloigne et rapproche à la fois.</p> <p>La proximité géographique est perçue à la fois comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un facteur permettant un meilleur jugement, – un facteur non indispensable par rapport à l'enjeu du soin, – un facteur essentiel à l'établissement de la confiance (ici, entre le patient et le médecin), – un facteur permettant d'améliorer l'activité (ici, la qualité du service rendu aux malades par les soignants), – un facteur limitant l'autonomie face au soignant.
Proximité cognitive	<p>La télémédecine devrait décloisonner et affranchir les acteurs des barrières cognitives.</p> <p>La télémédecine devrait être un moyen de donner un sens commun à l'action collective.</p>
Proximité sociale	<p>La technicisation de la télémédecine est contraignante et habilitante :</p> <ul style="list-style-type: none"> – facilite l'intime entre le patient et le médecin, – déshumanise la proximité sociale entre le patient et le médecin. <p>La télémédecine est perçue comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> – facilitant le diagnostic, – étant un risque pour la proximité sociale, – redonnant du pouvoir au patient.
Proximité institutionnelle	<p>La proximité au sein d'un territoire pensé par des institutions ne correspond pas nécessairement avec celle vécue par la population.</p> <p>La proximité institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> – n'est pas associée à une culture commune, – améliore la qualité des pratiques de soins, – permet de partager les normes du système technique.
Proximité organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> – est vécue comme rassurante par les acteurs, – laisse à penser que les acteurs peuvent s'impliquer moins, <p>La proximité qu'offre les outils d'interface (la tablette) donne le sentiment aux soignants d'une perte de contrôle du secret médical.</p> <p>L'outil crée une distance en technicisant la relation.</p>

(Ent 1), spécifiant que la distance ne peut se réduire à des seuls aspects concrets et qu'elle est finalement propre à une personne en particulier. Ces résultats vont dans le sens des travaux [Wilson et al. \(2008\)](#) et [O'Leary](#)

[et al. \(2014\)](#) qui explorent la question de la « proximité perçue » (*perceived proximity*) définie comme « [...] a dyadic and asymmetric construct that reflects one person's perception of how close or how far another

person is » (O'Leary *et al.*, 2014, p. 1222). C'est aussi la position de Lussault (2007) pour qui toute distance euclidienne fait l'objet d'une interprétation par les acteurs, chacun déployant ses propres notions du proche et du lointain malgré l'apparente objectivité que confère un repère euclidien. Ainsi la perception de la distance entre un médecin et son patient varie d'un individu à l'autre. Certains de nos interlocuteurs jugent une relation en face à face, tout comme une proximité sociale d'ailleurs, comme étant rassurantes et essentielles pour la relation de soin. À l'inverse, d'autres voient le face à face comme une menace et misent sur le développement de la télémédecine pour pacifier leur pratique (Ent 2 : « Dans l'échange à distance, on n'est pas dans la menace (...). Le patient peut s'énerver, on n'est pas dans le risque physique. »). La distance géographique peut donc être vécue comme une protection face à autrui.

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

Nos entretiens font émerger une série de verbatim dans lesquels nos interlocuteurs perçoivent divers effets positifs et négatifs de proximité (cf. tableaux 1 et 2). Ainsi, la proximité géographique est perçue comme essentielle à l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le médecin du fait des possibilités de face à face qu'elle offre, confirmant de nombreux travaux antérieurs (Nilsson et Mattes, 2015). La personnalisation et la singularité du contact sont jugées comme le ciment de la confiance entre malades et soignants. Dans le même

ordre d'idées, le face à face permis par la proximité géographique est entendu comme un facteur permettant d'apprécier une situation, devenant indispensable à certaines étapes de la relation médecin patient : il est ici fait référence au colloque singulier, véritable ciment fondateur de la médecine qui, comme son nom l'indique, établit un dialogue protégé de toute interférence entre un soigné et un soignant. Il convient de noter ici que des soignants nous ont confié être certains que la télémédecine signifiait probablement la fin du colloque singulier, tel qu'ils l'ont connu, pratiqué et enseigné. Les uns le regrettant profondément, voire le craignant, tandis que les autres voyant, dans l'effacement de la distance géographique, l'opportunité de développer d'autres relations, autrement, avec les malades.

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

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

Une perception fonction de l'espace géographique

Nos entretiens confortent l'idée que la perception est aussi fonction des caractéristiques de l'espace géographique dont les facteurs fondent l'attractivité (Cariou *et al.*, 2018). L'espace offre des ressources matérielles créées par les acteurs, auxquelles la proximité géographique donne accès (Torre et Talbot, 2018). La localisation devient, dans ce cas, synonyme de maîtrise de ressources locales : accès à l'offre culturelle, aux meilleures écoles et hôpitaux, etc. Ces dotations physiques de facteurs modifient plus ou moins favorablement la perception des acteurs. Elles modifient également le jugement des décideurs publics, lesquels, en fonction des caractéristiques d'un espace géographique donné, peuvent décider d'investir dans tel ou tel équipement (un scanner par exemple) pour telle partie du territoire, afin de le « désenclaver ».

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

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

Parfois, le propos de nos interlocuteurs a pu sembler plus confus, voire contradictoire. Cela provient du fait qu'ils convoquent la

proximité dans ses diverses dimensions, toujours de façon implicite. Par exemple, une même relation est vécue à la fois comme proche et distante, en fonction des dimensions auxquelles il est fait référence : le centre Jean Perrin et le CHU de Clermont-Ferrand sont proches spatialement (50 mètres séparent les deux entrées), proches cognitivement (les praticiens ont les mêmes compétences en cancérologie, mais éloignés culturellement (Ent 8 : « nous sommes tout près du CHU mais nos cultures sont très différentes »). Cela illustre le caractère ambivalent de la part subjective de la proximité (cf. tableau 3). Nous avons ainsi pu observer que la proximité organisationnelle, en déployant des solutions techniques, est à la fois vécue comme rassurante par les acteurs tout en ouvrant la voie à une dés-implication de chacun.

De la même façon, la part subjective de la proximité est fonction de l'étendue géographique du réseau organisationnel des acteurs : chacun évalue la proximité géographique avec autrui relativement à l'ensemble de ses partenaires (Lethiais, 2018). Plus le réseau est éclaté spatialement, plus un acteur distant géographiquement sera considéré comme tout de même proche (Talbot, 2013). De fait, la proximité organisationnelle (réseau d'organisations) est associée par les acteurs à leur proximité géographique pour élaborer leur propre proximité perçue.

Ajoutons que la proximité sociale (réseau interindividuel) entre deux individus vient renforcer le sentiment global de proximité. Wilson *et al.* (2008) expliquent que le degré de sympathie influe positivement sur le sentiment de proximité. Aguilera *et al.* (2015) ont ainsi montré que deux dirigeants

d'entreprises se déclarent être proches l'un de l'autre, alors que plus de 50 km les séparent. La proximité sociale peut compenser un éloignement géographique et ainsi influencer la perception de la proximité elle-même (Cariou *et al.*, 2018), que Wilson *et al.* (2008) résument par le paradoxe du « Far-but-Close ». Inversement, deux dirigeants co-localisés qui ne se connaissent pas se pensent éloignés (« Close-but-Far »).

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

3. Une définition au singulier de la proximité

De façon étonnante, l'école de la proximité ne propose pas de définition du concept de proximité, autrement qu'à travers ses diverses dimensions (Torre et Talbot, 2018). Finalement, comment définir la proximité « au singulier » ? Comme le simple inverse de la distance ? Avec cette recherche, nous allons plus loin en proposant une définition de la proximité : La

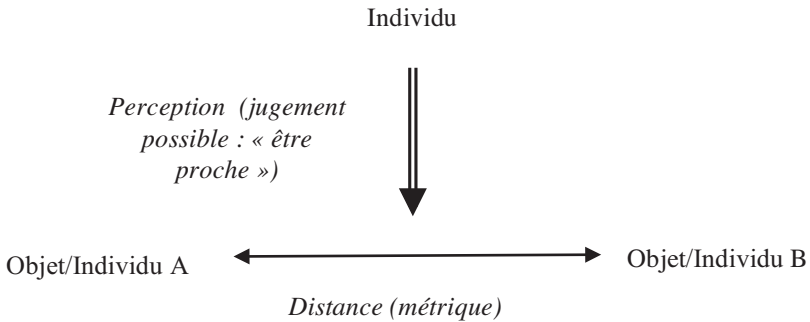
proximité se définit comme une interprétation de la distance par des acteurs en situation. La dimension subjective de la proximité révèle le caractère ambivalent du jugement porté sur une faible distance, par des acteurs en situation.

Selon Le Boulch (2001), l'idée de distance permet à chacun de penser l'espace qui sépare deux objets et/ou deux individus, deux organisations, etc. Bien entendu, il existe une mesure euclidienne et donc universelle de la distance, hors des acteurs. Cet « écart » peut faire l'objet d'une mesure par la métrique, par le temps de parcours, tout en tenant compte du coût monétaire de son franchissement. L'espace devient générateur de coûts liés à son franchissement. D'un point de vue sémantique, on associe alors le concept de distance à celui d'un espace-obstacle.

L'idée de proximité consiste pour chacun à caractériser qualitativement une distance par nature quantitative. La proximité devient un sentiment à propos d'un étalon objectif. Alors elle devient subjective et contingente suivant la logique propre à un sujet : « c'est le sujet, et lui seul, qui détient la clé de sa proximité pour un contexte donné » (Le Boulch, 2001, p. 4). Elle relève dans ce cas d'une déclaration : la perception de la distance conduit à émettre un jugement sur le fait de sentir « proche de » ou non. Parmi la gamme des jugements possibles, « être proche » est une possibilité (figure 1).

4. Enseignements théorique et méthodologique

Premièrement, d'un point de vue théorique, si la proximité est une perception de la distance, alors elle est toujours, en tant que

Figure 1 – La proximité : une perception de la distance

Source : à partir de [Le Boulch \(2001\)](#).

perception, subjective. C'est d'ailleurs ce qui la distingue d'une faible distance. La proximité est perçue plus ou moins positivement ou négativement par les acteurs, comme le soulignait [Torre \(2009\)](#). On comprend alors qu'une même proximité peut être jugée différemment par les acteurs qu'elles relient pourtant.

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

devient possible de mener un travail conduisant à un accord collectif qui permet de « créer » des proximités, d'influencer la perception collective des acteurs.

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

CONCLUSION

En spécifiant comment la dimension subjective de la proximité se révèle à travers

l'usage de dispositifs de télémédecine supposés effacer la distance, nous proposons une nouvelle compréhension de la proximité. Et, ce faisant, nous nous inscrivons pleinement au sein du programme de recherche proposé par les auteurs majeurs du champ. Mobilisant une méthode qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs, nous avons étudié cinq expériences de télémédecine de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

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

Sur le plan managérial cette fois, tenir compte de la dimension subjective de la proximité est l'occasion de réinterroger la relation patient médecin en impliquant plus le malade dans son parcours de soin : ce dernier, plus distant du médecin, peut gagner en autonomie et en implication dans

le traitement de sa maladie, si le praticien lui en laisse l'occasion. De même, les offreurs de solutions sur les marchés (de type BePatient) et ceux qui les financent (les centres de soins, les systèmes de sécurité sociale) pourraient intégrer davantage les points de vue et les usages des patients, mais aussi des soignants. Dans certaines applications de télésurveillance ou de télé-observance de traitements de certaines maladies chroniques par exemple, la géolocalisation de « patients experts » devient, pour le malade, un moyen de se sentir plus proche du monde physique du soin. De la même manière, les vidéos de médecins expliquant les suites opératoires qui peuvent être regardées plusieurs fois par le malade sur des applications smartphones, sans contrainte, encouragent une proximité avec le corps médical. Cette proximité est plus subjective qu'objective... Enfin, sur le plan des politiques publiques, nos travaux permettraient d'envisager plus finement l'allocation des ressources de la part de différentes catégories d'acteurs opérant dans le champ de la télémédecine. Les pouvoirs publics pourraient ainsi réévaluer certaines décisions d'investissements, jusqu'ici uniquement prises en fonction de la seule capacité d'un dispositif à effacer la distance géographique. La prise en compte de la dimension subjective de la proximité géographique a ainsi d'importants impacts en termes de management des systèmes de santé et de e-santé de demain, y compris pour la prévention des crises sanitaires majeures.

BIBLIOGRAPHIE

- Aguilera A., Lethiais V. et Rallet A. (2015). "Spatial proximity and intercompany communication: Myths and realities", *European Planning Studies*, vol. 23, n° 4, p. 798-810.
- Allaert F. et Quantin C. (2018). « Les applications sur smartphones permettront-elles une généralisation de la télémédecine ? », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36, n° 2, p. 145-151.
- Boschma R. (2005). "Proximity and innovation. A critical assessment", *Regional Studies*, vol. 39, n° 1, p. 61-74.
- Boschma R. et Frenken K. (2010). "The spatial evolution of innovation networks. A proximity perspective", *The Handbook of Evolutionary Economic Geography*, Boschma R., Martin R. (Eds), Edward Elgar, Cheltenham, p. 120-135.
- Bouba-Olga O. et Grossetti M. (2008). « Socio-économie de proximité », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n° 3, p. 311-328.
- Capello R. (2014). "Proximity and regional innovation processes: Is there space for new reflections?", *Regional Development and Proximity Relations*, Torre, A., Wallet, F. (Eds), Edward Elgar, Cheltenham and Northampton M.A, p. 163-194.
- Cariou C., Ferru M. et Rallet A. (2018). « Perceptions des lieux et proximités subjectives : une analyse des dynamiques créatives franciliennes », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n° 5, p. 1121-1151.
- Cassi L. et Plunket A. (2014). "Proximity, network formation and inventive performance: In search of the proximity paradox", *The Annals of Regional Science*, vol. 53, n° 2, p. 395-422.
- Dauids M. et Frenken K. (2018). "Proximity, knowledge base and the innovation process: Towards an integrated framework", *Regional Studies*, vol. 52, n° 1, p. 23-34.
- Dumez H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative – les 10 questions clés de la démarche compréhensive*, Vuibert Édition, Paris.
- Dumez H. et Minvielle E. (2017). « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, n° 1, p. 9-37.
- Gaglio G. et Mathieu-Fritz A. (2018). « Les pratiques médicales et soignantes à distance », *Réseaux*, n° 1, p. 9-24.
- Gilly J.P. et Torre A. (Eds) (2000). *Dynamiques de proximité*, L'Harmattan, Paris.
- Gomez P.Y., Rousseau A. et Vandangeon-Derumez I. (2011). « Distance et proximité : esquisse d'une problématique pour les organisations », *Revue française de gestion*, vol. 37, n° 213, p. 13-24.
- Granovetter M. (1985). "Economic action and social structure: the problem of embeddedness", *The American Journal of Sociology*, vol. 91, n° 3, p. 481-510.
- Hautala J. (2011). "Cognitive proximity in international research groups", *Journal of Knowledge Management*, vol. 15, n° 4, p. 601-624.

- Kirat T. et Lung Y. (1999). "Innovation and proximity-Territories as loci of collective learning processes", *European Urban and Regional Studies*, vol. 6, n° 1, p. 27-38.
- Kirat T. et Torre A. (Eds) (2008). *Territoires de conflits. Analyses des mutations de l'occupation de l'espace*, L'Harmattan, Paris.
- Lauriol J., Perret V. et Tannery F. (2008). « Stratégies, espaces et territoires. Une introduction sous le prisme géographique », *Revue française de gestion*, n° 184, p. 91-103.
- Le Boulch G. (2001). « Approche systémique de la proximité : définitions et discussion », 3^e Journées de la Proximité, Université Paris-Dauphine. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00140280/document>.
- Lethiais V. (2018). « Proximités, coopération et innovation : que nous apprennent les travaux empiriques menés sur les PME ? », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n° 5, p. 1187-1211.
- Levy R. et Talbot D. (2015). "Control by proximity: Evidence from the "Aerospace Valley" competitiveness cluster", *Regional Studies*, vol. 49, n° 6, p. 955-972.
- Loilier T. (2010). « Innovation et territoire. Le rôle de la proximité géographique ne doit pas être surestimé », *Revue française de gestion*, vol. 36, n° 200, p. 15-35.
- Lussault M. (2007). *L'homme spatial*, Éditions du Seuil, Paris.
- Mathieu-Fritz A. et Esterle L. (2013). « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales », *Revue française de sociologie*, vol. 4, n° 2, p. 303-329.
- Nicolini D. (2007). "Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine", *Human Relations*, vol. 60, n° 6, p. 889-920.
- Nilsson M. et Mattes J. (2015). "The spatiality of trust: Factors influencing the creation of trust and the role of face-to-face contacts", *European Management Journal*, vol. 33, n° 4, p. 230-244.
- O'Leary M., Wilson J. et Metiu A. (2014). "Beyond being there: The symbolic role of communication and identification in perceptions of proximity to geographically dispersed colleagues", *MIS Quarterly*, vol. 38, n° 4, p. 1219-1243.
- Ologeanu-Taddei R. et Paré G. (2017). « Technologies de l'information en santé : un regard innovant et pragmatique », *Systèmes d'information et management*, vol. 22, n° 1, p. 3-8.
- Rallet A. et Torre A. (2007). *La proximité à l'épreuve des technologies de communication*, L'Harmattan, Paris.
- Raulet-Croset N., Amar L., Charue-Duboc F. et Kogan A. (2010). « La structuration de l'offre de téléassistance pour les personnes âgées : créer la proximité à distance », *Management et Avenir*, vol. 5, n° 35, p. 254-272.
- Talbot D. et Kirat T. (2005). « Proximité et Institutions : nouveaux éclairages », *Économie et Institutions*, n° 6 et 7, 1^{er} et 2^e semestres, p. 8-16.

- Talbot D. (2008). « Les institutions créatrices de proximités », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n° 3, p. 289-310.
- Talbot D. (2010). « La dimension politique dans l'approche de la proximité », *Géographie, Économie, Société*, vol. 12, n° 2, p. 125-144.
- Talbot D. (2013). « Clustérisation et délocalisation : les proximités construites par Thales Avionics », *Revue française de gestion*, vol. 39, n° 234, p. 15-26.
- Torre A. (2008). "On the role played by temporary geographical proximity in knowledge transfer", *Regional Studies*, vol. 42, n° 6, p. 869-889.
- Torre A. (2009). « Retour sur la notion de proximité géographique », *Géographie, Économie, Société*, vol. 11, p. 63-75.
- Torre A. et Rallet A. (2005). "Proximity and localization", *Regional Studies*, vol. 39, n° 1, p. 47-60.
- Torre A. et Talbot D. (2018). « Proximités : retour sur 25 années d'analyse », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n° 5, p. 917-936.
- Vicente J., Balland P.A. et Brossard O. (2011). "Getting into networks and clusters: Evidence from the Midi-Pyrenean global navigation satellite systems (GNSS) collaboration network", *Regional Studies*, vol. 45, n° 8, p. 1059-1078.
- Wilson J.M., O'Leary M.B., Metiu A. et Jett Q.R. (2008). "Perceived proximity in virtual work: Explaining the paradox of far-but-close", *Organization Studies*, vol. 29, n° 7, p. 979-1002.