

Critique de l'utopie technologique : le cas des cabines de téléconsultation

Nathan Degreef, Alain Loute

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2026/1**, PAGES 275 À 294
ÉDITIONS **DREES MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.261.0275

Date de mise en ligne : 22/05/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2026-1-page-275?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour DREES Ministère de la santé.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Critique de l'utopie technologique : le cas des cabines de téléconsultation

Nathan Degreeef et Alain Loute

RÉSUMÉ

Cet article examine le postulat selon lequel la télémédecine constituerait une réponse prometteuse aux contraintes spatiales du système de santé. Il interroge, à partir du cas des cabines de téléconsultation, une croyance implicite qui structure les promesses et la façon dont elles orientent l'identification des enjeux éthiques. L'approche adoptée est méta-éthique : elle examine les conditions qui rendent possible une éthique critique de ces promesses sans en reconduire les présupposés. L'étude montre que ces dispositifs reposent sur une croyance déspatialisante, qui fait du « bon lieu » de soin, un « non-lieu ». L'analyse des controverses révèle pourtant que la spatialité demeure déterminante, tant factuellement que normativement. Quatre enjeux éthiques spatiaux sont alors dégagés : la localisation de la technologie, la reconfiguration des frontières professionnelles, les dynamiques territoriales des soins et l'échelle spatiale de leur évaluation. L'article conclut en réexaminant des positions éthiques existantes à la lumière de la croyance déspatialisante afin d'en montrer les limites et recentrer l'éthique du numérique sur les réalités spatiales du soin.

ABSTRACT

Challenging the technological ideal: teleconsultation booths under scrutiny

This article examines the assumption that telemedicine offers a promising solution to the spatial constraints of the healthcare system. Using teleconsultation booths as a case study, it interrogates certain implicit beliefs that underpin technological promises and shape the identification of ethical issues. The study adopts a meta-ethical perspective, exploring the conditions that allow for a critical evaluation of these promises without reproducing their underlying assumptions. It shows that teleconsultation booths rely on a “despatialising” belief, effectively turning the “good place” of care into a “non-place”. Yet, analysis of controversies reveals that spatiality remains crucial, both in practice and in principle. The study identifies four spatial ethical issues: the location of the technology, the reconfiguration of professional boundaries, the territorial dynamics of care, and the spatial scale of evaluation. The article concludes by re-examining existing ethical frameworks in light of this despatialising belief, highlighting their limitations and refocusing digital ethics on the spatial realities of care.

La télémédecine est souvent présentée comme une réponse prometteuse aux défis structurels du système de santé. La Stratégie nationale de santé 2018-2022, par exemple, en faisait un levier central de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, l'un des quatre axes majeurs de son programme d'intervention. Le document précise que la télémédecine:

« abolit les distances et étend la capacité d'action des professionnels de santé, en leur permettant d'obtenir par exemple des avis cliniques par la téléexpertise. Elle offre à la population de nouvelles possibilités de consultation à distance aux médecins généralistes et aux spécialistes de recours difficiles d'accès, par exemple en psychiatrie » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2017).

Plus récemment, la Haute Autorité en santé (HAS) a réaffirmé cette orientation dans un communiqué relatif aux cabines de téléconsultation et de télésoin: « En réduisant les distances et les délais, la télésanté peut contribuer à faciliter l'accès à l'offre de soins » (HAS, 2024). La Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) insiste notamment sur le fait qu'en « supprimant la notion de distance », la téléconsultation permet à la fois d'augmenter l'offre de soins – en limitant les renoncements liés à une offre locale insuffisante – et de faciliter l'accès pour les patients « sur leur lieu de vie » (Cnam, 2022) entendu ici non pas comme un territoire de soins, mais comme le domicile ou la zone de résidence immédiate, à partir desquels un suivi médical est présenté comme possible sans nécessité de déplacement.

Les différentes déclarations portées par des instances officielles ont en commun de cristalliser des attentes très fortes. À cet égard, la télémédecine incarne un champ où s'illustre avec vigueur la prolifération de ce que Pierre-Benoît Joly qualifie de « promesses technoscientifiques » (Joly, 2015): une rhétorique technologique tournée vers le futur, qui oriente les politiques publiques, légitime les investissements et fédère des acteurs hétérogènes autour d'une solution présentée comme bénéfique et inéluctable. La promesse, en ce sens, n'est pas seulement un discours ornemental: elle est une force agissante qui transforme les manières d'organiser le soin, de penser les territoires de santé et de définir ce qu'est un « bon » accès aux soins. Comme le rappellent les auteurs d'un article récent sur les promesses autour de l'IA en radiologie (Arena *et al.*, 2025), les promesses technoscientifiques ont fait l'objet de travaux dans les *Sciences and Technology Studies* (STS) depuis plusieurs années. Nombre de ces travaux adoptent une tonalité résolument critique. Certains dénoncent un *business des expectations*: N. Pollock et R. Williams (2010) montrent que des intermédiaires industriels et consultants, en produisant des visions prospectives, structurent les marchés privés et renforcent certaines positions concurrentielles. Parallèlement, les promesses technologiques orientent également la mobilisation de financements institutionnels, par l'intermédiaire de mécanismes de remboursement ou de financement public (van Kessel *et al.*, 2023). De telles incitations légitiment institutionnellement les solutions numériques, investies et commercialisées ensuite par des acteurs privés qui cherchent à capter des clients et des parts de marché. D'autres travaux adoptent une perspective différente, non plus centrée sur la dynamique spéculative et performative des promesses, mais sur l'examen empirique de leur concrétisation. Ils s'efforcent ainsi de « comparer la promesse à la réalité de sa mise en œuvre » à l'instar des analyses de P. Vidal

et A. Rezanova (2025) concernant les cabines de téléconsultation en France. Une posture critique, plus radicale, dénonce le report continu de la validation des promesses technoscientifiques et souligne leur tendance à se déplacer vers un futur indéterminé. Cette perspective met en lumière la dimension auto-alimentée des promesses : elles maintiennent un horizon d'anticipation, tout en échappant à un contrôle concret (Cerqui *et al.*, 2015). La liste de ces travaux est longue.

Pour notre part, notre objectif est de contribuer à la réflexion sur les conditions mêmes de la critique des promesses technoscientifiques, en adoptant une démarche explicitement éthique. À cet égard, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et le Comité national pilote d'éthique du numérique (CNPEN) déclaraient dans leur avis commun en novembre 2022 à propos de l'intelligence artificielle appliquée à la santé que « les promesses parfois exorbitantes faites par les industriels pour commercialiser leurs produits soulèvent de profondes tensions éthiques », appelant à ce que l'économie de la promesse soit solidaire d'une « éthique de la promesse » (CCNE et CNPEN 2022). Deux éléments plus substantiels d'une telle éthique peuvent être retenus de cet avis. Le premier se rattache au réalisme de la promesse : il faut être en mesure de l'étayer sur base « d'un ensemble de conditions pragmatiques ». Le second se réfère aux promesses non tenues : il conviendrait de faire retour sur l'usage que les industriels ont fait des financements, d'expliquer pourquoi le but initial s'est soldé par un échec. De sorte que l'éthique des promesses vise à instaurer « les conditions de la confiance » autour de deux vertus : une meilleure explicabilité des promesses et une plus grande tempérance à l'égard des projections optimistes qu'elles contiennent. Si cet avis a le mérite d'aborder de front la prolifération de l'économie des promesses, l'éthique proposée nous laisse face à de nombreuses questions. À quoi faut-il porter attention pour évaluer si la promesse a été tenue ? Comment faire, en les prenant au sérieux et en les évaluant, pour ne pas contribuer à leur prolifération ?

Dans l'optique de répondre à ces questions, nous adoptons une posture « méta-éthique » (Nurock et Parizeau, 2023), entendue comme une réflexion qui prend comme objet l'éthique de la promesse – et par extension l'éthique du numérique. Notre démarche se veut réflexive (Loute, 2025a ; Loute, à paraître). T. M. Powers et J.-G. Ganascia parlaient déjà de la nécessité d'une « éthique de l'éthique » de l'IA (Powers & Ganascia, 2020), étant donné la déstabilisation sémantique qu'impose la technologie sur des concepts comme ceux « d'agent » ou « d'intelligence ». Il ne s'agira pas ici de nous limiter à une simple redéfinition sémantique des concepts de l'éthique. Nous voudrions plutôt examiner les croyances que les promesses instaurent et qui induisent un précadrage des réponses de l'éthique, un schème d'interprétation qui dirige l'« attention sélective » (Grandjean & Loute 2019) de l'éthique de la promesse.

Dans cette perspective, le régime de preuve mobilisé dans cet article est de nature interprétative et critique. Il concerne la cohérence du schème d'interprétation implicitement reproduit, entendu comme sa capacité à rendre intelligibles des phénomènes hétérogènes et à en dégager la portée normative. Pour dégager ce schème, nous mobilisons trois types de matériaux – sans prétention d'exhaustivité – : les discours qui constituent le registre déclaratif de la promesse

et permettent d'identifier les présupposés qui l'organisent; les dispositifs matériels qui encapsulent une certaine conception de l'espace de soin; les controverses qui rendent visibles les limites et les tensions que la croyance génère. Notre réflexion s'inscrit par conséquent dans une perspective interdisciplinaire, dans la mesure où nous mobilisons les STS comme une ressource critique favorable pour entreprendre le travail méta-éthique. Les STS invitent effectivement à déplacer l'attention normative vers les conditions matérielles, organisationnelles et situationnelles dans lesquelles les promesses technologiques prennent forme, et qui tendent à rester en arrière-plan des approches éthiques classiques.

Notre thèse principale soutient qu'une des croyances majeures qui structurent les promesses de la télé médecine est éminemment spatiale. Elle apparaît d'ailleurs de façon explicite: les promesses qui lui sont imputées engagent une action « dans » et « sur » l'espace. Qu'il s'agisse de la lutte contre les déserts médicaux, du déplacement des soins vers le lieu de vie, de la relocalisation de l'activité médicale hors de l'hôpital, il est bien question d'une action sur les coordonnées spatiales du soin. Pour autant, un paradoxe profond habite cette action sur l'espace en ce qu'elle revendique en réalité un pouvoir d'indifférenciation par rapport à l'espace. Ainsi, d'un côté elle prétend, littéralement parlant, le faire disparaître. On le voit d'ailleurs dans les verbatims qui précèdent: « réduction » voire « abolition » ou « suppression » de la distance géographique, tout se passe comme si la technologie nous autonomisait désormais de l'espace. De l'autre, elle rend caduque la question même de la localisation, les soins pouvant être réalisés en tout lieu, quelle que soit la localisation du patient et du médecin, de sorte que la croyance peut être qualifiée comme « déspatialisante ».

Il nous paraît particulièrement pertinent d'étudier cette croyance précisément à partir d'un objet où elle est explicitement formulée et matérialisée, à savoir les cabines de téléconsultation. Concrètement, une cabine de téléconsultation est un dispositif clos, souvent compact, installé dans des lieux publics ou semi-publics (pharmacies, entreprises) et permettant au patient de réaliser une consultation médicale à distance. Elle est généralement équipée d'un écran et d'une caméra pour la visioconférence, d'un micro et d'un ensemble d'outils de mesure (stéthoscope électronique, tensiomètre, oxymètre, etc.) que le médecin téléconsultant peut piloter à distance pour ausculter le patient. La téléconsultation en cabine semble pousser le plus à l'extrême la prétention à rendre la consultation indifférente à l'espace: moins en supprimant toute variable spatiale, qu'en encapsulant un espace-soin mobile, standardisé et décontextualisé. L'espace apparaît ainsi comme un élément « neutre¹ », voire interchangeable. Toutefois, cette solution soulève des questions relatives aux promesses avancées. Que résout réellement la cabine? Est-elle capable de répondre au problème de santé publique des inégalités territoriales de santé, c'est-à-dire au problème qui la légitime en tant que solution? N'y a-t-il pas tout de même des conditions spatiales et sociales requises pour garantir son efficacité? Plus généralement, comment une éthique critique des promesses pourrait-elle se rapporter à cet objet?

1. « A minima, le lieu choisi (cabine, ou local accueillant une borne ou console) doit être neutre et connu par les usagers, [...] », Agence régionale de santé Bretagne (2025), « Fiche réflexes pour l'installation de télécabines ou bornes de téléconsultation » [en ligne] [bretagne.ars.sante.fr](https://ars.bretagne.solidarites-sante.gouv.fr/ars-bretagne/actualites-et-actualites/actualites/actualites-ars-bretagne/actualites-ars-bretagne-2025/fiche-reflexes-pour-l-installation-de-telcabines-ou-bornes-de-teleconsultation) (consulté le 1^{er} juillet 2025).

Pour répondre à ces questions, nous proposons quatre étapes de réflexion. La première consiste à caractériser la croyance déspatialisante comme l'équivalent d'une utopie littérale, aperçue mais peu problématisée en tant que telle chez les auteurs issus des *Sciences and Technology Studies* (STS). La seconde vise à questionner la croyance en regard des controverses que les cabines ont générées en mobilisant des prises de position officielles de professionnels de santé (Conseil national de l'Ordre des médecins), ainsi que des documents institutionnels (HAS). Un troisième moment nous permettra de reprendre et d'analyser ces controverses à partir de travaux issus des STS. Une telle reprise théorique sera l'occasion de rendre manifeste la façon dont l'espace se rappelle à la technologie et nécessite une attention éthique dédiée. Enfin, dans un dernier temps de synthèse, nous mobiliserons des positions éthiques existantes pour les « tester » relativement à la croyance déspatialisante et aux cadrages normatifs auxquels elle conduit. Nous pourrions alors recenser des pistes de dépassement.

Une utopie technologique encapsulée : les cabines de téléconsultation

La notion d'utopie constitue un outil heuristique éclairant pour analyser le régime de croyances qui sous-tend les promesses associées à la télémédecine. Elle s'organise autour d'une double visée : celle d'un mieux – un soin amélioré, optimisé, fluidifié – et celle d'un nulle part – un soin supposément détaché des contraintes matérielles, territoriales ou institutionnelles. L'étymologie du terme forgé par Thomas More rend manifeste cette ambivalence originelle : l'*euto-pie* (εὖ-τόπος), le « bon lieu », est également une *outopie* (οὐ-τόπος), un non-lieu (Montenot, 2003). De fait, *Utopia* décrit une organisation sociale jugée idéale tout en la délocalisant dans un espace inaccessible, introuvable sur les cartes. L'utopie unit ainsi dans un même geste la projection d'un lieu préférable et son arrachement aux lieux situés.

Certains travaux issus des STS ont mis en évidence la présence de ce schème utopisant dans les discours entourant l'innovation en santé. Ainsi, Dara Ivanova (2020) montre que l'essor des technologies numériques s'accompagne d'une valorisation du « soin sans lieu » comme horizon de résolution des crises des systèmes de santé : congestion hospitalière, pénurie médicale, coûts, délai. Si Ivanova ne cible pas précisément qui sont les promoteurs de l'innovation, l'utopie technologique peut venir de décideurs publics, d'entreprises, mais aussi de discours médicaux managériaux. L. Oldenhof, J. Postma et R. Bal (2016) vont jusqu'à considérer le champ de la e-santé en tant que tel comme une « utopie technologique » aussi bien d'un point de vue métaphorique, que littéral. Métaphoriquement parlant, les promesses de la e-santé sont utopiques en ce qu'elles donnent corps au « lieu du bon ou du bien » (εὖ-τόπος). Prenant comme référence le livre vert sur la santé mobile de la Commission européenne, les auteurs détaillent les visées

mélioratives énoncées: améliorer la prévention et la qualité de vie, rendre les soins plus efficaces et durables, favoriser l'autonomisation du patient ou encore stimuler la création de nouveaux marchés. La technologie matérialiserait ainsi, à elle seule, un lieu préférable. En parallèle, la e-santé incarne, pour Oldenhof *et al.*, une utopie littérale: une forme de « non-lieu » (οὐ-τόπος), dans la mesure où la délivrance des soins et l'accès à l'information médicale tendent à se détacher de leurs ancrages spatiaux traditionnels.

Notre approche s'inscrit dans la continuité de ces travaux, mais vise à franchir un pas supplémentaire. Plutôt que de mobiliser la notion d'utopie comme un analyseur des promesses – c'est-à-dire comme un outil permettant de comprendre ce que ces promesses présupposent –, nous l'envisageons aussi comme un opérateur spatial. Par-là, nous entendons que l'utopie ne se contente pas de nous faire adhérer à une technologie, elle façonne concrètement sa conception, en prescrivant les formes spatiales que ces dispositifs doivent produire pour que la promesse paraisse tenable. L'utopie agit ainsi comme une force de configuration matérielle, qui s'inscrit dans le design même des artéfacts. Cette perspective apparaît nettement lorsque l'on compare la téléconsultation à domicile et la cabine de téléconsultation. La fiche de la HAS sur les « lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin » (HAS, 2024) rappelle que la téléconsultation à domicile suppose l'existence d'un lieu déjà aménagé: calme, confidentiel, éclairé et techniquement équipé. Ici, la réalisation de la promesse dépend encore d'un environnement préexistant. À l'inverse, la cabine se présente comme un opérateur spatial autonome: par son design, elle est censée transporter avec elle l'espace de soin requis. Il suffirait « seulement » de la placer et de la connecter pour qu'elle produise instantanément les conditions idéales de soin à distance. En ce sens, la cabine ne se contente pas de supporter une promesse utopique; elle ambitionne de la réaliser matériellement, en configurant elle-même l'espace où cette utopie est censée devenir effective.

C'est précisément ce que met en scène le descriptif de la start-up Tessan², l'un des leaders du secteur en France (Vidal & Rezanova, 2025), qui vante un pré-assemblage de la cabine au Portugal, permettant une installation en pharmacie « en moins de 3 heures » pour le modèle slim. Le modèle premium, quant à lui, offre un produit qui s'opacifie automatiquement au début de la téléconsultation et dispose d'une désinfection automatique par UV. « Conçue pour offrir une expérience à la fois sécurisée, confortable et confidentielle, elle [la cabine] s'intègre parfaitement dans *tout environnement de santé* », précise le site web de la start-up³. Le site de l'entreprise américaine TelaCare va dans le même sens: « Virtual care anytime, anywhere! » affirme-t-il, tout en offrant la possibilité d'installer des cabines « dans un centre commercial ou juste en face du bureau, à deux pas du poste de travail⁴ » en bref, dans n'importe quel lieu accueillant du public.

2. Nous reprenons ici le nom de Tessan tel qu'il apparaît dans la source citée: l'entreprise n'est pas anonymisée par les auteurs et communique publiquement ces informations. Il en va de même pour les autres entreprises citées.

3. « La cabine Premium de téléconsultation augmentée » (s.d.) [en ligne] tessan.io. Nous soulignons.

4. What Is a Telemedicine Kiosk and Why Is It the Future of Health Care? (2017) [en ligne] telacare.com (consulté le 1^{er} juillet 2025).

Les dispositifs sont ainsi présentés comme s'insérant dans des environnements de santé, mais également dans ce que l'on peut appeler des lieux profanes, c'est-à-dire des espaces non médicalisés – supermarchés, pharmacies – supposés devenir instantanément aptes à accueillir une pratique clinique.

Ces déclarations, loin d'être uniquement commerciales, trouvent parfois un écho dans certaines revues médicales où l'on peut lire, par exemple, « Health kiosks can be installed anywhere » (Garg *et al.*, 2025). Le fait que ce type d'énoncé soit produit ou relayé par des cliniciens, des chercheurs et des industriels montre à tout le moins la diffusion d'un schème d'interprétation commun qui organise l'expérience et oriente l'action (Benford *et al.*, 2012) : celle d'une installabilité universelle du soin et d'une indifférence au contexte spatial. Ainsi, les cabines apparaissent comme des non-lieux par excellence⁵, en ce qu'elles prétendent pouvoir s'insérer partout, indépendamment des usages, des acteurs et des contextes.

Jusqu'à présent, nous avons parlé tour à tour d'espace, de lieux, de spatialité. La mobilisation de la notion d'utopie nous permet désormais de clarifier les rapports entre ces termes. Dans notre analyse, le lieu, *topos*, ne se réduit pas à la localisation géographique ou à un ensemble de paramètres environnementaux que l'on peut objectiver. Certes il localise les acteurs, mais « n'est pas le simple espace que nous occupons » (Helmer 2019). Il détermine en partie les activités qui y prennent place, de la même manière que celles-ci le transforment. Son effet n'est pas que matériel, mais symbolique : « Il est également la représentation que nous en avons, l'histoire que nous nous racontons à son sujet, le sens que nous lui donnons et qu'il nous renvoie en retour, par quoi il s'offre à une diversité d'interprétations » (Helmer 2019). Il a en outre une dimension « identitaire ». « Le lieu nous façonne autant que nous le façonnons » (Helmer 2019).

Dès lors, l'utopie technologique désigne le risque de réduire l'épaisseur du lieu à un espace abstrait, pensé comme une surface neutre, homogène et interchangeable, c'est-à-dire comme une « pureté géométrique ». Une telle épuration conduit à l'oubli de la « spatialité », soit à l'ensemble des opérations concrètes par lesquelles les acteurs « font avec l'espace », comme le dit Michel Lussault (2017), c'est-à-dire l'ajustent, le transforment et l'intègrent à leur activité. La vision d'un soin sans lieu entre ainsi en tension avec des travaux sociologiques qui portent sur l'activité spatiale. À titre d'exemple, Alexandre Mathieu-Fritz (2021) souligne que la prétendue abolition technique de la distance n'engendre pas automatiquement une coordination des environnements du patient et du praticien : un travail d'ajustement est nécessaire pour maintenir un cadre d'interaction commun. Nous allons précisément approfondir les tensions constitutives de l'utopie technologique à travers l'examen des controverses. Elles montrent que l'espace, prétendument neutralisé par la technologie, se rappelle à elle.

5. Nous n'envisageons donc pas les « non-lieux » comme le fait Augé (1992), à savoir comme une catégorie descriptive renvoyant à des espaces impersonnels de la surmodernité (centres commerciaux, aéroports, hôpitaux standardisés, etc.). Nous nous référons plutôt à Helmer, qui évoque « un « nulle part absolu », un « hors l'espace », une « atopie » au sens littéral : l'absence de tout lieu ou, plus radicalement, son non-être » (Helmer, 2019, p. 99).

Quand l'utopie technologique vacille face aux controverses

L'importance des enjeux spatiaux liés à l'utilisation des cabines de téléconsultation s'est révélée en France à travers deux initiatives emblématiques autour desquelles se sont constituées des controverses. La première concernait l'implantation de cabines dans plusieurs magasins Monoprix (notamment à Paris et Troyes) dès avril 2021 ; accessibles *via* insertion de la carte Vitale⁶. La seconde initiative, portée par la SNCF en partenariat avec la start-up Loxamed fin 2023, visait l'installation de 300 boxes de téléconsultation semi-autonomes au sein des gares, conçues comme des points d'accès rapides aux soins de proximité, en particulier dans les zones à faible densité médicale⁷.

Dans chacun des cas, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) a exprimé de vives inquiétudes par le biais de communiqués de presse relatifs aux cabines de téléconsultation en grande distribution (2021) et aux boxes de téléconsultation en gare (2023). Au-delà de raisons strictement déontologiques, les critiques du CNOM renvoient à une logique de *gatekeeping*, profondément inscrite dans l'architecture du parcours de soins coordonné: l'institution redoute qu'un accès direct, anonyme et désintermédié à une cabine ne fragilise le rôle pivot du médecin traitant, garant de la cohérence territoriale et clinique du suivi, ainsi que l'exige l'avenant n° 6 à la convention médicale. Le CNOM précise ainsi « qu'il ne peut être accepté qu'un médecin prenne en charge un patient sans possibilité de procéder à un examen clinique chaque fois que cela est souhaitable ; sans aucun ancrage territorial ni aucune connaissance du tissu sanitaire et médico-social. » Cela signifie que, selon la vision du CNOM, la pratique médicale ne peut être détachée de son ancrage territorial, de son écosystème de soins et des médiations qui l'organisent. Le CNOM rappelait enfin l'article R. 4127-19 du Code de la santé publique, selon lequel « la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce », réaffirmant sous forme d'objection morale le principe qui peut être lu comme la défense d'un mode d'organisation historiquement territorialisé de la patientèle et de l'activité médicale où l'accès aux soins est filtré et coordonné, et non régulé par la seule logique marchande.

Les critiques adressées à l'initiative de la SNCF mobilisent, elles aussi, un argument explicitement spatial. Selon le CNOM, l'installation de cabines en gare risquait de consacrer « de fortes inégalités territoriales d'accès aux soins », en créant une hiérarchie des territoires où certains seraient déclassés au profit de zones mieux desservies par le train. De plus, le dispositif risquait d'attirer les professionnels de santé vers des lieux plus accessibles et plus visibles au détriment de l'offre « dans les territoires les plus vulnérables ». De sorte que le CNOM renvoyait l'entreprise ferroviaire à sa mission territoriale: « améliorer la desserte ferroviaire des territoires les plus enclavés, véritable enjeu d'attractivité des territoires vis-à-vis de l'installation des professionnels de santé. » Ici encore, l'enjeu est

6. « Monoprix déploie des cabines de téléconsultation dans ses magasins, l'Ordre des médecins s'insurge » (2021) [en ligne] bfmtv.com (consulté le 1^{er} juillet 2025).

7. « Déserts médicaux: la SNCF annonce l'installation de centres de télémedecine dans environ 300 gares » (2023) [en ligne] lemonde.fr (consulté le 1^{er} juillet 2025).

moins la présence d'un dispositif que son inscription différentielle dans l'espace, confirmant que le déploiement des cabines opère une véritable re-spatialisation de la téléconsultation dans un tissu spatial et professionnel cohérent, loin de la promesse d'une pratique indifférente à l'espace.

Les controverses décrites ont poussé la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) à saisir la HAS, instance publique indépendante chargée de produire des recommandations fondées sur une expertise médico-scientifique et organisationnelle, afin d'éclairer les pouvoirs publics sur les conditions de déploiement des cabines de téléconsultation. Dans un communiqué récent (le 6 mars 2024), la HAS a rappelé la promesse classique de la télémédecine qui permettrait de « réduire les distances et les délais », tout en soulignant l'importance de réfléchir « aux lieux et aux conditions d'environnement propice à la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin. » En réponse à la question « Où installer une cabine ? », la HAS privilégie une implantation dans des lieux où exercent déjà des professionnels de santé, non dans une logique de défense d'un ordre professionnel, mais au nom de critères de qualité, de sécurité et de continuité des soins. Elle conseille néanmoins une ouverture à d'autres lieux respectueux des critères de qualité émis précédemment. Elle préconise la présence de cabines dans un environnement calme, lumineux et isolé – afin de garantir la confidentialité des échanges – et défend une localisation à l'écart de l'espace public. En outre, la mise en place d'une zone d'attente est souhaitée, lorsque la téléconsultation est réalisée en dehors d'un lieu de soins. Enfin, quels que soient les lieux, la HAS recommande la présence d'une personne sur place (sans qu'il s'agisse forcément d'un professionnel de santé, précise-t-elle) pour assurer l'entretien et la préparation de la cabine, mais également pour assister le patient s'il en exprime le besoin.

Ces prises de parole témoignent d'un déplacement majeur : assurer la qualité de la téléconsultation suppose de remédicaliser les lieux, c'est-à-dire de leur conférer des propriétés environnementales, organisationnelles et humaines compatibles avec l'acte de soin. En réintroduisant la question du lieu au cœur du débat, le CNOM et la HAS mettent donc en lumière un ensemble d'enjeux qui contredisent l'idée selon laquelle la technologie pourrait abstraire ou neutraliser l'environnement. Sans prétendre restituer l'ensemble des controverses suscitées par les cabines de téléconsultation, notre propos consistait à montrer en quoi ces débats révèlent la nécessité d'accorder une attention fine à la spatialité des dispositifs. À partir de ce matériau, il est possible d'identifier quatre points d'attention permettant de déplier l'articulation entre technique, espace et soin.

Vers une éthique critique des promesses: une attention à la spatialisation des soins

Les controverses entourant les cabines de téléconsultation démontrent que la spatialité des soins « importe », pour reprendre le mot de N. Oudshoorn (2012). Elles nous invitent à porter attention à ce qui, dans les promesses technologiques, est précisément tenu pour acquis ou passé sous silence. À partir de ces débats, il est possible de dégager quatre points d'attention qui concernent la spatialité ou de nous déprendre, de quatre façons différentes, de la croyance utopique de la technologie.

Le premier concerne la localisation des cabines. Ce point apparaît explicitement dans les recommandations émises par la HAS et, plus implicitement, dans les communiqués du CNOM. En proposant comme sous-titre de son communiqué: « Téléconsultations dans les supermarchés: la santé n'est pas un commerce », le CNOM met en doute le caractère adéquat du supermarché comme lieu de consultation. Un désajustement est mis en avant entre l'idéal du soin (l'eutopie médicale) et les espaces concrets dans lesquels il est censé s'incarner. Porter attention à sa localisation précise revient à questionner concrètement quels seraient des lieux d'usage adéquats, quels acteurs et pratiques permettraient de soutenir son activité. Dans un précédent article sur les soins à domicile (Launay & Loute, 2023), nous avons également rappelé que, selon l'article R. 4127-71 du Code de la santé publique, le médecin doit disposer de « locaux adéquats », d'une « installation convenable » et de « moyens techniques suffisants ». La localisation des cabines semble mettre en difficulté le médecin quant au respect de ces obligations.

Le deuxième point renvoie au fait que les controverses liées à localisation des cabines vont jusqu'à toucher à la définition des contours de la profession médicale. On pourrait même aller plus loin et émettre l'hypothèse que ce qui se joue avec la cabine est la reconfiguration de l'autorité médicale professionnelle. Ce point apparaît de façon plus saillante à la lumière de l'approche développée par Andrew Abbott dans *The System of Professions* (1988). Selon Abbott, les professions se définissent par la juridiction qu'elles exercent sur des problèmes spécifiques, autorité qui se trouve renégociée sous l'effet de dynamiques concurrentielles, sociales ou technologiques. Dans cette perspective, les prises de position du CNOM peuvent être lues non seulement comme l'expression d'une vigilance éthique orientée vers la qualité du soin, mais aussi comme la réaction d'un groupe professionnel confronté à une remise en question de sa juridiction. L'introduction des cabines de téléconsultation constitue ainsi un facteur de transformation: en réalisant ces consultations en cabine dans des espaces semi-publics, en confiant l'accueil et l'assistance technique à des professionnels non médicaux, voire à des personnels commerciaux et en s'appuyant sur une médiation algorithmique ou instrumentale (caméras, dispositifs de mesure automatisés, transmission de données), ces dispositifs semblent participer à une redistribution des compétences entre médecins, auxiliaires de santé, opérateurs technologiques et entreprises privées. Ainsi se forme, pour reprendre Akrich, une nouvelle « géographie des responsabilités » (2010): le médecin demeure juridiquement responsable de l'acte

médical, mais les dispositifs techniques distribuent différemment les obligations, tandis que des tiers qui participent au processus acquièrent une responsabilité opérationnelle ou technique. Cette redistribution sociotechnique de la responsabilité ne conduit pas à une redéfinition automatique de la juridiction professionnelle, mais rend visibles et problématiques certaines de ses frontières. C'est à ce niveau que peuvent émerger des tensions professionnelles dans la mesure où ces configurations peuvent être interprétées par les médecins comme fragilisant l'exercice exclusif et territorialisé de leur juridiction. La juridiction médicale tend alors à ne plus s'exercer de manière exclusive dans l'espace physique du cabinet, mais à s'inscrire dans des formes d'organisation en réseau, sans que cette évolution soit nécessairement stabilisée ou unanimement acceptée.

Troisièmement, les débats concernant l'implantation de la cabine – que ce soit dans une gare, un supermarché ou une pharmacie – révèlent une porosité accrue entre des espaces autrefois institutionnellement et symboliquement distincts : le privé et le public, le médical et le commercial, le domicile et l'hôpital. Le développement des télécabines illustre à la fois un processus de désinstitutionnalisation, dans la mesure où les fonctions médicales sont déplacées hors de leur cadre traditionnel, et une forme d'*extitution* (Milligan *et al.*, 2011), par laquelle les institutions se déterritorialisent tout en se remanifestant à travers de nouveaux lieux. Ces dispositifs participent également, pour d'autres auteurs (Cayol, 2021), à l'aménagement de « tiers lieux de santé », offrant des espaces hybrides où les fonctions médicales, sociales et commerciales coexistent et se recombinent.

Enfin, la cabine est souvent présentée comme un instrument permettant d'atteindre des objectifs de santé publique, notamment en améliorant l'accessibilité aux soins dans les zones sous-dotées pour résorber les inégalités de santé. Néanmoins, dans quelle mesure ne contribue-t-elle pas à renforcer ces inégalités ? En effet, force est de constater que la promesse de lutte contre les inégalités territoriales se heurte à une distribution inégale des cabines sur le territoire français, car les cabines sont installées majoritairement dans des zones déjà pourvues en infrastructures (pharmacies, centres urbains) : « However, despite the promotional “promises” of the operators, zones with extremely low LPA [Localized Potential Accessibility] seem, generally, to be avoided by the development strategies » (Vidal & Rezanova, 2025). Cela signifie que même si le discours prometteur est justifié éthiquement par sa finalité d'une lutte contre les inégalités, dans les faits, ce sont surtout les zones déjà relativement accessibles ou plus rentables, voire logistiquement favorables qui sont ciblées. Cette outopisation de l'eutopie, c'est-à-dire le fait que l'atteinte de la société meilleure soit différée en non-lieu, empêche de penser les conditions concrètes de la réalisation d'un « bon soin ». Sans action publique coordonnée, sans inscription dans un mailage territorial pensé, ces dispositifs risquent de devenir contre-productifs : loin de corriger les inégalités d'accès, ils peuvent les renforcer, notamment pour les publics fragilisés précaires, peu familiers du numérique et éloignés des circuits d'information.

Ces quatre points permettent d'esquisser les contours d'une éthique critique des promesses technoscientifique qui soit à la fois réaliste et attentive à leur évolution dans le temps – ainsi que nous y invitent le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et le Comité national pilote d'éthique du numérique (CNPEN) cités dans l'introduction. D'une part, ils établissent les conditions pragmatiques qui doivent être réunies par les promoteurs de promesse. Ils invitent à interroger la localisation des dispositifs techniques, la redéfinition des rôles et des professions qu'ils induisent, les dynamiques de reterritorialisation institutionnelle auxquelles ils contribuent, ainsi que l'échelle spatiale retenue pour leur évaluation, dimension encore trop souvent négligée dans les *case studies* rapportés dans la littérature. Dans leur étude sur les télécabines, P. Vidal et A. Rezanova (2025) regrettent ainsi que la majorité des études aient été menées à petite échelle, sans adopter une perspective géographique attentive à la distribution des télécabines sur le territoire, seule à même d'évaluer réellement leurs promesses.

D'autre part, les points attentionnels mis en exergue offrent un cadre pour analyser la transformation des promesses elles-mêmes. Sur ce point, il s'avère pertinent de repositionner les promesses de consultation au domicile et dans une cabine non comme deux prophéties distinctes, mais comme les étapes d'un même continuum⁸. En effet, le passage d'une consultation en visioconférence « depuis le domicile » à celui d'une cabine installée en pharmacie – lieu à cheval entre le commerce et l'espace de soin –, constitue le signe d'une promesse révisée, voire déchue de ses ambitions initiales. Or, la révision silencieuse de la promesse – sans explicabilité ni retour d'expérience – constitue un angle mort éthique majeur et qui est rendu manifeste à la condition d'une analyse spatiale. En ce sens, la vigilance envers les promesses d'abolition de l'espace n'est pas simplement une précaution méthodologique: elle constitue un impératif éthique visant à restaurer les conditions de la confiance et tirer des enseignements des transformations successives des dispositifs technologiques. L'attention à la spatialité, qui nous paraît être essentielle dans le cadre d'une éthique critique des promesses, devient alors un opérateur de critique, mais aussi de mémoire: elle permet d'évaluer ce que la promesse annonce, mais également ce qu'elle devient.

L'éthique à l'épreuve de l'utopie

Si la fonction utopique des promesses technoscientifiques a retenu notre attention dans cet article, c'est parce que nous pensons que la questionner constitue une tâche indispensable à toute éthique du numérique: une réflexion éthique qui investirait l'eutopie – c'est-à-dire la visée d'un avenir meilleur –, sans interroger l'outopie – la promotion d'un non-lieu du soin –, court le risque de reconduire une forme « d'impuissance critique », en restant enfermée dans des cadrages imposés par les promesses technoscientifiques. Il s'agit ici de se demander si les éléments

8. Nous remercions un-e des évaluateur-rices du présent article d'avoir attiré notre attention sur ce point.

que nous avons mis en évidence – attenants à la dimension spatiale de la télé-médecine – sont réellement pris en compte par les éthiques existantes ou si, au contraire, celles-ci y demeurent largement aveugles. Nous l'avons vu, la croyance utopique impose des schèmes d'interprétation. Elle se traduit donc par un cadrage attentionnel qui nous détourne de la manière dont les cabines transforment les lieux, les réseaux d'acteurs et les territoires. Il ne suffit donc pas de dénoncer les écarts entre les effets réels et les promesses énoncées, encore faut-il savoir à quoi porter attention dans cette évaluation.

Illustrons la manière dont ces réflexions sur la croyance utopique permettent de questionner différentes positions éthiques courantes. Commençons par une conception de l'éthique que l'on peut qualifier d'instrumentaliste. Dans celle-ci, les objets techniques sont neutres. Ils constituent des moyens en vue de fins. On trouve cette position instrumentaliste de la technologie exprimée sur le site belge de la e-santé : « L'e-santé n'est pas une fin en soi, mais un moyen de maintenir et, lorsque c'est possible, d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la pérennité des soins de santé⁹. » Une telle posture, très présente dans les discours institutionnels et industriels, repose sur l'idée que les télécabines ne sont « jamais que des moyens en vue de fins » : autrement dit, des outils neutres, au service d'un objectif louable – améliorer l'accès aux soins pour tous, notamment dans les territoires sous-dotés. De nombreux travaux en STS ont néanmoins questionné l'idée que les technologies constituaient des moyens neutres et conclu, bien au contraire, qu'elles possèdent une « agentivité » (van Hout *et al.*, 2018). Elles font émerger de nouvelles finalités d'action (Steiner, 2024) et transforment les lieux du soin (Oudshoorn, 2012). Ainsi, sans souscrire explicitement à la croyance utopique, la conception instrumentaliste de l'éthique la reproduit, en occultant la manière dont la spatialité conditionne l'appropriation de l'objet technique et la manière dont celui-ci la transforme.

Il nous semble que cette croyance utopique peut se retrouver également dans des approches qui se revendiquent de l'« éthique by design » (Loute, 2020). Cette approche se distingue de l'approche précédente en ce qu'elle ne souscrit pas à l'idée que les objets techniques soient neutres. Ils peuvent matérialiser des valeurs et être façonnés par les préjugés de leurs concepteurs. Par ailleurs, il est également reconnu que ces objets peuvent avoir de multiples effets sur la société. En résulte l'approche d'une éthique « dès » et « par » la conception. Elle impose une nouvelle responsabilité aux concepteurs : anticiper ces impacts et modifier le design en conséquence. Comme le souligne le rapport Villani :

« la loi ne peut pas tout, entre autres car le temps du droit est bien plus long que celui du code. Il est donc essentiel que les “architectes” de la société numérique – chercheurs, ingénieurs et développeurs – qui conçoivent et commercialisent ces technologies prennent leur juste part dans cette mission en agissant de manière responsable. Cela implique qu'ils soient pleinement conscients des possibles effets négatifs de leurs technologies sur la société et qu'ils œuvrent activement à les limiter » (Villani, 2018).

9. Réseau Santé Bruxellois – Lexique « e-santé » (s. d.) [en ligne] ehealth.fgov.be (consulté le 1^{er} juillet 2025).

Si nous pensons que cette approche peut également être considérée comme reproduisant implicitement la croyance utopique des promesses technoscientifiques, c'est parce que l'impératif d'anticipation risque de ne se faire que sur base du « script » des concepteurs, c'est-à-dire la prédétermination des usages. Or, comme le souligne Akrich :

« si ce sont les objets techniques qui nous intéressent et non les chimères, nous ne pouvons méthodologiquement nous contenter du seul point de vue du concepteur ou de celui de l'utilisateur: il nous faut sans arrêt effectuer l'aller-retour entre le concepteur et l'utilisateur, entre l'utilisateur-projet du concepteur et l'utilisateur réel, entre le monde inscrit dans l'objet et le monde décrit par son déplacement » (Akrich, 2010).

Une *ethic by design* qui se limiterait au script reconduirait la croyance en une indifférenciation de l'espace, l'anticipation ne portant pas attention aux lieux concrets d'implémentation des objets techniques.

Cette croyance utopique est parfois présente de manière explicite dans certaines approches. On en trouve une illustration chez Hartmut Rosa. Nul doute que les travaux de celui-ci peuvent constituer un point d'appui très utile pour critiquer l'inflation des promesses technoscientifiques. Il défend l'idée que la logique contemporaine d'accélération mène à des formes d'aliénation qui peuvent être vues comme des obstacles à la réalisation de la conception moderne d'une vie bonne dans la société moderne tardive. Entre autres, il a mis en avant une dynamique d'accélération des vitesses de l'innovation culturelle et sociale qui conduit à un « déclin de la fiabilité des expériences et des attentes » (Rosa, 2012). Il se pourrait que ces accélérations ne nous mettent tout simplement plus en capacité d'évaluer si des promesses ont été tenues, celles-ci s'enchaînant de plus en plus vite sans possibilité de les évaluer. Cela se vérifie d'ailleurs dans la littérature concernant les cabines de consultation: la société américaine HealthSpot a dû cesser ses activités en décembre 2015 (Maramba *et al.*, 2022), alors que la start-up européenne H4D a subi le même sort en septembre 2024 (Vidal & Rezanova, 2025). Autant les thèses de Rosa peuvent constituer une force critique radicale des promesses technoscientifiques, autant elles reproduisent explicitement la croyance utopique de celles-ci. En effet, pour lui, « l'espace perd de sa primauté et de son importance pour la plupart des actions et interactions sociales. » À titre d'exemple, il écrit que « les voyageurs modernes se battent avec des emplois du temps, des temps de correspondances, des blocages et des retards, mais pas avec des obstacles spatiaux » (Rosa, 2014). Une telle position n'a-t-elle pas pour effet de détourner notre attention des controverses spatiales que ne manque pourtant pas de susciter l'implémentation des cabines ?

Comme nous avons pu l'évoquer, de nombreux travaux en STS évaluent la tenue des promesses en questionnant frontalement leur croyance utopique, à partir d'une enquête de terrain. Ces travaux refusent la thèse de la neutralité des technologies, mettant en avant leur « agentivité » (van Hout *et al.*, 2018), ainsi que la thèse de la neutralité de l'espace (Poland *et al.*, 2005) allant jusqu'à souligner

que l'oubli de la spatialité conduit à une reproduction des formes de violence et de domination qui structurent les espaces. Dans ces études, les chercheurs se déplacent, comme nous y invite Akrich, sur le lieu d'expérimentation de dispositifs techniques pour voir comment les attentes et les usages se réajustent.

Si la visée de ces travaux n'est pas directement éthique, ils contribuent à renouveler le cadrage attentionnel de la réflexion éthique. Dans leur article, van Hout et ses collègues, en suivant sur le terrain la « tension entre les attentes provoquées par les nouveaux dispositifs et les pratiques qui les incarnent » (van Hout *et al.*, 2018), ont ainsi cherché à :

« faire un travail de sensibilisation permettant non seulement aux professionnels de choisir, en connaissance de cause, d'adopter ou de refuser ces technologies (Barnard, 2007), mais aussi de se préparer aux changements inattendus qui peuvent apparaître lorsque les pratiques de soin sont imprégnées par la technologie. »

Il s'agit de permettre aux professionnels d'acquérir « une meilleure compréhension d'un tiers acteur, la technologie et son agentivité propre. » Même si elle ne porte que sur un seul cas, cette « étude approfondie fournit de ce fait des éclairages pour d'autres expérimentations futures. » Il nous semble qu'il est attendu de ces recherches qu'elles questionnent la croyance utopique des promesses et qu'elle développe chez les acteurs une attention aux enjeux de transformation de la spatialité du soin dans l'expérimentation qu'ils font de ces dispositifs. On pourrait ainsi considérer que ces travaux contribuent à ce que X. Guchet appelle le « tournant pragmatiste et interventionniste » (Guchet, 2014) en éthique des technologies : le recentrement sur les objets qui sont effectivement utilisés et la conception de l'éthique comme une forme d'expérimentation.

Les points d'attention révélés dans cet article devraient contribuer à constituer les jalons d'une éthique de l'expérimentation du numérique en santé à laquelle contribuent les travaux en STS que nous avons évoqués. Le chantier reste cependant conséquent. En effet, si ces études visent à « sensibiliser » (van Hout *et al.*, 2018) les professionnels, à les rendre attentifs à la manière dont l'agentivité des techniques transforme les lieux et les relations du soin, ne faut-il pas réfléchir aux conditions d'apprentissage des professionnels, plutôt que considérer que la présentation d'un cas constitue à elle seule un apprentissage ou que celui-ci découle automatiquement de l'expérimentation en situation réelle de dispositifs techniques ? De plus, les travaux en STS problématisent-ils suffisamment le fait que l'expérimentation de dispositifs techniques sur le terrain est bien souvent « tacite », c'est-à-dire que l'objet et le pilotage de l'expérimentation de nouveaux dispositifs ne sont pas toujours explicités et négociés (Gaglio & Loute, 2023) ? Si l'on veut penser la manière dont une éthique de l'expérimentation permet de questionner la croyance utopique qui sous-tend les promesses technoscientifiques, il est essentiel d'affronter ces questions.

Conclusion et ouverture

Dans cet article, notre objectif était de démontrer qu'une critique des promesses technoscientifiques requiert la mise en question de leur croyance utopique, explicite ou implicite. Pour ce faire, nous avons pris les cabines de téléconsultation comme objet paradigmatique, car elles sont présentées tout à la fois comme un « bon lieu » du soin (eutopie) et incarnent matériellement l'idée d'une indépendance vis-à-vis des lieux (outopie). Cette double orientation – vers un espace optimisé et vers l'effacement des contraintes spatiales – manifeste la tension constitutive de l'utopie technologique: vouloir produire un soin meilleur tout en prétendant pouvoir le délivrer n'importe où, voire hors de tout ancrage territorial. L'examen des controverses nous a permis d'aller au-delà de telles prétentions, pour montrer que l'espace fait bien retour comme problème aux yeux des acteurs. Dans un dernier temps de synthèse, nous avons tenté d'explicitier différentes postures éthiques du numérique en santé, en regard de la prise en charge de cette croyance utopique.

Rendre explicites les conditions pragmatiques de réalisation d'une promesse et documenter les raisons de sa révision ou de sa non-réalisation ne suffira probablement pas à interrompre l'économie de la promesse. Sa force tient à sa performativité: elle ne décrit pas seulement un futur possible, elle contribue à créer un horizon d'attente et à mobiliser des acteurs, des financements, des récits. Pour autant, la critique n'est pas vaine. En rendant visibles ses ressorts – notamment la croyance spatiale qui la soutient – elle reconfigure les conditions dans lesquelles les promesses peuvent être formulées, négociées et évaluées. Par conséquent, l'enjeu n'est pas d'abolir les promesses, mais bien de rendre leur fabrication et leurs révisions davantage explicites et explicables. La critique ne suspend donc pas la croyance, mais elle peut en modifier l'économie.

Terminons en précisant encore deux limites de notre recherche. Nous ne soutenons pas que la croyance spatiale identifiée ici structure l'ensemble des discours sur la télémédecine; notre propos reste hypothétique. Nous faisons l'hypothèse qu'elle structure majoritairement les promesses qui accompagnent ces dispositifs, en leur fournissant un ressort imaginaire puissant: celui d'un espace neutralisé, fluidifié, pacifié. Il est essentiel de reconnaître qu'il existe d'autres imaginaires spatiaux, parmi lesquels des registres dystopiques où l'espace serait surreprésenté – saturé de dispositifs, de contrôles ou de contraintes. Nous avons choisi de privilégier l'utopie pour deux raisons: d'une part parce que l'utopie déspatialisante apparaît aujourd'hui comme la matrice argumentative dominante des discours de légitimation de la télémédecine; d'autre part, parce que cette utopie constitue une croyance peu problématisée.

Enfin, étudier la promesse depuis une perspective spatiale n'implique pas d'ignorer la question du temps. L'économie de la promesse repose également sur l'idée d'un temps accéléré, compressé ou rendu disponible « à tout moment ». Les analyses menées par Hartmut Rosa (2005) sont illustratives de ce phénomène propre à la modernité. La télémédecine n'y échappe pas et se trouve précisément enveloppée dans la promesse d'une instantanéité du soin. Notre recherche gagnerait à se prolonger dans l'horizon de ces analyses.

Références bibliographiques

- Abbott, A. (1988).** *The system of professions: An essay on the division of expert labor.* University of Chicago Press.
- Akrich, M. (2010).** Comment décrire les objets techniques? *Techniques & Culture*, 54-55, 205-219.
- Arena, L., Gaglio, G., & Vayre, J.-S. (2024).** Imbrication et « professionnalisation » des promesses sociotechniques: Le cas de l'IA en radiologie. *Réseaux*, 248(6), 33-72.
- Augé, M. (1992).** *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité.* Seuil.
- Barnard, A. (2007).** Research and scholarship for technology. In A. Barnard & R. Locsin (Dir.), *Technology and nursing: Practice, concepts and issues*, Palgrave Macmillan.
- Benford, R. D., & Snow, D. A. (2012).** Processus de cadrage et mouvements sociaux: Présentation et bilan. *Politix*, 99(3), 217-255.
- Caisse nationale de l'assurance maladie – Cnam. (2022).** *Charte de bonnes pratiques de la téléconsultation.* [En ligne] ameli.fr (consulté le 5 février 2026).
- Cayol, A. (2021).** Tiers-lieux à l'ère du numérique: Vers la mise en place de « tiers-lieux » de la télémedecine? *Revue française de finances publiques*, 155(3), 133-140.
- Cerqui, D., Dorthé, G., & Maestrutti, M. (2015).** Qu'il faut, au moins, une promesse: Stratégies de désorcèlement et promesses technologiques. In M. Audétat (dir.), *Sciences et technologies émergentes: Pourquoi tant de promesses?*, Hermann.
- Conseil national de l'Ordre des médecins – CNOM. (2021).** *Téléconsultations dans les supermarchés.* [En ligne] conseil-national.medecin.fr (consulté le 5 février 2026).
- Conseil national de l'Ordre des médecins – CNOM. (2023).** *Boxes de télé-consultations – SNCF.* [En ligne] conseil-national.medecin.fr (consulté le 5 février 2026).
- Gaglio, G., & Loute, A. (2023).** L'émergence d'enjeux éthiques lors d'expérimentations de logiciels d'intelligence artificielle: Le cas de la radiologie. *Réseaux*, 240(4), 145-178.
- Garg, V., Markan, S., Malhotra, C., et al. (2025).** Revolutionizing healthcare access: Exploring the potential of telehealth kiosks. In V. Garg, M. Goyal, & H. Kumar (Dir.), *Innovations in healthcare technologies in India.* Springer.
- Grandjean, N. & Loute, A. (dir.) (2019).** *Valeurs de l'attention. Perspectives éthiques, politiques et épistémologiques.* Presses universitaires du Septentrion.
- Guchet, X. (2014).** *Philosophie des nanotechnologies.* Hermann.
- Haute Autorité de santé (HAS). (2021).** *Consulter et se faire soigner à distance – Téléconsultation & télésoin.* [En ligne] has-sante.fr (consulté le 5 février 2026).
- Haute Autorité de santé (HAS). (2024).** *Lieux d'implantation des cabines de téléconsultation et de télésoin: Assurer l'accès à des soins de qualité.* [En ligne] has-sante.fr (consulté le 5 février 2026).
- Helmer, E. (2019).** *Ici et là. Une philosophie des lieux.* Verdier.
- Ivanova, D. (2020).** Post-place care: Disrupting place-care ontologies. *Sociology of Health & Illness*, 42(6), 1296-1311.
- Joly, P.-B. (2015).** Le régime des promesses technoscientifiques. In M. Audétat (Dir.), *Sciences et technologies émergentes: Pourquoi tant de promesses?*, Hermann.

- Joly, P.-B., & Le Renard, C. (2022).** Les leçons d'une exploration dans le passé. In G. Dandurand, M.-J., Meurs, D. Letendre *et al.* (dir.), *Attentes et promesses technoscientifiques*, Presses de l'Université de Montréal.
- Launay, P., & Loute, A. (2023).** Soigner la fin de vie (comme) à la maison: Une nouvelle domestication des subjectivités? *Cahiers François Viète*, III-15, 143-169.
- Loute, A. (2020).** De l'éthique de l'accueil à l'éthique de la spatialisation des soins. In E. Clarizio, R. Poma, & M. Spano (Dir.), *Milieu, mi-lieu, milieux*, éditions Mimésis.
- Loute, A. (2025a).** Quelle éthique de l'éthique de l'intelligence artificielle? *Louvain médical*, 144(6), 11-15.
- Loute A. (à paraître).** Critique de l'éthique au futur. Problématiser l'éthique face aux promesses technoscientifiques. *Sens public*.
- Lussault, M. (2017).** *Hyper-lieux. Les nouvelles géographies de la mondialisation*. Seuil.
- Maramba, I. D., Jones, R., Austin, D., et al. (2022).** The role of health kiosks: Scoping review. *JMIR Medical Informatics*, 10(3). [En ligne] pubmed.ncbi.nlm.nih.gov (consulté le 5 février 2026).
- Mathieu-Fritz, A. (2021).** *Le praticien, le patient et les artefacts: Genèse des mondes de la télémédecine*. Presses des Mines.
- Milligan, C., Roberts, C., & Mort, M. (2011).** Telecare and older people: Who cares where? *Social Science & Medicine*, 72(3), 347-354.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017).** *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. [En ligne] sante.gouv.fr
- Montenot, J. (2003).** Une société sans pensée utopique est-elle concevable? *Sens public*. [En ligne] sens-public.org (consulté le 5 février 2026).
- More, T. (2012).** *L'Utopie* (G. Navaud, Trad.). Gallimard.
- Nurock, V., (2023).** Éthique by design. In Y. Citton, M. Lechner & A. Masure, *Angles morts du numérique ubiquitaire. Glossaire critique et amoureux*, Les presses du réel.
- Oldenhof, L., Postma, J., & Bal, R. (2016).** Re-placing care: Governing healthcare through spatial arrangements. In E. Ferlie, K. Montgomery, & A. R. Pedersen (dir.), *The Oxford handbook of health care management*. Oxford University Press.
- Oudshoorn, N. (2012).** How places matter: Telecare technologies and the changing spatial dimensions of healthcare. *Social Studies of Science*, 42(1), 121-142.
- Poland, B., Lehoux, P., Holmes, D., et al. (2005).** How place matters: Unpacking technology and power in health and social care. *Health and Social Care*, 13, 170-180.
- Pollock, N., & Williams, R. (2010).** The business of expectations: How promissory organizations shape technology and innovation. *Social Studies of Science*, 40(4), 525-548.
- Pols, J. (2012).** *Care at a distance: On the closeness of technology*. Amsterdam University Press.
- Powers, T. M., & Ganascia, J.-G. (2020).** The Ethics of the Ethics of AI. In M. D. Dubber, F. Pasquale, & S. Das (Éds.), *The Oxford Handbook of Ethics of AI*. Oxford University Press.
- Rosa, H. (2014).** *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*. La Découverte.
- Steiner, P. (2024).** La constitutivité technique: Enjeux théoriques. In M. Triclot (Dir.), *Prendre soin des milieux. Manuel de conception technologique*, Éditions Matériologiques.
- Van Hout, A., Willems, D., Hettinga, M., et al. (2018).** Pourquoi les attentes suscitées par la télésurveillance sont souvent déçues? Étude ethnographique d'un dispositif de télésoin infirmier en soins palliatifs. *Réseaux*, 207(1), 95-121.

van Kessel, R., Srivastava, D., Kyriopoulos, I., Monti, G., Novillo-Ortiz, D., Milman, R., Zhang-Czabanowski, W. W., Nasi, G., Stern, A. D., Wharton, G., & Mossialos, E. (2023). Digital Health Reimbursement Strategies of 8 European Countries and Israel: Scoping Review and Policy Mapping. *JMIR mHealth and uHealth*, 11. [En ligne] researchgate.net (consulté le 5 février 2026).

Vidal, P., & Rezanova, A. (2025). Teleconsultation cabins: A response to France's healthcare access crisis? *GeoJournal*, 90, 98.

Villani, C. (2018). *Donner un sens à l'intelligence artificielle: Pour une stratégie nationale et européenne. Rapport au Premier ministre.* [En ligne] vie-publique.fr (consulté le 5 février 2026).