HAL
open science

Gouverner la télémédecine. Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale

Amandine Rauly

To cite this version:

Amandine Rauly. Gouverner la télémédecine. Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale. Science politique. Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA), 2016. Français. NNT : 2016REIME004 . tel-03053408

HAL Id: tel-03053408

https://hal.univ-reims.fr/tel-03053408

Submitted on 11 Dec 2020

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

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

UNIVERSITÉ DE REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE

ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIETE (555)

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE

Discipline : ***SCIENCES ECONOMIQUES***

Présentée et soutenue publiquement par

Amandine RAULY

Le 1er décembre 2016

Gouverner la télémédecine
Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale

Thèse dirigée par **Jean-Paul DOMIN**

JURY

M. Philippe BATIFOULIER,	, Professeur,	à l'Université Paris 13 Paris-Nord ,	**, Président**
Mme Maryse GADREAU,	, Professeur,	à l'Université de Dijon Bourgogne ,	**, Rapporteur**
Mme Florence JANY-CATRICE,	, Professeur,	à l'Université de Lille 1 Sciences et Technolog ,	**, Examinateur**
M. Jean-Paul DOMIN,	, Maître de Conférence HDR,	à l'Université de Reims Champagne-Ardenne ,	**, Examinateur**
M. Olivier FAVEREAU,	, Professeur,	à l'Université Paris 10 Paris-Nanterre ,	**, Examinateur**
M. François LEGENDRE,	, Professeur,	à l'Université Paris 12 Val De Marne ,	**, Examinateur**

UNIVERSITÉ DE REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE
École Doctorale Sciences de l'Homme et de la Société (555)

Thèse

pour obtenir le grade de

Docteur de l'Université de Reims Champagne-Ardenne

Discipline : Sciences Économiques

Présentée et soutenue publiquement

par

Amandine RAULY

Le 1er décembre 2016

Gouverner la télémédecine

Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale

Membres du jury :

Philippe BATIFOULIER, Professeur, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, président

Maryse GADREAU, Professeur émérite, Université de Bourgogne, Rapporteur

Florence JANY-CATRICE, Professeur, Université Lille 1, Rapporteur

Olivier FAVEREAU, Professeur émérite, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

François LEGENDRE, Professeur, Université Paris-Est Créteil

Jean-Paul DOMIN, Maître de conférences HDR, Université de Reims Champagne-Ardenne, Directeur de thèse

Remerciements

Je souhaite avant tout remercier mon directeur de thèse, Jean-Paul Domin, qui a guidé mon travail de recherche au long de ces quatre années, tout en prenant le temps de m'encourager et de me conseiller dans les moments de doute. Sa grande disponibilité et ses enseignements m'ont permis de réaliser ce projet dans des conditions de travail privilégiées. La fin du doctorat marque le terme de son encadrement, cette prise de conscience me fait relativiser l'envie d'en finir avec la thèse.

Toute ma gratitude va ensuite naturellement à Florence Gallois, pour qui je ne sais par où commencer, puisqu'il est évident que je devrais la remercier pour tout. Elle a su précisément à quel moment endosser les rôles de collègue, tutrice, amie et confidente. Flo, merci également pour tout ce que je ne peux pas écrire ici.

Je souhaite également remercier Maryse Gadreau et Florence Jany-Catrice d'avoir accepté d'être rapporteurs ainsi que Philippe Batifoulier, Olivier Favereau et François Legendre pour avoir accepté d'être examinateurs. Leurs différents travaux ont guidé mes recherches, ce qui me rend d'autant plus reconnaissante de l'attention qu'ils porteront à ce travail.

Mes remerciements vont ensuite aux membres du laboratoire REGARDS et en premier lieu à son directeur, Martino Nieddu, sans qui je ne me serai jamais lancée dans cette aventure qu'est la thèse. Merci de m'avoir persuadée que j'en étais capable.

Je remercie également Samia, Nadège, Marie, Cyril, Romain et Jean-Sébastien tant pour nos échanges qui ont fait progresser ce travail que pour les moments de détente passés ensemble. Je tiens à remercier plus particulièrement Florence, Samia et Cyril pour leurs nombreuses relectures de « bouts de thèse ».

Je remercie également tous les membres du laboratoire qui se sont relayés sans relâche le jour de la mise sous pli des quelques 6054 questionnaires de l'enquête télémédecine.

Un grand merci à Samia Benallah et Emmanuelle Gautherat pour leur précieuse aide dans l'analyse de données. Leur disponibilité m'a permis de mener à bien la partie empirique de cette thèse.

Gaëlle et François, je dois bien reconnaître que je ne saurai jamais remplir un OM seule…

Je ne peux conclure les remerciements aux membres du laboratoire sans avoir une pensée pour mes compères doctorants.

Nicolas, félicitations tu es le premier de la génération !

Elsa, Clémence et Jérémie, merci d'être vous, vous faites partie intégrante de cette thèse.

Nadia, Amina, Christopher, tenez bon !

Je souhaite également bon courage à la relève, Isaac, Waly, Maxime et Jean-Daniel.

Je souhaite également remercier Nicolas Da Silva pour son aide dans la construction de l'enquête télémédecine qui est au cœur de cette recherche. Nos travaux communs ont également permis à cette thèse de progresser.

Je n'oublie pas toute l'équipe du département GEA de l'IUT de Troyes qui m'a plus que chaleureusement accueillie en tant qu'ATER. Cette aventure fut courte mais riche en apprentissages.

J'adresse également mes remerciements à tous les membres du projet PICADo, projet à l'origine de cette thèse non seulement par son financement mais aussi par les questionnements scientifiques qu'il a suscité. Mes remerciements vont tout particulièrement à Nicolas Beaumatin, Gabrièle Breda, Monique Maurice et Francis Lévi qui sont les moteurs de ce projet.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble des partenaires du Comité d'orientation et du consortium Domomédecine. Nos différents échanges ont nourri le terrain empirique de cette thèse. Mes remerciements vont tout particulièrement à l'URPS ML Champagne-Ardenne et à ID Champagne-Ardenne qui ont accepté de participer à la construction et au financement de l'enquête télémédecine.

Mes remerciements vont ensuite au *Club (re)lecture* : Audrey Laude-Depezay, Nadège Vezinat, Marie Schill, Élodie Brûlé-Gapihan, Charlotte Rudeault et Martine Crété. Mention spéciale pour ma maman et ma sœur qui ont œuvré jusqu'aux dernières heures. À force de relectures, vous pourriez soutenir à ma place.

Je remercie ensuite toute ma famille et mes amis pour leur soutien, vous avez été ma soupape de décompression au cours de ces années de thèse. Merci de ne jamais avoir tenu compte de mes longs silences. Merci à ma grand-mère, qui sans le vouloir a fait avancer cette thèse avec ses perpétuels « *ça y est, tu la recopies au propre ta thèse ?* ».

Un merci tout particulier à mes parents qui ont toujours fait en sorte que je puisse me concentrer sur mes études sans jamais avoir à me soucier du reste. Merci également à ma sœur et mon frère, l'engagement dans la thèse révèle finalement une part d'égoïsme en moi, je vous ai tous embarqué dans cette histoire sans vous demander votre avis.

Enfin, merci à Cédric de toujours soutenir mes choix.

Résumé

La télémédecine est pratiquée en France depuis les années 1980. Il faut cependant attendre la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), pour qu'une définition lui soit conférée. Elle est alors reconnue comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». À partir de cette date, la pratique s'institutionnalise, une stratégie nationale de développement est mise en œuvre et une politique publique lui est dédiée. L'objectif de cette stratégie est de lever les freins réglementaires et organisationnels à la pratique. En parallèle de cette reconnaissance juridique, la télémédecine devient un outil de renouvellement de l'action publique dans le champ de la santé. Toutefois, malgré l'intérêt qui lui est porté, la pratique ne s'intensifie pas et les stratégies successives mises en œuvre par les organisations en charge de son déploiement peuvent être qualifiées d'insatisfaisantes. La télémédecine ne se développe pas, ou plutôt, ne se développe pas comme le souhaiterait la puissance publique. L'hypothèse générale de nos recherches est qu'au lieu de lever les freins au développement de la pratique, la politique publique dédiée à la pratique est à l'origine même du blocage. À partir d'une démarche institutionnaliste, nous interprétons les rapports de force entre les échelles de régulation de l'activité, ce qui nous amène à questionner la pertinence du modèle de gouvernance de son déploiement. Nous mettons alors en évidence que les solutions apportées par les organes en charge du développement de la télémédecine peuvent être contre-productives.

Mots-clés : Télémédecine, *New public management*, politique publique, référentiel de marché, modèle productif de l'action publique, économie de la santé

Governance of telemedicine
An institutionalist analysis of a new medical practice

Abstract

Telemedicine has been practiced in France since the 1980s. In 2009, the HPST law proposes a legal definition: Telemedicine is "a form of medical practice remotely using ICT". From this date, the practice has been institutionalized, a national development strategy has been implemented and a sectoral public policy is applied. The objective is to remove regulatory and organizational barriers to the practice of telemedicine. Telemedicine is also becoming a tool for the renewal of public action. However, public policies are unsuccessful. Telemedicine is not developing as the public authorities have desired. The general hypothesis of our research is that instead of removing barriers to the development of telemedicine, public policies dedicated to its practice are actually impeding it. That is why we analyze power relations among stakeholders of regulation. To do this we adopt an institutionalist approach. We question the relevance of the governance model used for for deployment of telemedicine. We highlight that the solutions provided by the institutions in charge of the development of telemedicine can be improductive.

Keywords: Telemedicine, New public management, public policy, production model of public action, health economics

Sommaire

Remerciements **3**

Résumé **5**

Sommaire **7**

Introduction générale **11**
1.La stratégie de déploiement de la télémédecine et ses résultats paradoxaux 13
2.L'institutionnalisation des pratiques télémédicales : entre industrialisation des soins et performance du système de santé 24
3.Hypothèse, problématisation et démarche 35
4.Plan de la thèse 38

Partie 1 : Du système complexe de télémédecine à la forme de l'intervention de l'État **43**
Introduction de la première partie 45

Chapitre 1 Construction d'un cadre analytique des systèmes de télémédecine **49**
1.Télémédecine, de quoi parle-t-on ? 51
2.Caractérisation des éléments du système de télémédecine 58
3.La configuration institutionnelle, outil de lecture des forces et faiblesses des systèmes de télémédecine 74
Conclusion 97

Chapitre 2 De l'industrialisation à l'institutionnalisation de la pratique télémédicale : les origines de la politique publique **99**
1.1993 – 2008 : L'ère de l'industrialisation de la télémédecine 101
2.Depuis 2009 : l'ère de l'institutionnalisation de la télémédecine 109
3.Le déploiement de la télémédecine, une affaire de politique publique 122
Conclusion 153
Conclusion de la première partie 155

Partie 2 : Les rapports de force dans le déploiement de la télémédecine : analyse des trajectoires de l'action publique **161**
Introduction de la deuxième partie 163

Chapitre 3 Le *New public management*, système productif hybride de l'action publique **165**
1.*New public management*, prise en compte d'un problème global et adaptation productive locale 166
2.Les théories économiques au fondement du *New public management* 185
Conclusion 211

Chapitre 4 La gouvernance de la télémédecine, modèle productif hybride du *New public management* à la française **213**
1.La télémédecine, mise en œuvre de l'externalisation de la production de services hospitaliers.. 215
2.L'interopérabilité des systèmes d'information : le rôle de la puissance publique dans l'introduction des nouvelles formes transactionnelles 225
3.Les modalités contractuelles de rémunération des actes de télémédecine : quelle application du *New public management* ? 246

4.La performance comme mode de justification de l'action publique en faveur de la télémédecine ……257
5.Trajectoires d'hybridation et performance du modèle productif organisationnel de la télémédecine ……267
Conclusion 274

Chapitre 5 La trajectoire d'hybridation du modèle : stigmate des rapports de force dans le déploiement de la télémédecine 277
1.Régulation externe nationale et règles hétéronomes : normalisation de l'activité de télémédecine ……280
2.Régulation externe régionale et contractualisation : le rôle des ARS 297
3.Régulation interne et conventions : conflit de représentation 310
4.Les conflits de coordination entre les échelles de régulation : une lecture de l'échec du déploiement de la télémédecine 334
Conclusion 339
Conclusion de la deuxième partie 343

Partie 3 : L'efficacité des dispositifs de régulation de la télémédecine à l'épreuve de la motivation professionnelle médicale 349
Introduction de la troisième partie 351

Chapitre 6 Des incitations aux motivations, confrontation entre les dispositifs de régulation externes et les logiques d'action professionnelles 353
1.Les incitations, solution efficace pour atteindre le *Gros embouteillage institutionnel* ? 355
2.L'éviction des motivations, une réponse rationnelle au regard des relations d'agence 373
3.L'effet d'éviction des motivations intrinsèques, une question de jugement de la règle de coordination ?..... 395
Conclusion 412

Chapitre 7 De la caractérisation des motivations à l'efficacité des politiques publiques, étude de cas appliquée à la télémédecine 415
1.Méthodologie de construction de l'enquête télémédecine et présentation de l'échantillon 416
2.Résultats de l'enquête : les médecins et leurs motivations face à la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine 434
Conclusion 469
Conclusion de la troisième partie 471

Conclusion générale 475
1.Le développement de la télémédecine, une affaire de politique publique 476
2.Le modèle productif de la gouvernance télémédicale : entre impératif global, adaptabilité sectorielle et tensions sociales..... 479
3.Les caractéristiques individuelles du télémédecin, singularités invisibles dans le référentiel de marché ……482
4.La trajectoire du modèle productif de l'action publique en faveur de la télémédecine au 1er septembre 2016 485

Bibliographie..... 491

Table des matières 513

Liste des encadrés 519

Liste des figures 520

Liste des graphiques 521

Liste des images **522**

Liste des tableaux **523**

Annexes **525**

Annexe 1 : Le questionnaire Télémédécine/Domomédecine 527

Annexe 2 : Préparation de la base de données et pré-traitements 535

Annexe 3 : Méthodologie des tests du Chi-deux 537

Annexe 4 : Réalisation de l'ACP de l'index des motivations 539

Annexe 5 : Les résultats bruts du questionnaire Télémédecine/Domomédecine 545

Introduction générale

« Oberbruck, une petite commune alsacienne, débute ce 5 septembre 2016, une opération de télémédecine pour faire face à la pénurie de médecins qui persiste depuis trois ans. Lors d'une consultation, l'infirmière accueille les patients en leur fournissant un formulaire à remplir sur leurs antécédents médicaux, le poids, la taille, etc. Ensuite, elle appelle le médecin qui apparaît sur l'écran pour procéder à la consultation. "La technologie d'aujourd'hui permet d'être très précis en matière d'images. On est capable de zoomer sur un grain de beauté par exemple et d'avoir un diagnostic à distance extrêmement satisfaisant*", explique le maire. Il ajoute que le cabinet propose également de réaliser des échographies. »*[1]

À l'image de l'initiative prise dans la commune d'Oberbruck qui compte 450 habitants et aucun médecin[2], la télémédecine ouvre la possibilité de consulter un praticien *via* des technologies de télécommunication, sans qu'il ne soit présent à côté du patient. En effet, la télémédecine se définit comme une pratique médicale réalisée à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication (TIC). Cette forme de pratique est juridiquement reconnue en France par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

Au cours de la période de rédaction de cette loi, Roselyne Bachelot[3], alors ministre de la Santé, a présenté la télémédecine comme un levier d'actions et de réponses organisationnelles et techniques pour dépasser les contraintes actuelles du système de santé, à l'image de celles rencontrées par le village d'Oberbruck. Dans un discours prononcé le 9 juin 2009[4], soit un mois avant la promulgation de la loi HPST, la ministre précise que la télémédecine «*fait partie des questions fondamentales qui engagent l'avenir et la modernisation de notre système de santé* ».

[1]Source : http://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/deserts-medicaux-lalsace-teste-un-cabinet-de-telemedecine_1810821.html

[2] Le service des urgences hospitalières le plus proche se situe à Belfort, soit à 36 minutes en voiture.

[3] Roselyne Bachelot a été ministre de la Santé de mai 2007 à novembre 2010 (gouvernements Fillon I et II) puis ministre des Solidarités et de la cohésion sociale (gouvernement Fillon III) jusqu'au changement de couleur politique de la majorité. Sa principale mission a été de mener la réforme de l'hôpital via la mise en œuvre des mesures de la loi HPST.

[4] Discours introductif de la journée Télésanté 2009 intitulée *Vers l'âge de raison... Ethique, déontologique, juridique, économique*, organisée par le Club des acteurs de la télésanté (CATEL) au ministère de la Santé à Paris.

Roselyne Bachelot ajoute que « *le temps est venu de généraliser ces disciplines dans l'intérêt de tous, pour garantir à chacun la meilleure qualité de soins possible* ». La généralisation de la télémédecine passe, pour la ministre, par la mobilisation de quatre types d'acteurs : « *les patients, qui ont des attentes et des besoins, en particulier en termes de sécurité des soins ; les soignants, qui ont le souci constant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ; les industriels, qui pourront fournir des matériels appropriés ; et les pouvoirs publics, qui ont vocation à réguler et structurer le marché* ». Elle conclut ensuite que « *pour que la télémédecine et la télésanté se développent de manière opérationnelle, nous devons mettre en place les conditions d'un cercle vertueux de coopération, d'échange et de relation entre les différents acteurs* ». La télémédecine, bien plus qu'une pratique de la médecine à distance, s'inscrit alors dans une vaste organisation qui comprend, outre les professionnels de santé (médicaux ou non), les patients, les industriels et la puissance publique.

Le développement de la télémédecine est présenté, depuis la fin des années 1990, comme une réponse cohérente aux évolutions du système de santé et de ses problématiques. Dans la suite de cette introduction, nous mettons en évidence qu'avant sa reconnaissance juridique, cette pratique est effectivement nourrie par les *espoirs* (Salgues et Paquel, 2013) des acteurs de la santé et particulièrement ceux des territoires ruraux. Pourtant, depuis l'institutionnalisation[5] de la pratique, son développement n'est pas à la hauteur des espérances des différentes parties prenantes (1). Un paradoxe se dégage : l'institutionnalisation de la télémédecine, censée lever les différents freins à la pratique, semble en réalité être responsable de l'immobilisme de son développement. La caractérisation des supports théoriques de la politique de télémédecine et l'analyse des modalités de sa mise en œuvre nous permettent alors d'identifier trois sources de conflits susceptibles d'être à l'origine de ce blocage (2). À la suite de cette identification, nous présentons notre hypothèse de recherche, sa problématisation et notre démarche analytique (3). Enfin, nous détaillons le plan général qui structure notre recherche (4).

[5] L'institutionnalisation est entendue ici comme le processus de définition institutionnelle de l'organisation productive de la télémédecine. Elle est marquée par la reconnaissance juridique de l'activité et la délimitation du champ de la pratique télémédicale. Nous parlons d'organisation institutionnalisée pour caractériser des rapports socio-techniques de production.

1. La stratégie de déploiement de la télémédecine et ses résultats paradoxaux

La transition épidémiologique (passage d'une problématique de la prise en charge des maladies aigües à celle du suivi des pathologies chroniques), l'évolution de la démographie médicale et les objectifs d'encadrement de la dépense de santé questionnent l'efficacité et la qualité de l'organisation du système de santé et des soins. Dans ce contexte, la télémédecine apparaît comme un instrument à même de soutenir les transformations nécessaires à la prise en compte de ces éléments, tout en recevant l'adhésion des différents acteurs de la santé (1.1). Pourtant, depuis son institutionnalisation, supposée accompagner et faciliter le développement de la pratique, la situation semble se figer. Les résultats des stratégies de déploiement ne semblent pas correspondre aux attentes des différentes parties prenantes (1.2).

1.1. Les espoirs des acteurs de la santé

En France, la télémédecine semble *a priori* constituer le socle d'une stratégie à même de pallier les inégalités spatiales de la répartition médicale[6], sans contraindre l'installation des praticiens. Au cours de la période précédant l'institutionnalisation de la pratique, la télémédecine a un certain pouvoir d'attraction tant sur les médecins que sur les patients et la tutelle (1.1.1). Le développement de l'activité demande cependant de clarifier le statut de la pratique. En 2009, la télémédecine est définie juridiquement et une stratégie nationale de déploiement est ensuite mise en œuvre (1.1.2).

1.1.1. La télémédecine, une réponse cohérente aux évolutions du système de santé

Du début des années 1980 jusqu'à la seconde moitié des années 2000, la pratique de la télémédecine s'intensifie en France sans pour autant posséder de cadre juridique (Simon et Acker, 2008). Elle symbolise, durant cette période, les différentes réponses technologiques qu'il est possible d'apporter à des systèmes de soins en mutation (De Pouvourville, 1999). Elle fait référence à une activité pratiquée en réseaux informels ayant pour vocation de réduire les effets des inégalités spatiales de démographie médicale, tout en proposant de nouvelles prises en charges pour les pathologies chroniques, permettant d'éviter le recours à

[6] La question de la répartition médicale est traitée dans le chapitre 2.

l'hospitalisation. Utilisée sans contrainte, elle apparaît comme source d'un compromis vertueux entre les attentes de la puissance publique, celles des patients et des médecins.

Du point de vue des médecins, le recours à la télémédecine permet d'atténuer les effets néfastes de la désertification médicale. Puisque les médecins peuvent soigner à distance, il n'est plus nécessaire d'entamer les discussions autour de la liberté d'installation. Avec la télémédecine, si la présence est virtuelle, l'offre de soins est effective et peut répondre à la demande. L'introduction des technologies de l'information et communication (TIC) dans la pratique médicale n'est donc pas perçue comme contraignante pour les praticiens de la ville, à condition qu'elle respecte les fondements de la médecine libérale.

En 2009, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie un livre blanc sur la télémédecine qui précise qu'« *à toute époque, les médecins ont incorporé dans leurs pratiques les innovations technologiques, afin d'améliorer l'exercice de leur art au service de la qualité des soins et de la prise en charge des patients. La diffusion de ces technologies a toujours conduit à de nouvelles façons d'exercer la médecine* » (Lucas, et al., 2009).

Du point de vue des patients, la télémédecine est considérée comme un moyen de réduire d'une part, les files d'attente pour certaines spécialités et d'autre part, les inégalités d'accès à des soins de qualité en rendant possible le recours à des médecins spécialisés non présents dans certaines zones géographiques. Ainsi, l'étude réalisée par la Fondation de l'avenir en 2012[7] révèle que 74 % des personnes interrogées ont une bonne image de la télémédecine, que 56 % d'entre elles accepteraient de faire appel à la téléconsultation et 60 % à la télésurveillance (Genuit et Duboscq, 2012).

Si la distance entre le professionnel de santé et le patient fait partie des points négatifs soulevés par les personnes enquêtées, l'absence de contact physique reste acceptable pour ces dernières à condition que cela permette de réduire le temps d'attente et ne remette pas en question la qualité des actes. Par ailleurs, selon Anne-Briac Bili (2012), les patients ont été « éduqués » par le discours des pouvoirs publics, selon lequel il est nécessaire que le malade accepte et participe au changement de l'organisation de la production médicale en contrepartie d'une promesse de qualité des soins.

Enfin, pour la tutelle, l'outil de télémédecine est considéré comme un instrument permettant simultanément de réduire les coûts de la santé en limitant les transports des

[7] L'enquête a été réalisée exclusivement par internet auprès de 1154 individus résidants en France métropolitaine entre le 13 au 20 septembre 2012. Les résultats de l'enquête sont consultables à l'adresse : http://www.silvereco.fr/wp-content/2012/enquete-fda-bfm-telemedecine-2012.pdf

patients et les durées d'hospitalisations, et d'améliorer la qualité des soins en utilisant des technologies de pointe (Hazebroucq, 2003).

Depuis le début des années 1990, la pratique de la médecine à distance s'intensifie et est affichée comme un moyen d'adaptation aux nouvelles problématiques du système de santé français, tout en permettant de conserver intact le cadre réglementaire historique de la pratique de la médecine de ville (Simon et Acker, 2008).

Ainsi, sans réel encadrement juridique et pendant deux décennies, l'usage de cette pratique se fait dans le cadre d'arrangements informels entre les professionnels de santé. Dans cette pratique de la télémédecine, il n'y a pas de véritable rapprochement entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, ni entre les professionnels de statuts différents (médecins et non-médecins) (De Pouvourville, 1999). La marge de manœuvre permise par l'absence d'encadrement juridique de la pratique et l'utilisation d'outils banalisés dans d'autres applications facilitent l'adhésion des médecins libéraux qui y voient un moyen d'améliorer la rapidité de prise en charge des patients et la qualité des soins, tout en préservant le cadre réglementaire de leur activité et celui de leur liberté d'installation.

Toutefois, dans cette forme, la télémédecine connaît des limites : son manque d'encadrement juridique, l'absence de rémunération des actes et l'opacité des responsabilités médicales entraînent le souhait partagé par ces différents acteurs de lui accorder un cadre juridique. L'objectif est de sécuriser les pratiques et de permettre un développement à plus grande échelle. Le développement de la télémédecine nourrit dès lors de grands espoirs. Elle doit permettre d'améliorer la qualité des soins, de privilégier les actes réalisés en ambulatoire avec le développement des chirurgies peu intrusives et les hospitalisations à domicile tout en réduisant les files d'attente pour l'accès aux soins. Il est aussi attendu de la télémédecine qu'elle permette une prise en charge plus rapide des patients aboutissant *in fine* à une réduction des journées d'hospitalisation, des visites aux urgences et à une augmentation du bien-être collectif.

1.1.2. De la reconnaissance juridique à la stratégie de déploiement de l'activité

En 2009, par le biais de la loi HPST, la puissance publique donne un cadre juridique à la télémédecine (*Cf.* encadré 1 *infra*), ce qui marque l'institutionnalisation de la pratique. En normant l'activité télémédicale, la loi lui confère un statut.

Encadré 1 – La définition juridique de la télémédecine en France

Le décret d'application de la loi HPST, publié le 21 octobre 2010 au *Journal officiel* précise dans son article 78 que « *Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1* (du code de la santé publique) *les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication* ».

L'article L. 6316-1 du code de la santé publique, plus restrictif, précise quant à lui que « *la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ».

La télémédecine, au sens juridique, n'est donc pas une technologie médicale permettant de pratiquer la médecine à distance mais une nouvelle organisation de la production de soins.

Cinq actes médicaux sont définis comme des actes de télémédecine :

- La téléconsultation
- La téléassistance
- La téléexpertise
- La télésurveillance
- La régulation médicale du centre 15 (SAMU)

Ne sont donc pas considérés comme relevant de la télémédecine, au sens juridique :

- La téléradiologie*
- La téléformation médicale
- La télétransmission d'informations médicales (ex : mise à jour du DMP)
- La télétransmission des feuilles de soins
- La téléchirurgie*
- Le télé-AVC*
- La visioconférence médicale
- La consultation de sites d'informations médicales
- …

Si les termes télémédecine, télésanté, e-santé et m-santé sont fréquemment utilisés comme synonymes, ils recouvrent en réalité des définitions bien distinctes. La télésanté est un terme générique pour définir toute utilisation, à distance, de technologies de l'information et de télécommunication dans le domaine de la santé.

La e-santé renvoie, quant à elle, au contenu numérique en libre accès lié à la santé (forums de discussion sur internet, sites d'informations médicales). Enfin, la m-santé désigne toutes les applications sur téléphone mobile concernant la santé.

*Ces termes sont couramment mobilisés par la littérature télémédicale mais pour qu'ils relèvent de la définition juridique française de la télémédecine, leurs appellations devraient être, par exemple, « téléconsultation en radiologie », « téléassistance en chirurgie » ou encore « téléexpertise (pour la prise en charge des AVC) ».

La puissance publique délègue en 2010 la construction et la mise en œuvre des mécanismes de régulation de l'organisation télémédicale à un comité national de pilotage. La mission de ce comité est alors d'élaborer la stratégie nationale de déploiement de l'activité

afin de lever les freins institutionnels à la pratique. L'organisation du comité et ses actions sont présentées dans l'encadré 2 ci-dessous.

Encadré 2 – La stratégie du comité de pilotage du déploiement de la télémédecine

Élaborée par les services du ministère de la Santé, la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a vu le jour suite à la publication du décret du 19 octobre 2010. Elle définit (i) les acteurs institutionnels en charge du pilotage du déploiement, (ii) les activités dans lesquelles la télémédecine doit être introduite en priorité, (iii) les utilisateurs des dispositifs et (iv) les outils à leur disposition.

Le déploiement de la télémédecine en France est encadré par un comité de pilotage national animé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et composé, de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIPSanté), de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) de la Haute autorité de santé (HAS), de la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), de la Direction générale des entreprises (DGE) et des représentants des usagers (associations de représentants des malades).
Ce comité a été constitué afin de coordonner les différents acteurs concernés par la télémédecine : professionnels des champs de la santé, du social et de l'industrie. Il a recensé en 2011, au sein d'un plan national de déploiement, cinq chantiers prioritaires dans lesquels la télémédecine, doit être introduite :
- La permanence des soins en imagerie médicale,
- La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- La santé des personnes détenues,
- La prise en charge des maladies chroniques,
- Les soins en structure médico-sociale et en hospitalisation à domicile.

Le comité de pilotage délègue ensuite aux Agences régionales de santé (ARS) l'accompagnement des projets de télémédecine en termes de recommandations organisationnelles, techniques, économiques, financières et de bonnes pratiques. La télémédecine est ainsi intégrée au sein des projets régionaux de santé définis par chaque ARS. Le financement des projets se fait par le biais de subventions telles que les Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, les Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Le plan national de déploiement de la télémédecine propose également un ensemble d'outils :
- Technologiques (ex : dossier médical personnalisé, messagerie sécurisée de santé, plateforme de télémédecine),
- Méthodologiques (ex : guide méthodologique pour l'élaboration de contrat de télémédecine),
- D'évaluation (ex : matrice d'impact des effets attendus de la télémédecine).

Ces outils sont à disposition des utilisateurs que sont les professionnels de santé et les patients pour faciliter l'introduction de la télémédecine dans l'organisation des soins.

La mission principale attribuée aux organisations du comité de pilotage de la télémédecine est de rendre opérationnel le déploiement de l'activité pour la fin de l'année 2011. Les expérimentations prennent alors la forme de projets de télémédecine et doivent faciliter les relations entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. L'objectif final,

comme nombre de politiques avant elle, est de contenir l'hospitalo-centrisme et de proposer de nouvelles formes de prise en charge hors hôpital (Arliaud et Robelet, 2000 ; Hassenteufel, 1997 ; Pierru, 2007). Cinq ans après l'instauration d'une stratégie de déploiement, nous pouvons en dresser un premier bilan.

1.2. Un bilan contrasté des premières expérimentations institutionnalisées

La stratégie de déploiement de la télémédecine, mise en œuvre par le comité national de pilotage, est censée faciliter le développement de l'activité. L'analyse du recensement des projets de télémédecine, réalisé par la DGOS, met toutefois en évidence que les objectifs annoncés ne sont pas atteints (1.2.1). Différentes modalités expérimentales se sont succédées sans pour autant parvenir à pérenniser le processus de déploiement (1.2.2).

1.2.1. L'état des lieux du déploiement

Depuis fin 2011, deux recensements des projets de télémédecine ont eu lieu. Le premier a été réalisé au dernier trimestre 2011 (DGOS, 2011) et le second a été finalisé en mai 2013 (DGOS, 2013). Depuis cette date, il n'y a pas eu de nouveau recensement national de projet. Lors du premier recensement, 256 projets de télémédecine ont été identifiés contre 331 lors du second, soit une augmentation de 30 %. La carte ci-dessous permet de visualiser le nombre de projets par région[8] pour les deux recensements.

[8] Dans cette thèse, le terme région désigne le découpage administratif antérieur à janvier 2016. Ce choix s'explique en termes de données disponibles mais également par le fait que les compétences des Agences régionales de santé au sein du nouveau découpage ne sont pas encore stabilisées.

Figure 1 – Recensement des projets de télémédecine 2011 – 2012

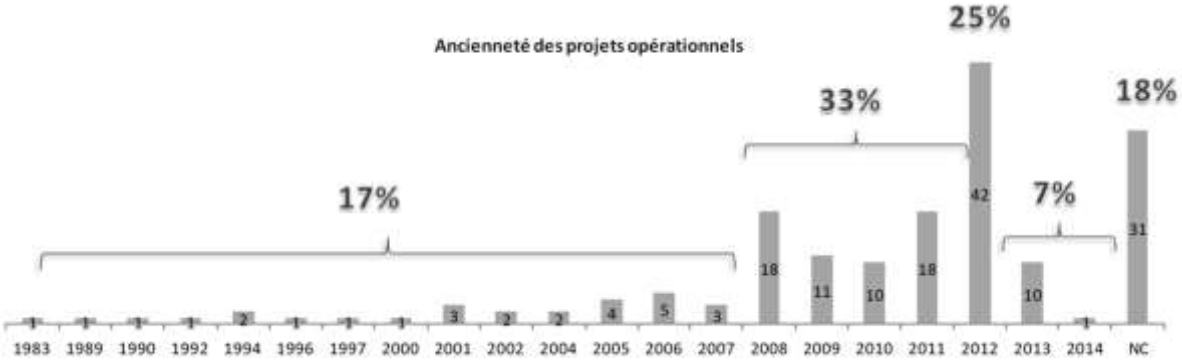
Source : DGOS (2013)

Un triple constat peut être fait à partir de ces recensements. Le premier concerne le très faible nombre de projets opérationnels au 31 décembre 2012. En effet, si cette carte laisse présager une dynamique importante sur le territoire, ce dynamisme est à relativiser. Parmi les 331 projets seuls 169 sont opérationnels au 31 décembre 2012, c'est-à-dire prennent effectivement en charge des patients. Les régions sont par ailleurs inégalement dotées de projets. Les régions qui apparaissent les plus déficitaires en termes de démographie médicale sont également celles les moins bien dotées en projets de télémédecine. À l'inverse, les régions les plus denses en termes de nombre de médecins par habitants sont celles qui comptent le plus grand nombre de projets de télémédecine. Or, comme nous l'avons évoqué, la télémédecine est présentée comme un outil de réduction des inégalités spatiales d'accès aux soins.

De plus, si la mise en place d'une stratégie nationale de déploiement en 2011 a dynamisé la création de projets, puisque 25 % des projets opérationnels ont été créés en 2012, cette dynamique est rapidement retombée les années suivantes. Par ailleurs, sur l'ensemble des projets opérationnels, 50 % d'entre eux existaient avant l'institutionnalisation de la télémédecine. Leur opérationnalité n'est donc pas due à la mise en place d'une stratégie de

déploiement de la télémédecine. En effet, comme le montre la figure ci-dessous, des projets de télémédecine opérationnels et fonctionnant sur des fonds propres existaient avant la reconnaissance juridique de l'activité et son institutionnalisation.

Graphique 1 – Ancienneté des projets de télémédecine

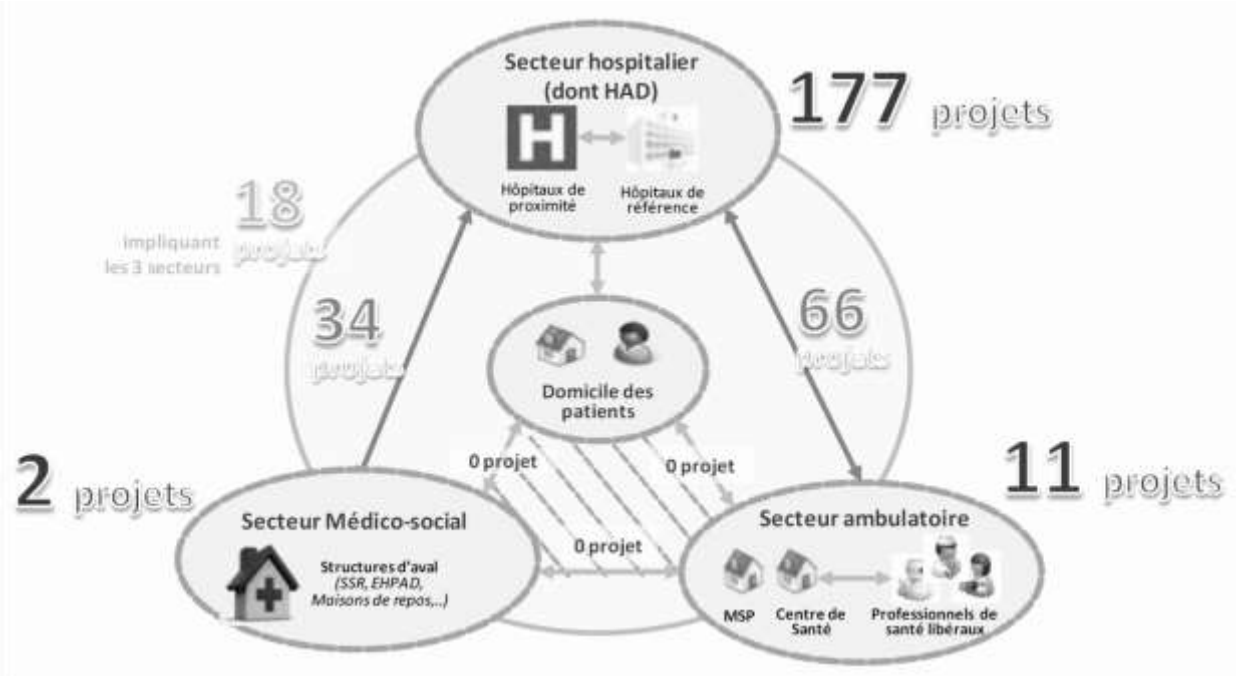


Source : DGOS (2013)

L'influence de la politique de télémédecine sur la création de projets nouveaux semble donc limitée. Suite à l'engouement de l'année 2012, le nombre de projets prévu en 2013 est inférieur à celui des années qui ont précédé l'institutionnalisation de la pratique. Seulement un tiers des projets recensés a donc été créé après la mise en place de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine.

Le deuxième constat concerne le secteur d'activité des projets recensés. En effet, nous avons mentionné le fait que l'un des principaux objectifs de la télémédecine est de faciliter les relations entre la ville et l'hôpital et de créer des projets communs. Or, lors du dernier recensement, 54 % des projets sont exclusivement hospitaliers, 37 % seulement concernent au moins deux organisations de secteurs différents (hospitalier, ambulatoire ou médico-social) et 4 % des projets sont extrahospitaliers. L'encadrement de l'hospitalo-centrisme est donc à nuancer. La figure ci-dessous permet de visualiser le nombre de projets de télémédecine par secteur d'activité.

Figure 2 – Répartition des projets de télémédecine par secteur d'activité au 31 décembre 2012

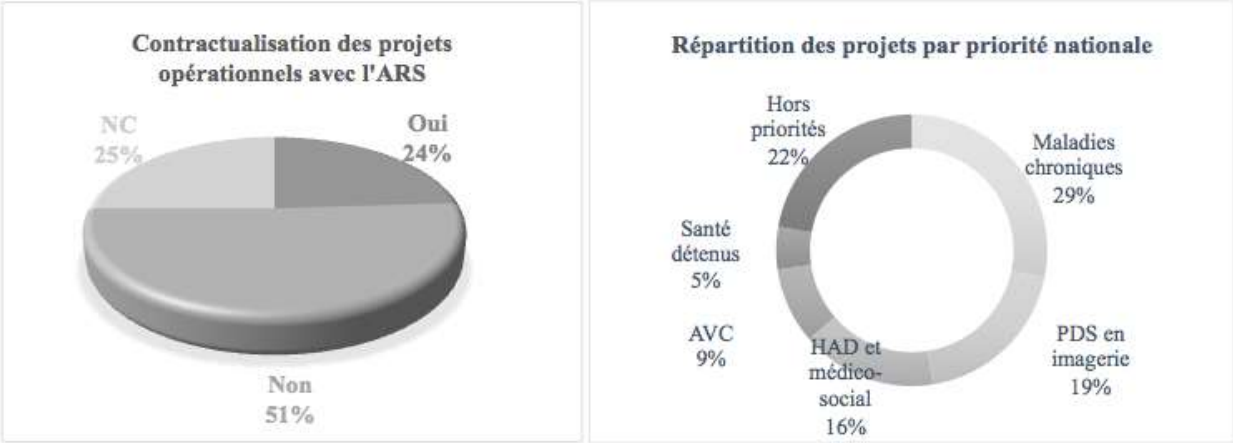


Source : DGOS (2013)

La médecine de ville est sous-représentée dans les projets de télémédecine alors que l'enjeu même du déploiement, tel qu'il a été annoncé dans la loi HPST, est de redessiner les contours de la prise en charge des patients en rééquilibrant les poids respectifs de la ville et de l'hôpital. Pourtant, aucun projet recensé n'implique directement la médecine de ville et le domicile des patients.

Enfin, le dernier constat est que le nombre de projets qui fait l'objet d'une contractualisation avec les ARS et qui entre effectivement dans les chantiers prioritaires, mis en évidence par le comité national de pilotage de la télémédecine, est relativement faible (*Cf.* graphique 2 *infra*).

Graphique 2 – Contractualisation et chantiers prioritaires



Source : DGOS (2013)

Alors que le déploiement opérationnel de la télémédecine a été initialement annoncé pour la fin de l'année 2011, au 31 décembre 2012, seuls 24 % des projets opérationnels font l'objet d'une contractualisation avec une ARS. Pourtant, la signature de contrats de télémédecine, entre les ARS et chaque porteur de projet, est censée être indispensable pour pratiquer légalement l'activité (DGOS, 2012c). Une large majorité des projets arrivés à maturité et donc opérationnels, n'a pas fait la démarche de contractualisation avec une ARS et échappe ainsi aux modalités organisationnelles légales. Par ailleurs, parmi les 331 projets recensés en 2012, 22 % concernent une activité qui ne fait pas partie des priorités nationales. C'est donc un bilan plus que mitigé qui est présenté à l'issue de l'analyse du recensement des projets du déploiement de la télémédecine. Depuis 2011, le comité de pilotage national continue cependant de mettre en place de nouvelles stratégies de déploiement.

1.2.2. Les fondements de l'instabilité de la politique : le cahier des charges expérimental de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Le panorama que nous venons de dresser de la situation met en évidence que les objectifs annoncés par le comité national de déploiement de la télémédecine ne sont pas atteints. Contrairement aux attentes de ce comité, la télémédecine n'est pas une pratique qui a atteint le stade de développement pérenne annoncé pour fin 2011. Depuis 2012, une politique de télémédecine existe et de multiples propositions d'expérimentations de déploiement ont été

présentées par le comité de pilotage, ayant jusqu'à présent toutes été abandonnées avant leur mise en œuvre.

La mesure de la politique de télémédecine la plus aboutie, sur le plan organisationnel, est celle qui a été instaurée par l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (dans la suite de la thèse nous parlerons d'expérimentations article 36 ou simplement d'article 36 pour évoquer cette mesure). L'article 36 en question stipule que « *Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales. (...) Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016* ». Or, au 1er septembre 2016 moins de 10 actes de télémédecine ont été recensés dans le cadre de l'article 36, et la plupart ne respecte pas l'ensemble des conditions expérimentales.

Depuis 2014, plusieurs cahiers des charges de l'application de l'article 36 se sont succédés et reflètent la volatilité de la politique de télémédecine. En effet, le cahier des charges de la mise en œuvre de l'article 36 évolue au gré des rapports de force entre les acteurs de la télémédecine et aucune convention stable n'est encore fixée autour des dispositifs effectifs de la pratique. L'objet d'étude de cette thèse est ainsi l'institutionnalisation d'une pratique qui n'est pas stabilisée juridiquement. Ces évolutions permettent la mise en lumière des rapports de force entre acteurs et les échelles de régulation. Toutefois, elles rendent également complexe l'analyse de la politique de télémédecine, qui est au centre de notre recherche.

À la suite de cette présentation de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, la situation apparaît pour le moins paradoxale. Alors que la télémédecine est présentée comme le support d'un nouveau compromis pour les acteurs du système de santé et qu'une politique publique visant justement à en favoriser le déploiement est mise en place, le développement stagne, voire ralentit. Ce fait stylisé paradoxal constitue le point de départ de

notre recherche. Il invite en effet à se demander si la politique de déploiement n'est pas justement à l'origine du blocage. L'objectif de la politique publique est d'agir sur le déploiement de la pratique au sein de la médecine ambulatoire. Pourtant, nous avons pointé que c'est dans ce secteur qu'elle s'est le moins développée. Nous orientons donc le périmètre de nos recherches sur le secteur ambulatoire et plus précisément sur la médecine libérale où les résultats de la politique sont les plus paradoxaux.

Dans la suite de cette introduction, nous allons avancer un ensemble d'éléments nous permettant de caractériser *a priori* cette politique publique.

2. L'institutionnalisation des pratiques télémédicales : entre industrialisation des soins et performance du système de santé

La forme de l'institutionnalisation de la télémédecine semble être une source de problèmes. Cette institutionnalisation s'inscrit dans l'histoire longue de la mutation des politiques de santé et des politiques publiques. Nous mobilisons ainsi les travaux de *l'approche cognitive des politiques publiques* pour identifier les tendances lourdes des évolutions de l'action publique (2.1). Cette grille de lecture, en termes de référentiel, met en exergue deux caractéristiques des politiques de santé actuelles et de la politique de télémédecine en particulier. La première caractéristique renvoie à la recherche systématique de la « performance » de l'action publique. À cet effet, la politique de télémédecine, s'inscrit pleinement dans une logique théorique véhiculée par les principes du *New public management* (2.2). La seconde caractéristique fait référence à l'usage des technologies médicales et télémédicales. L'institutionnalisation de la télémédecine déplace le rôle de la technologie. D'un outil d'aide à la pratique médicale, elle devient un instrument politique nécessaire à l'application des principes du référentiel politique (2.3). Cette conjonction d'éléments, dans l'industrialisation de la pratique, amène alors à une situation conflictuelle (2.4). Tous ces éléments sont ici présentés de façon succincte, leur mobilisation étant nécessaire à la compréhension de notre problématique et de notre méthode. Nous y reviendrons de façon plus approfondie dans la thèse.

2.1. L'approche cognitive des politiques publiques et ses enseignements pour l'économiste

Le développement de la télémédecine a lieu dans un contexte de changement de paradigme dominant concernant le rôle de l'État social et les mécanismes de coordination des acteurs de la protection sociale (Barnay et Legendre, 2011). Depuis les années 1980, les politiques de santé sont confrontées à une double problématique : réduire les déficits publics en limitant les coûts et les dépenses de santé tout en mettant en œuvre des actions de réduction des inégalités d'accès aux soins et d'amélioration de la qualité du système de santé (Batifoulier et Domin, 2015).

Afin d'analyser ce tournant dans les objectifs attribués aux politiques de santé, nous présentons les différentes approches analytiques contemporaines de l'action publique (2.1.1) puis nous justifions le choix de mobiliser l'approche par les idées pour rendre compte des caractéristiques de la politique de télémédecine (2.1.2).

2.1.1. Les approches analytiques de l'action publique

Il nous semble raisonnable de penser que la politique de télémédecine peut être considérée comme une politique publique. En effet, selon Pierre Muller (2015) « *Il y a politiques publiques lorsqu'une autorité politique locale ou nationale tente, au moyen d'un programme d'action coordonné, de modifier l'environnement culturel, social ou économique d'acteurs sociaux saisis en général dans une logique sectorielle* » (p. 25). Dans le cas de la télémédecine, le programme d'action est appliqué *via* la mise en œuvre de la stratégie nationale de déploiement. Il vise à réorganiser le système de production de soins afin de sortir du « tout-hôpital » dans le suivi des maladies chroniques et la prise en charge des problématiques liées au vieillissement de la population (DGOS, 2012d). Il convient alors de présenter le cadre analytique qui nous semble pertinent pour étudier les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la politique de télémédecine.

L'analyse des politiques publiques constitue un ensemble de recherches multiples et hétérogènes (Kübler et De Maillard, 2009). À chaque modèle est associé un cadre analytique des facteurs explicatifs et déterminants de l'action publique. Nous proposons de résumer, très succinctement, trois grands modèles analytiques contemporains des politiques publiques dans

l'encadré 3 ci-dessous, pour ensuite préciser les raisons qui nous amènent à mobiliser l'un d'entre eux.

Encadré 3 – les grandes approches analytiques de l'action publique

Selon Giandomenico Majone (1996), toute analyse de l'action publique repose sur une hypothèse zéro (*null hypothesis*) des causes et des conséquences de la conduite d'une politique publique. Les approches sociologiques de l'action publique distinguent trois approches analytiques, correspondant à trois hypothèses zéro, de l'action publique.
Ces approches sont, en sciences sociales, regroupées sous la dénomination des « trois I » pour Intérêts, Institutions et Idées (Palier et Surel, 2005). Chaque approche analytique met alors en avant l'un des « trois I » pour expliquer l'action publique.

Les approches par les intérêts : le choix rationnel
Les approches par les intérêts développées par les politistes fondent leurs analyses sur un cadre théorique économique qu'il est possible d'associer à celui du choix rationnel (Kübler et De Maillard, 2009). Elles reposent sur la définition d'un individu maximisateur de son utilité personnelle, qui agit de façon égoïste et qui est doté d'une rationalité instrumentale plus ou moins limitée. L'hypothèse zéro des approches par les intérêts est que l'action collective (ou la coopération) menée dans l'intérêt de tous, n'est pas spontanée (Olson, 1965). Dès lors, toute mobilisation collective nécessite l'introduction de dispositifs permettant d'orienter le comportement individuel vers la poursuite d'intérêts collectifs et coopératifs. Dans ce cas, le rôle de la politique publique est de restreindre l'éventail des alternatives d'action individuelle, par le biais de règles produites par des institutions (le terme institution fait ici référence au parlement, au gouvernement, etc.). L'objectif de l'intervention publique est de restreindre le périmètre de la stratégie de maximisation de l'utilité individuelle. L'action publique qui mène à cet encadrement est alors conditionné par des groupes d'intérêt. Autrement dit, l'encadrement des comportements individuels est réalisé à la faveur de ces groupes d'intérêt, dont l'action est également guidée par la maximisation d'une satisfaction personnelle (Downs, 1957). Cela amène alors les théoriciens des approches par les intérêts à questionner les limites de l'efficacité de l'action publique et notamment à mener une analyse critique du fonctionnement bureaucratique (Niskanen, 1971).
Le postulat de base de la théorie du choix rationnel est toutefois questionné dans la littérature : l'homme rationnel et maximisateur d'une utilité personnelle serait une représentation réductionniste de l'individu. L'éthique, la morale, l'altruisme et les émotions ne pourraient pas toujours s'expliquer par des calculs égoïstes. Par ailleurs, Yves Mény et Jean-Claude Thœnig (1989) mettent en évidence que l'action individuelle correspond plus à une contrainte externe qu'à un choix personnel. Les auteurs montrent que le fait de vivre dans un quartier pauvre de Chicago, pour un individu afro-américain et au chômage, peut être rationnel mais qu'il est difficile de qualifier cela de « choix ». Ainsi, Daniel Kübler et Jacques de Maillard (2009) montrent que s'il est, d'un point de vue purement théorique, possible d'analyser ce genre de situation par le choix rationnel, la restriction des alternatives d'action rend peu plausible la justification d'un « choix ».

Les approches par les institutions
Alors que les théoriciens du choix rationnel définissent le concept d'institution comme une contrainte externe, généralement produite par un organisme réglementaire et qui agit sur la construction du choix des individus, les approches par les institutions, en sciences politiques, reposent sur les théories néo-institutionnalistes (Hall et Taylor, 1997). Les institutions sont ici considérées dans une acception large du terme et renvoient à l'ensemble des règles du jeu formelles et informelles qui conditionne l'action publique. Par ailleurs, le néo-institutionnalisme est un courant pluriel, dont les théories ont toutefois comme point commun de partir de l'hypothèse zéro selon laquelle les institutions structurent le comportement des individus (*Ibid.*). L'analyse de l'action publique est alors celle des institutions. L'individu étant peut autonome, il est possible de faire abstraction de la rationalité instrumentale comme motif d'action. La pluralité des approches néo-institutionnalistes rend difficile une généralisation en quelques lignes. Nous pouvons tout de même recenser

les différentes limites avancées par les politistes.
Dans ces approches, le caractère déterministe de l'action pose problème au politiste puisqu'à l'inverse du choix rationnel, la formation des préférences est peu questionnée. Les stratégies d'acteurs sont reléguées au second plan (idée toutefois à nuancer dans le cadre de l'institutionnalisme sociologique). Une autre limite est adressée aux approches par les institutions, celle de l'étendue de la définition même d'institution. S'il n'est pas question d'ouvrir ici le débat sur ce qu'est une institution, les approches par les institutions, en donnant une extension extrêmement large au terme le rend *in fine* difficilement maîtrisable. Très schématiquement, si tout est institution alors tout peut déterminer l'action publique.

Les approches par les idées
Les approches par les idées sont plus récentes que les deux autres et viennent en cela apporter une réponse aux critiques qui leur sont faites (Leca, et al., 1996). Les approches par les idées reposent ainsi sur un cadre analytique qui considère que la perception et l'interprétation des individus d'une part et les dispositifs institutionnels d'autre part, jouent un rôle dans la conduite de l'action publique. Les deux ayant un rôle rétroactif l'un sur l'autre.
Dès lors, l'action publique est une construction sociale au sein de laquelle les idées, entendues comme un cadre cognitif et normatif de description du réel, façonnent la politique publique (Sabatier et Schlager, 2000). Le changement d'orientation des politiques publiques représente avant tout un changement d'idée dominante partagée par les acteurs de l'action publique (Muller, 2005). Il existe dans ces approches des divergences concernant la place accordée aux idées dans l'hypothèse zéro. Si certaines considèrent que pour expliquer l'action publique « tout est dans les idées » d'autres font le postulat qu'elle est le résultat d'une dynamique entre les idées, les structures institutionnelles (dont l'évolution est plus lente que celle des idées) et les logiques individuelles d'acteurs. La dimension idéelle sera alors qualifiée de paradigme, discours, référentiel ou encore système de croyance selon l'importance accordée aux idées.
Le postulat commun entre ces cadres conceptuels est que les conflits et tensions dans la conduite de politique publique renvoient à des idées défendues que les individus cherchent à défendre avant qu'ils ne cherchent à maximiser un intérêt individuel (*Ibid.*). Les changements de politiques reflètent avant tout la matérialisation d'un désaccord important entre plusieurs structures idéelles, ce qui nécessite alors l'instauration d'un nouveau cadre de l'action publique.

Notre objectif de recherche est précisément de caractériser les problèmes liés à l'institutionnalisation de la télémédecine. Nous mobilisons pour cela les approches par les idées qui permettent de caractériser les tensions liées aux modifications de l'action publique (Muller, 2000). Plus précisément, nous mobilisons l'approche par le référentiel dans le sens où elle accorde une place importante aux facteurs non-cognitifs dans la compréhension des politiques publiques (Jobert et Muller, 1987). L'histoire de la télémédecine montre qu'il est important de tenir compte de l'environnement institutionnel de l'organisation télémédicale pour en comprendre l'évolution.

L'approche par le référentiel propose un cadre d'analyse des conflits liés au changement de politique publique et distingue les conflits *sur* le référentiel (liés à la transition) des conflits *dans* le référentiel (liés aux instruments politiques mobilisés pour mener l'action publique) (Muller, 2006).

Selon cette approche, un référentiel désigne une représentation, une interprétation de la réalité qui transparaît dans la politique publique (Muller, 2000). Dès lors, « *le référentiel*

d'une politique est constitué d'un ensemble de prescriptions qui donne du sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs » (Muller, 2014, p. 556). Au-delà des idées à l'origine de l'action publique, le référentiel renvoie aux supports théoriques et analytiques sur lesquels repose l'orientation de ces politiques (Domin, 2013).

2.1.2. Le référentiel politique de la télémédecine

Selon Pierre Muller et *al*. (2005), les politiques publiques en place depuis les années 1980 se fondent sur un référentiel particulier, qualifié de référentiel de marché. Il renvoie alors aux idées dominantes, dans les politiques publiques, qui ont émergé à la suite des chocs pétroliers des années 1970 et se sont durablement installées depuis (Batifoulier et Thévenon, 2003). Il correspond à la façon dont ceux qui gouvernent fondent le problème auquel va ensuite répondre une politique publique. Bruno Jobert (1994) parle alors de tournant néo-libéral pour caractériser le mode de gouvernance de l'action publique qui repose sur des idées dont l'origine peut être rapprochée des théories économique dites *mainstream*[9].

L'utilisation de ce terme, générique et mouvant, appelle à délimiter dès à présent les théories sur lesquelles reposent le cadre idéel du référentiel sectoriel[10] de la politique de télémédecine, bien que la question soit traitée de façon détaillée dans la thèse. Les dispositifs de la politique de télémédecine semblent s'inspirer des principes théoriques du *New public management*[11]. Plus précisément, trois théories économiques, supports de l'organisation du *New public management* influencent les idées du référentiel politique de la télémédecine en France. Il s'agit de la théorie des choix publics (Niskanen, 1971 ; Tullock, 1972), de la théorie

[9] Pour une cartographique de l'évolution du *mainstream* et ses variantes se référer à Favereau (1989). Nous rappelons toutefois qu'il est possible de distinguer la théorie standard de la théorie standard élargie. La première suit les postulats de la théorie de l'équilibre général de Walras, la question de la rationalité des agents y est réduite à l'optimisation sous contrainte. Les formes de coordination sont représentées exclusivement à l'aune du marché. La seconde nuance l'idée de l'exclusivité des formes de coordination marchande en laissant une place aux modalités de coordinations contractuelles mais conserve le cadre d'analyse de la rationalité optimisatrice.
Le périmètre du *mainstream* est par ailleurs mouvant, en fonction de la reconnaissance ou non de certaines approches. Pour en rendre compte, il peut de façon complémentaire, être intéressant de regarder ce qui relève de l'hétérodoxie ou du non-*mainstream*. Les travaux de G. Akerolf et R. Kranton (2000) sur l'économie de l'identité – même s'ils reposent sur des postulats d'agents optimisateurs – ne sont pas nécessairement considérés comme relevant du *mainstream* par ceux qui y appartiennent.
[10] Le référentiel sectoriel de la télémédecine fait l'objet d'une section dédiée dans le chapitre 2.
[11] Le *New public management* fait référence au mouvement de réforme de l'action publique dans les pays de l'OCDE depuis le début des années 1980. Le *New public management* vient remettre en cause les modalités organisationnelles de la bureaucratie wébérienne en proposant d'intégrer les principes managériaux des entreprises aux administrations publiques. Le chapitre 3 de cette thèse est dédié à l'analyse du *New public management* en France.

de coûts de transaction (Coase, 1937 ; Williamson, 1989) et de la théorie de l'agence[12] (Holmstrom, 1979 ; Ross, 1973).

Ainsi, la mobilisation de l'approche par le référentiel nous permet de caractériser les postulats, en matière de comportement individuel et décision collective, qui fondent les mécanismes de l'encadrement de l'action publique dans la mise en œuvre du déploiement de la télémédecine.

D'après l'approche cognitive des politiques publiques que nous mobilisons, toute action publique peut être décrite à l'aune de trois composantes (Jobert et Muller, 1987) : (i) le référentiel, que nous venons de préciser, (ii) un ensemble de médiateurs (les organisations du comité de pilotage dans le cas de la télémédecine) qui ont pour rôle de construire et consolider le référentiel, (iii) les relations entre l'espace d'action de la politique et la société dans son ensemble dont l'objectif est de faire appliquer et respecter le référentiel.

La mise en œuvre d'un référentiel de politique publique repose par ailleurs sur la conjonction de trois phénomènes, qu'il est possible d'associer à l'articulation de trois *fora* (Jobert, 1994). Le premier est le forum scientifique qui représente les sources analytiques du problème. Depuis les années 1990, le *forum* scientifique dans le cadre de la politique de télémédecine a donc pour référence les théories supports du *New public management*. Le principal problème identifié par le *forum* scientifique fait alors référence aux défaillances de l'État (*State failure*) qui sont analysées en termes d'inefficacité de l'intervention publique.

Le deuxième est le *forum* de la rhétorique politique. Celui-ci s'incarne depuis le début des années 1980, dans le champ de la santé, par un débat autour de la « modernisation » de l'action de l'État et la mise en évidence d'une justification nécessaire de l'efficacité de ces actions. L'action publique, dans le référentiel de marché, n'est jugée légitime que si elle est en mesure d'apporter la preuve métrologique de sa performance (cette idée est développée dans la sous-section suivante).

Enfin, le troisième est le *forum* de la communauté des politiques publiques qui est le lieu de débat des acteurs de la vie publique. Il est le point de rencontre des acteurs des sphères sociales, économiques et politiques et des experts des secteurs concernés. C'est en ce lieu que sont prises les décisions qui structurent l'action publique. Dans le cas de la télémédecine, nous avons mis en évidence que les décisions sont prises de façon collégiale au sein du comité national de pilotage. En s'intéressant de plus près aux organes qui le constituent, il est

[12] Nous ne distinguons pas pour l'instant la théorie normative de la théorie positive de l'agence.

possible de remarquer que les représentants des médecins, tant ordinaux que syndicaux, n'en font pas partie. Les médecins sont donc exclus du *forum* de la communauté de la politique de télémédecine. Cela rejoint alors l'analyse de Pierre Muller (1997) qui montre que dans le référentiel politique actuel, les professionnels[13] sont peu consultés dans l'élaboration des politiques publiques[14].

2.2. La politique de télémédecine, une politique du *New public management* fondée sur la performance

Dans le référentiel actuel des politiques de santé, se côtoient les problématiques de performance du système de santé (Jany-Catrice, 2012a), d'équité et de pérennité du financement public (Muller, 2015). L'intervention de la puissance publique doit être justifiée par des éléments de preuve de sa plus grande efficacité que le marché (Bacache, 2016 ; Perret, 2016). Dans le cas contraire et en concordance avec les enseignements de la théorie du choix public, cette intervention n'aurait pas lieu d'être.

Il est alors possible de parler de réorientation libérale (Bessis et Favereau, 2011). Cette réorientation traduit l'idée que de l'attribution de l'inefficience du système de santé n'est plus uniquement à imputer aux acteurs du système de soins (médecins comme patients, tous ayant un penchant prononcé pour l'opportunisme) mais également aux organisations régulatrices du système. Conformément aux idées véhiculées par le *New public management*, c'est donc l'« inefficience[15] » de l'intervention publique qui est désormais au centre du débat. Les politiques actuelles de santé se doivent de justifier leur légitimité par le biais de la mesure de leur efficience et ont pour impératif de trouver de nouveaux outils à même de garantir leur modernisation. Plus de marché va donc paradoxalement de pair avec plus d'État, l'interventionnisme ayant pour finalité de faciliter la mise en œuvre des mécanismes de marché.

Les politiques de télémédecine, pour être validées, doivent dès lors passer l'épreuve de l'évaluation de la performance (Jany-Catrice et Méda, 2013). En effet, bien que depuis 2010 différentes stratégies de déploiement de la télémédecine aient été mises en œuvre, l'évaluation de la performance est présente dans chacune d'entre elles. Toute stratégie de déploiement de

[13] Nous présentons la définition sociologique du terme professionnel et du débat qui l'entoure dans le chapitre 5.
[14] Ève Fouilleux (2000) prolonge l'analyse de la décision politique en introduisant un *forum* professionnel qu'elle caractérise comme un lieu de production d'idées où se confrontent les représentations idéelles des groupes sociaux. Philippe Abecassis et Jean-Paul Domin (2016) montrent, dans le cadre de la politique de conventionnement médical, que c'est dans ce *forum* que les syndicats médicaux organisent leurs idées qui permettent d'interpréter la politique de santé.
[15] La question de l'efficience et de sa (non-)définition dans la littérature télémédicale est discutée dans le chapitre 1.

l'activité est associée à une mesure de la performance médico-économique, fondée sur une évaluation des coûts, qui conditionne la pérennisation de l'activité.

Ces évaluations sont menées *ex post* et de façon désencastrée, ce qui ne permet pas de rendent compte des *bouclages* (Blanchet, et al., 2016), c'est-à-dire des effets réciproques entre le secteur concerné par la politique et son environnement institutionnel. Dans le cas de la télémédecine, l'évaluation ne tient pas compte du fait que l'organisation télémédicale n'est pas exclusivement déterminée par l'action publique menée en sa direction mais dépend également des dispositifs institutionnels du système de soins et plus largement du système de santé et de protection sociale[16]. Toutefois, malgré les limites de ces évaluations, leurs résultats sont déterminants dans la pérennisation de l'activité. En effet, aucune proposition d'expérimentation ne peut devenir opérationnelle sans avoir été jugée performante au préalable. Ainsi, la (gouvernance de la) télémédecine sera performante ou ne sera pas.

2.3. La technologie télémédicale, outil de standardisation des tâches et de mesure de la performance

La télémédecine porte en elle l'outil d'évaluation de sa performance[17] dans la mesure où cette évaluation repose sur les technologies télémédicales, ce qui vient alors changer la représentation qu'ont les acteurs de l'outil. Les TIC sont depuis longtemps présentes dans le secteur de la santé (éléments technologiques du plateau technique, technologies biomédicales, équipements des laboratoires d'analyse, moyen de communication et de partage de données entre professionnels de santé). Cependant, avant l'institutionnalisation de la télémédecine, il n'a jamais été question de substitution de l'homme par la machine (Boyer, 2002).

Dans le cas de la télémédecine, l'outil technique est au cœur du colloque singulier, c'est-à-dire de la relation médecin-patient. Le médecin ne produit plus des soins avec l'outil, mais à travers l'outil. La technologie autorise un changement des conditions de régulation de la production de soins et permet l'application des principes du référentiel de marché.

[16] L'articulation de la télémédecine au système de soins sera précisée dans le chapitre 1.

[17] De façon générale, la performance dans les politiques de santé s'évalue grâce aux technologies médicales et de télécommunication. À l'hôpital, la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a permis l'identification de l'activité médicale en termes d'actes ou tout du moins de groupe homogène de séjour. Les groupes homogènes caractérisent l'activité hospitalière de court séjour selon le type de soins à apporter au malade (groupes homogènes de malades) et sont associés à des tarifs (exprimés en termes de groupe homogène de séjour). Les groupes homogènes permettent ainsi d'évaluer l'activité d'un hôpital, mais aussi sa performance. En effet, des analyses en termes de productivités des hôpitaux sont réalisées sur cette base.

En effet, l'acte de soins, qui était réalisé dans le cadre d'une relation singulière entre celui qui donne et celui qui reçoit, est modifié. Une nouvelle forme de division du travail peut être constatée puisque la télémédecine permet une décomposition des tâches dans la production du soin entre d'une part la réalisation de l'acte technique, l'auscultation qui est réalisée sur place avec le patient, et d'autre part l'acte intellectuel, qui est réalisé à distance par un expert, grâce au transfert d'information *via* la technologie télémédicale. Dans certains cas, l'acte technique ne nécessite même plus la présence d'un professionnel médical, le paramétrage de la technologie permettant de réaliser, de façon standardisée, l'auscultation du patient.

Cela peut être le cas avec les cabines de téléconsultation[18]. Actuellement en cours d'expérimentation dans la région bourguignonne, ces cabines réalisent seules, après paramétrage préétabli, un diagnostic santé que le médecin expert n'a plus qu'à interpréter à distance (Dumez et Minvielle, 2015). La cabine mesure de façon autonome la tension, la température ou encore le taux d'oxygène du patient. Elle établit ensuite si le patient a des constantes qui se situent dans le normal ou le pathologique (Canguilhem, 1966) et donc s'il est nécessaire de réaliser des examens complémentaires. Une division du travail entre l'acte technique réalisé par la machine et l'acte intellectuel de soin effectué par le médecin, le cas échéant, s'opère alors.

Sans cette décomposition du travail médical, la politique publique de télémédecine ne pourrait pas être mise en œuvre. C'est parce que la technologie télémédicale permet le recensement, le stockage et met en œuvre une standardisation des tâches imposées par l'outil (Tournay, 2007) qu'elle permet à la politique d'apporter une solution à ce qui est identifié comme un problème de performance de l'action publique. La technologie, en ouvrant la boîte noire de l'organisation et de la production de la médecine de ville, rend possible la mise en œuvre de la politique publique et son évaluation et donc l'institutionnalisation de la pratique.

En effet, l'outil technologique permet de mesurer ce qui est produit et donc d'identifier des services auxquels il est possible d'associer des coûts de production unitaire. Il autorise ainsi le passage d'une régulation tutélaire à des mécanismes à visée marchande ou du moins quasi marchande. L'objet télémédical devient, pour le comité de pilotage du déploiement, un moyen de standardiser les protocoles médicaux et de faire circuler les informations privées entre les acteurs du système de santé (Tournay, 2007). La technologie télémédicale, en organisant la délimitation des tâches et la mesure de l'activité, permet également de limiter les

[18] Afin de mieux visualiser l'objet, une cabine de téléconsultation ressemble à une cabine téléphonique ou un isoloir électoral.

« défaillances » d'informations de la tutelle quant au travail des médecins (qu'elle paye indirectement). La technologie devient ainsi le support de la gestion de la relation d'agence entre la tutelle et les médecins : (i) elle capte de l'information qui n'était jusqu'alors détenue que par les médecins dans le cadre du colloque singulier ; (ii) elle autorise le contrôle de l'activité des médecins par la puissance publique ; et (iii) elle rend possible la mise en œuvre de politiques destinées à modifier leur comportement[19].

Les objectifs attribués à la télémédecine par le comité de pilotage sont dès lors bien loin de ceux présentés à la période précédant l'institutionnalisation de la pratique, qui visaient, tout du moins pour les médecins, à éloigner les tutelles des questions d'organisation de leur activité et principalement celle de la liberté d'installation.

2.4. L'institutionnalisation conflictuelle de la pratique télémédicale

L'institutionnalisation de la télémédecine transforme le rapport que les différents acteurs ont d'une part avec l'organisation télémédicale et d'autre part avec la technologie. En effet, la forme institutionnalisée de la télémédecine, en suivant les principes du *New public management* marque une rupture dans les représentations des usages, du rôle et des objectifs de l'outil technologique qu'ont d'une part les pouvoirs publics et d'autre part les médecins.

Ces représentations paraissent devenir conflictuelles (Lareng, 2013). La mise en œuvre de la politique publique de télémédecine semble remettre en cause les compromis antérieurs de la pratique sans, *a priori,* qu'aucun nouvel arrangement ne satisfasse l'ensemble des parties prenantes compte-tenu des échecs consécutifs des différentes stratégies de déploiement. En effet, nous avons mis en évidence que les projets de cahier des charges d'expérimentations se succèdent depuis 2012 sans jamais être mis en œuvre, malgré la tentative de l'article 36.

Trois sources conflictuelles interdépendantes entre les acteurs de la télémédecine semblent alors se matérialiser. La première réside dans la définition de l'objectif principal donné à l'introduction de l'outil de télémédecine dans l'organisation des soins. Cette définition ne sera pas la même que l'on se place du côté des médecins ou du côté de la tutelle. En effet, pour les premiers, la télémédecine constitue uniquement un outil au service du soin alors que pour les seconds, elle est également un instrument de la politique publique qui sous-tend une obligation d'efficience (HAS, 2011). Avec l'intégration de la télémédecine dans la politique publique de santé, à des fins de réduction budgétaire, les médecins se sentent

[19] De façon alternative, la mise en œuvre de la politique de télémédecine pourrait être analysée à l'aune de sa capacité performative. À ce titre, le lecteur peut se référer à Philippe Batifoulier (2015) et Nicolas Brisset (2014).

accusés d'être à l'origine de dépenses injustifiées. Cette interprétation vient alors geler les discussions sur le déploiement de la pratique. Dès lors, les intérêts de la puissance publique pour cette pratique médicale et les attentes des médecins dans les possibilités offertes par ses outils sont antagoniques et rendent difficile l'établissement d'un nouveau compromis[20] qui soit favorable au développement de la pratique.

Deux autres sources de conflits, l'une organisationnelle et l'autre technique, découlent de cette absence de compromis favorable. Pour parvenir au nouvel objectif d'encadrement de la dépense de santé, affiché par la puissance publique, différents aménagements organisationnels directement liés au déploiement de la télémédecine doivent être mis en place (DGOS, 2012d). Censés rendre davantage efficiente la production des services de soins, ces aménagements se traduisent par une nouvelle division du travail qui vient modifier la hiérarchie séculaire du système de santé. Historiquement, il existe une suprématie de la médecine hospitalière (Arliaud, 1987). Avec la télémédecine, le rôle des professionnels de santé non-médecins évolue, puisqu'ils sont des acteurs essentiels dans la prise en charge du patient à son domicile.

Du point de vue technique, c'est la place de l'outil dans l'organisation des soins qui est modifiée par la politique publique. D'un outil d'aide à la pratique, la télémédecine devient un instrument qui produit le soin et vient donc remettre en cause la singularité des acteurs médicaux, et le pouvoir symbolique qui y est associé. La standardisation de la production est alors interprétée comme un outil de contrôle de l'activité médicale (Tournay, 2007). Ce conflit est d'autant plus fort que, comme nous l'avons mis en évidence précédemment, les médecins ne prennent pas part à l'élaboration de la stratégie nationale de pilotage et ne sont donc pas acteurs de l'évaluation des pratiques. Ainsi, c'est dans la mise en œuvre des principes de la politique publique et donc dans l'application des logiques du référentiel de marché que semblent naître ces relations conflictuelles.

[20] Par soucis de concision nous utilisons le terme de « compromis » pour caractériser un compromis vertueux, satisfaisant l'ensemble des acteurs et permettant de soutenir une dynamique positive du développement de la télémédecine. Néanmoins, nous avons conscience qu'un compromis n'est pas nécessairement avantageux pour l'ensemble des parties prenantes. Pour preuve, les compromis actuels sur la gestion du rapport salarial s'orientent vers une flexibilité non compensée qui soutient le régime d'accumulation du capitalisme actuel. On pense notamment au développement d'emplois de 12h par semaine dans les services à la personne, que Florence Jany-Catrice (2008) a pourtant mis en tribune dans *Le Monde*. Cette forme de compromis a été caractérisée par Florence Gallois (2013) comme une absence de rapport salarial.

3. Hypothèse, problématisation et démarche analytique

Le constat de ce blocage nous amène à questionner la pertinence du modèle de gouvernance du déploiement de la télémédecine que présente la politique publique. Notre hypothèse interprétative est que, si le référentiel politique de la télémédecine se base sur des approches fondées sur un raisonnement mircoéconomique focalisé sur l'agent, l'analyse de ces politiques doit également tenir compte des groupes et rapports sociaux entre ces acteurs. En effet, dans le cadre d'une politique fondée sur le référentiel de marché, l'action publique tend à reposer sur des prémisses individualistes, dans le sens où la politique publique est uniquement appréhendée au travers des décisions individuelles et des incitations qui les déterminent. Sans tenir explicitement compte des rapports sociaux dans son diagnostic, la politique de télémédecine, quel que soit le niveau de performance des technologies médicales, ne peut pas, à travers les dispositifs qu'elle développe, produire les effets attendus en termes de déploiement. En effet, les logiques d'action individuelles dépendent de l'environnement et du groupe d'appartenance. Toutefois, cela ne signifie pas que la politique de télémédecine ne produit aucun effet sur la pratique puisqu'elle semble au contraire produire des effets négatifs compte tenu des ralentissements observés sur son déploiement.

Nous avons précédemment vu que, jusqu'à l'institutionnalisation de la pratique, les intérêts individuels semblent coïncider avec les attentes collectives. Or, depuis l'instauration de la politique publique de télémédecine et donc depuis l'introduction des principes du *New public management,* le rôle de la profession médicale dans le processus de développement de la pratique est remis en cause et les arrangements institutionnels antérieurs sont ignorés. Cela révèle les modalités de construction désencastrées de cette politique et le concept de référentiel de marché permet de caractériser les postulats retenus sur le comportement des médecins. En effet, compte tenu du cadre d'interprétation du référentiel de marché, les médecins sont supposés être exclusivement animés par la poursuite de la satisfaction d'une utilité individuelle non nécessairement compatible avec l'intérêt général. Ils sont également caractérisés par une rationalité, certes limitée, mais néanmoins instrumentale. Pourtant, ces deux éléments de caractérisation de l'agent économique sont largement discutés dans la littérature économique (Boyer, 2015 ; Buttard et Gadreau, 2008a ; Eymard-Duvernay, et al., 2006 ; Hédoin, 2015 ; Simon, 1976).

Cela nous amène à faire l'hypothèse que la situation de blocage est liée à l'impossibilité, pour le comité de pilotage, d'interpréter les raisons des conflits compte tenu

des caractéristiques de l'individu qui sont attribuées par le référentiel de marché. Les outils d'analyse du référentiel de marché amènent au problème suivant identifié par le comité de pilotage : les médecins ne sont pas suffisamment incités à coopérer. Dans un contexte où l'action publique est fondée sur le référentiel de marché, la solution censée être à même de garantir le déploiement et la performance de la télémédecine ne peut se situer que dans les mécanismes incitatifs financiers. La clé aux problèmes actuels du développement de la télémédecine serait d'agir sur les motivations des médecins, motivations supposées additionnelles et non substituables eu égard au référentiel de marché. Les différents projets de cahiers des charges du déploiement viseraient alors à tester l'efficacité des mécanismes incitatifs.

Or, la mise en évidence de ces conflits nous invite au contraire à discuter les principes du référentiel de la politique de télémédecine. Nous sommes donc amenés à raisonner de façon encastrée pour interpréter les conflits et ainsi comprendre les raisons de l'absence de nouveau compromis institutionnel. La thèse vise ainsi à caractériser précisément ces conflits, ce qui nous a conduit à analyser l'articulation de la politique française de télémédecine, aux fondements marchands, avec les modalités d'action des différents groupes sociaux acteurs de la télémédecine, en particulier les médecins primo-utilisateurs de cette forme de soins.

Dans la mesure où la politique publique est fondée sur des logiques individualistes, nous explorons une autre approche et cherchons à caractériser les logiques d'action individuelles en tenant compte à la fois des modalités de construction de jugement et des représentations collectives de l'action publique. La position que nous défendons est que l'échec du déploiement de la télémédecine se situe d'une part dans son absence d'insertion dans l'environnement institutionnel de l'organisation télémédicale et d'autre part dans son ignorance des rapports sociaux entre les acteurs du champ. Rendre compte de ces deux niveaux d'échec appelle dès lors à développer une analyse multi-niveaux.

À cet effet, nous ancrons notre démarche au sein des approches institutionnalistes hétérodoxes et mobilisons plus particulièrement les outils issus de la Théorie de la régulation et de l'Économie des conventions. Au-delà de leur complémentarité concernant les niveaux d'analyse, chacune de ces théories va nous permettre d'éclairer notre analyse critique du déploiement de la télémédecine.

La théorie de la régulation donne une clé de lecture du changement institutionnel et technologique à travers l'analyse des rapports de force entre les institutions de la télémédecine. Elle va nous permettre de caractériser l'évolution des compromis institutionnels

entre les acteurs de la santé et les représentants de la puissance publique (Amable, 2002 ; Boyer, 2002). L'absence de représentant des médecins au sein du comité de pilotage de la télémédecine n'est pas anodine et renseigne sur l'état des rapports de force entre les acteurs du déploiement de la télémédecine. Ces rapports de force orientent la gouvernance et le mode de régulation de la pratique. La théorie de la régulation nous permet dès lors d'analyser les conflits entre les groupes sociaux concernés par l'évolution du référentiel de la politique publique (Boyer, 2015). C'est à partir d'une analyse historique des rapports de force dans le champ de la santé qu'il est possible de comprendre les zones de blocage du déploiement de la télémédecine. La politique publique de déploiement ne peut pas se construire efficacement en dépit des configurations institutionnelles existantes.

L'Économie des conventions, quant à elle, offre un schéma d'analyse de la coordination qui permet de sortir du cadre standard de l'optimisation (Batifoulier, 2001 ; Batifoulier, et al., 2016 ; Eymard-Duvernay, 2006 ; Favereau, 1997). La coordination est appréhendée à travers des jugements et représentations collectives (Rebérioux, et al., 2001). Dès lors, les choix politiques sont soumis à des jugements qui dépassent le calcul rationnel. Les individus doivent pouvoir donner un sens et interpréter la cohérence de l'action publique avec une représentation singulière du bien commun. La mobilisation de l'Économie des conventions va nous permettre de réaliser une analyse cognitive du cadre normatif de la politique de télémédecine.

Notre thèse s'inscrit ainsi dans la continuité de travaux hétérodoxes en économie de la santé (Batifoulier, et al., 2011b ; Boidin, 2014 ; Da Silva, 2014 ; Da Silva et Gadreau, 2015 ; Domin, 2008, 2013 ; Gallois, 2013) et ambitionne de poursuivre la démarche institutionnaliste qu'ils ont instaurée. De ces travaux, il est possible de tirer comme enseignements que (i) l'institutionnalisme hétérodoxe renvoie à une pluralité de configurations plus complémentaires qu'antagonistes ; (ii) que le concept d'institution désigne tant les compromis institutionnalisés au sein des groupes sociaux que les modes de production ou de coordination. Enfin, nous en retenons l'existence d'une influence réciproque des comportements individuels et des représentations collectives. Dès lors, le marché et les contrats de type principal-agent qui lui sont associés ne représentent qu'une institution parmi d'autres et ne peuvent pas s'analyser comme une forme spontanée de modalité d'échange.

Si notre thèse s'inscrit à la suite des travaux menés dans les approches économiques hétérodoxes de la santé, elle repose néanmoins fortement sur l'analyse des effets d'une

politique publique. La perspective d'économie politique adoptée invite, non pas à oublier les enseignements des politistes quant à la méthode d'analyse des politiques publiques, mais au contraire à en prendre acte. D'après Yves Mény et Jean-Claude Thœnig (1989), « *l'étude des politiques publiques, ce n'est pas autre chose que l'étude de l'action des autorités publiques au sein de la société* » (p. 9). Pour analyser une politique il faut donc se poser les questions suivantes : « *Que produisent ceux qui nous gouvernent, pour quels résultats, à travers quels moyens ?* » (*Ibid*.).

En tenant compte de ces recommandations, nous analysons la politique de télémédecine à l'aune du modèle productif de l'action publique qui lui est associé. À cet effet, nous construisons un cadre analytique à même de (i) caractériser ce que produisent les organes du comité de pilotage dans le cadre de la gouvernance de la télémédecine, (ii) mettre en évidence les résultats attendus et (iii) étudier les moyens (Mény et Thoenig, 1989).

Pour cela, nous partons d'une présentation macroéconomique de l'organisation de la télémédecine, de la politique publique qui l'encadre et du modèle productif de l'action publique qui en découle pour ensuite en chercher les répercussions à l'échelle des groupes sociaux qui représentent les différentes échelles de régulation et de coordination de l'activité. Enfin, nous analysons les représentations individuelles des rapports de force à même d'expliquer les zones de blocage.

4. Plan de la thèse

Le but de notre thèse est d'apporter des éléments de compréhension au faible déploiement de la télémédecine en questionnant la cohérence de la politique de télémédecine et de ses supports théoriques, avec le comportement des acteurs concernés et avec son environnement institutionnel. Notre analyse est réalisée en trois temps, correspondant chacun à une partie distincte de la thèse.

Partie 1 : Du système complexe de télémédecine à la forme de l'intervention de l'État

La première partie de la thèse cherche à confirmer que la politique de télémédecine joue un rôle dans le développement de la pratique. Pour cela, il nous est nécessaire de comprendre le périmètre d'application de la télémédecine. À cet effet, nous cherchons donc à caractériser le système de télémédecine et son modèle organisationnel, dans son articulation

au contexte institutionnel de la pratique. En second lieu, nous nous attachons à rendre compte de façon détaillée des modalités de mise en œuvre de la politique française de télémédecine et de la stratégie de déploiement qui en découle. Nous cherchons ensuite à identifier les rapports de force à l'origine du blocage du développement de l'activité.

Le **chapitre 1** se focalise sur la construction d'un cadre analytique du système de télémédecine. Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est, à notre connaissance, attelée à caractériser le modèle organisationnel d'un système de télémédecine alors même que des études comparatives sont menées à différentes échelles locales, nationales et internationales et que des recommandations sont faites pour améliorer le développement en France à partir de ces études. La définition d'un système de télémédecine nous semble pourtant être un prérequis indispensable à toute analyse sur le sujet. Une large partie de ce premier chapitre est donc consacrée à la détermination de la configuration institutionnelle de la pratique, qui doit aboutir à la constitution d'une grille analytique du système de télémédecine.

Une fois cette caractérisation réalisée, il est ensuite possible de comparer les systèmes de télémédecine entre eux, à l'échelle internationale, afin d'expliquer les différences de développement. La suite du chapitre est alors consacrée à l'identification des forces et faiblesse des différents modèles nationaux. Cette identification doit nous permettre d'exclure l'hypothèse selon laquelle le développement de la pratique est indépendant de la politique qui y est associée.

Le **chapitre 2** a pour objectif d'analyser l'évolution des relations de production permises par la technologie et d'examiner la façon dont s'est construite la politique française de télémédecine autour de cette évolution technologique. Nous pointons que l'institutionnalisation de la télémédecine, vient modifier les arrangements institutionnels antérieurs, constitutifs des premiers projets de télémédecine. En effet, avant la loi HPST, la télémédecine est considérée dans le droit français comme un outil technologique. L'institutionnalisation lui confère un nouveau statut, celui d'un modèle organisationnel de production de soins et elle introduit de nouvelles formes d'échanges. Pour en rendre compte, nous caractérisons la manière dont l'évolution des technologies de la santé a rendu possible l'introduction des principes du référentiel de marché dans la gouvernance de la télémédecine. En effet, c'est bien parce que la technologie permet de modifier les relations de production et les modes de coordination entre acteurs qu'il est possible de transformer les modalités de régulation. Nous analysons alors la construction des expérimentations de l'article 36 de la loi

de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui représentent le plan d'action du comité national de pilotage de la télémédecine et renseignent sur la stratégie suivie par la puissance publique pour faire de la télémédecine un outil de « modernisation » de l'action publique.

Partie 2 : Les rapports de force dans le déploiement de la télémédecine : analyse des trajectoires de l'action publique

Suite à la présentation des fondements de la politique de télémédecine, nous cherchons à caractériser le modèle productif de l'action publique qui en découle, ce qui nous permettra de déterminer les rapports de forces qui émanent de la mise en place de ce modèle de gouvernance.

Le chapitre 3 propose une analyse détaillée du *New public management* en tant que modèle productif de l'action publique. Le *New public management* est alors caractérisé de modèle productif hybride de l'action publique et trouve ses fondements dans le référentiel de marché. L'objectif de ce chapitre est de présenter, d'une part, le concept théorique de modèle productif hybride et de montrer en quoi le *New public management* peut être qualifié ainsi. D'autre part, nous cherchons à détailler les supports théoriques communs sur lesquels repose la construction des différents modèles hybrides du *New public management*. Si les gestionnaires défendent l'idée du *free to manage*, le *New public management* puise en réalité ses racines dans les théories économiques standards et standards étendues.

Le chapitre 4 montre ensuite en quoi le modèle de gouvernance du déploiement de la télémédecine, issu de l'article 36, est un modèle productif hybride de l'action publique sectorielle. La caractérisation de ce modèle productif hybride permet d'identifier les trois objectifs qu'il doit atteindre pour mettre en œuvre un système performant de télémédecine : (i) participer à l'organisation du transfert de compétences entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, (ii) instaurer de nouvelles formes de rémunération et (iii) mener une évaluation de la performance de la pratique. Selon le niveau d'atteinte de ces objectifs, différentes trajectoires sont envisageables pour le modèle productif hybride de l'action publique en faveur de la télémédecine. L'évolution actuelle du déploiement laisse alors entendre l'échec du modèle.

Le chapitre 5 vise à caractériser les rapports de force qui expliquent la trajectoire du modèle d'hybridation. Pour ce faire, nous revenons au préalable sur les différentes échelles de

régulation et de coordination de l'activité télémédicale. En mobilisant le cadre analytique de l'Économie des conventions, nous mettons en évidence les différentes représentations du bien commun et les interprétations des modalités de coordination partagées par les individus qui composent les organisations en charge des différentes échelles de régulation de l'activité. L'échelle de régulation externe, composée du comité national de pilotage, de la puissance publique et des ARS s'inscrit dans une logique d'action qualifiée d'industrielle marchande alors que la régulation interne, composée des représentants des professionnels de santé, est quant à elle rattachée à une logique d'action décrite comme professionnelle. Compte tenu des divergences de représentation du modèle de coordination jugé comme légitime entre ces différentes échelles de régulation, l'organisation de la télémédecine ne semble pas soluble dans le modèle productif hybride du *New public management*.

Partie 3 : L'efficacité des dispositifs de régulation du déploiement de la télémédecine à l'épreuve de la motivation professionnelle des médecins

Malgré les échecs successifs des expérimentations de déploiement, le comité de pilotage national semble pourtant poursuivre la même ligne directrice depuis 2011. Afin de résoudre les conflits de représentation entre la profession médicale et les institutions en charge du déploiement de la télémédecine, ces dernières proposent d'inciter de différentes façons les médecins à adhérer à la pratique de la télémédecine.

Cette troisième partie discute des conséquences de l'introduction de ces dispositifs incitatifs sur la qualité de la production télémédicale et propose une analyse empirique de leurs incidences sur les motivations professionnelles des médecins libéraux. Ces résultats permettront de tirer des conclusions sur l'auto-entretien par la politique publique des échecs du déploiement de la télémédecine.

Le chapitre 6 analyse la façon dont les institutions en charge du déploiement de la télémédecine traitent les conflits de représentation entre les acteurs de la télémédecine. En mobilisant les enseignements croisés de travaux en économie de la santé et en psychologie cognitive, nous mettons en évidence l'inefficacité, voire la contre-productivité des différentes formes d'incitations que souhaite utiliser le comité de pilotage du déploiement de la télémédecine. Ce comité ne semble toutefois pas en mesurer les conséquences, ce que nous expliquons par les postulats théoriques sur lesquels il fonde sa stratégie, les théories économiques standard. Dans ce cadre analytique, l'individualisme et la cupidité de l'individu

l'emportent systématiquement sur l'altruisme et les valeurs professionnelles. Le comité de pilotage de la politique de télémédecine ne possède, dès lors, pas une vision complète de la population médicale et de ses logiques d'action. Pourtant, la dégradation du cadre motivationnel des médecins par des incitations peut aboutir à des effets opposés à ceux souhaités par le comité de pilotage.

Le chapitre 7 a pour objectif d'éclairer empiriquement les enseignements issus de la littérature mis en évidence dans le chapitre précédent. Il est construit à partir d'une enquête réalisée auprès des médecins libéraux de Champagne-Ardenne et d'Île-de-France.

Trois principaux enseignements sont tirés de cette analyse empirique. Le premier renvoie à la caractérisation du profil-type du médecin utilisateur de télémédecine et de la mise en évidence des éléments qui déterminent l'acceptation de la pratique par les médecins. Le deuxième porte sur la mesure de la motivation des médecins qui ont répondu à l'enquête. Enfin, le troisième concerne l'existence d'un lien entre le niveau de motivations autonomes (dont font partie les motivations intrinsèques) et les mécanismes de régulation de l'activité médicale. Ces différents résultats sont ensuite discutés.

Partie 1 :

Du système complexe de télémédecine à la forme de l'intervention de l'État

Introduction de la première partie

Depuis 2009, les discours des ministres de la Santé se suivent et se ressemblent en matière de télémédecine. Le 4 juillet 2016, Marisol Touraine a présenté la nouvelle stratégie nationale de e-santé 2020 et a déclaré à cette occasion que « *la rencontre entre le numérique et la santé est une promesse pour les patients, les professionnels et le système de santé dans son ensemble. Cette stratégie permettra à la France d'entrer pleinement dans l'ère de la médecine digitale* ». Depuis 2009, la puissance publique promet ainsi l'avènement imminent de l'ère de la médecine 2.0, décrite comme un moyen de « *dépasser les difficultés de coordination entre professionnels, de faire face à une part croissante de patients atteints de maladies chroniques, de permettre aux citoyens et patients d'être plus impliqués dans leur prise en charge* » (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016).

Pourtant, malgré toutes les mesures prises depuis l'institutionnalisation de la pratique, la télémédecine ne se développe pas, tout du moins elle ne se développe pas comme le souhaiterait la puissance publique. En effet, nous venons de souligner dans l'introduction générale que, le nombre de projets opérationnels depuis la reconnaissance juridique de la pratique n'augmente pas de façon significative, que le développement de l'activité en médecine de ville est au point mort et que le taux de contractualisation avec les ARS est bien en dessous des attentes (DGOS, 2013). Par ailleurs, le premier cahier des charges de la mise en œuvre des expérimentations menées par le comité de pilotage national a été abrogé avant même d'être appliqué, faute de consensus entre les acteurs concernés.

Toutefois, la télémédecine est appelée à devenir un outil participant à la réforme de l'action publique. L'absence de développement met alors en échec les projets attenants de modernisation de l'organisation des soins. Tel est le point de départ de nos recherches. Avant de pourvoir analyser les raisons de ce faible déploiement, il nous est nécessaire de caractériser l'objet d'étude, *i.e.* la télémédecine, et de présenter la stratégie nationale mise en œuvre dans le cadre de la politique publique de télémédecine.

Le double objectif de cette première partie est alors de (i) caractériser, au-delà de la définition juridique, ce qu'est la télémédecine, c'est-à-dire délimiter le périmètre de son modèle productif et de son environnement institutionnel ; de (ii) présenter la politique de télémédecine mise en œuvre depuis la loi HPST de 2009 et d'analyser le référentiel, national mais également sectoriel dans lequel elle s'insère, ce qui nous conduit à présenter les supports idéologiques qui lui sont associés.

Pour répondre à ce double objectif, cette partie est organisée en deux chapitres. Le chapitre 1 est consacré à la caractérisation de la configuration institutionnelle du système de télémédecine et à la définition de son modèle productif. Nous mobilisons, pour ce faire, l'approche régulationniste (Amable, 2002 ; André, 2015 ; Boyer, 1997, 2015). Par ailleurs, la littérature portant sur la télémédecine présente pléthore de recommandations organisationnelles pour faciliter le développement de la pratique et pérenniser son utilisation, mais à notre connaissance, aucune référence bibliographique ne propose de définition d'un système de télémédecine et de son modèle productif (Kassianides et Seguy, 2011 ; Leurent et Schroeder, 2013). C'est pourquoi il nous semble indispensable de débuter notre recherche par la construction d'une définition de la télémédecine. C'est seulement après avoir délimité le périmètre de la pratique et de son environnement qu'il nous sera possible d'analyser l'interdépendance entre la forme de la politique publique de télémédecine et son niveau de développement et d'utilisation. En d'autres termes, il ne sera possible d'identifier les déterminants du (non) déploiement de la télémédecine qu'après avoir qualifié la forme institutionnelle de la pratique.

La mise en évidence, dans le premier chapitre, du lien entre les modalités d'intervention de la puissance publique et le développement de la télémédecine, nous amène ensuite à étudier de façon détaillée la politique publique qui lui est dédiée. La forme de la politique serait en effet la raison du faible déploiement de la télémédecine. C'est alors l'objet du chapitre 2. Pour comprendre la configuration de la politique de télémédecine, il nous est nécessaire d'analyser au préalable sa construction. En effet, la littérature nous enseigne que l'étude des politiques publiques doit débuter par une analyse approfondie de sa construction, c'est-à-dire du contexte historique et institutionnel dans lequel elle s'insère (Hassenteufel, 2008a ; Muller, 2000, 2015). Il s'agit de comprendre pourquoi la puissance publique a fait le choix, à un moment précis, de mener une action publique en faveur de la télémédecine. Le choix de mettre en place une politique de télémédecine se situe à la conjonction de deux

phénomènes interdépendants : l'industrialisation de la production de soins et l'établissement d'un nouveau référentiel de l'action publique. L'analyse de ces deux phénomènes permet alors de comprendre la forme de la politique de télémédecine.

Chapitre 1

Construction d'un cadre analytique des systèmes de télémédecine[21]

Introduction

Le niveau de développement de la télémédecine varie fortement selon la zone géographique considérée. Si dans certains pays la pratique a atteint une forme routinière (Danemark, Canada, Australie), dans d'autres, elle reste à l'état expérimental et les résultats ne correspondent pas aux espérances des puissances publiques concernées. La France se trouve dans ce second cas, dans la mesure où la pratique peine à s'y développer, ceci malgré une politique publique dédiée.

Dans la littérature grise, la réponse au problème semble toute trouvée. Pour rattraper ce qui est qualifié par la littérature comme un retard de développement, certains pays tels que la France s'appuient sur des rapports d'experts gouvernementaux (Lasbordes, 2009), issus de sociétés savantes (European Commission, 2014)[22] ou émanant d'industriels producteurs de technologies qui vantent les mérites des expériences étrangères réussies (Syntec Numerique, 2011). Ces *success stories* deviennent des *one-best-way*, qui sont fondés indépendamment des contextes locaux des pays moteurs comme des institutions et réglementations des pays ciblés par les recommandations. *Les success stories* représenteraient des modèles prêts à l'emploi de la réussite de la télémédecine.

Or, l'analyse économique apporte une grande attention à la prise en compte des institutions. Comme le rappelle Geoffrey M. Hodgeson (2009), « *we are all institutionalists now* » et ce, que l'on soit hétérodoxe ou orthodoxe. Ainsi, même l'OMS, organisation qui prône un développement uniforme de la santé et des méthodes standardisées pour obtenir ce résultat, s'attache au rôle des institutions (Ovretveit, 2001). De ce fait, une analyse désincarnée des institutions nous semble difficilement soutenable. Ce constat invite donc à rechercher, avec une perspective institutionnelle, les facteurs contribuant à un niveau élevé de développement dans certains pays et faible dans d'autres.

[21] Ce chapitre s'appuie sur différents travaux qui ont fait l'objet de valorisations scientifiques : Gallois et Rauly (2015, 2016a, 2016b).

[22] La commission européenne a mandaté un groupe d'experts afin d'évaluer le niveau de développement de la télémédecine dans l'Union européenne et de proposer des solutions de déploiement dans les pays qualifiés de retardataires.

Si l'hypothèse générale que nous formulons au sein de notre thèse est que le faible déploiement de la télémédecine, en France, peut en grande partie être attribué aux modalités de mise en œuvre de la politique de télémédecine, le test de cette hypothèse nécessite de vérifier que le niveau de développement ne peut pas s'expliquer exclusivement par d'autres caractéristiques telles que des éléments géographiques, socio-démographiques ou de richesse des pays. En d'autres termes, nous devons nous assurer que le faible développement de la télémédecine en France ne peut pas être imputé à d'autres éléments de son environnement, qui seraient indépendants de la configuration institutionnelle.

Dès lors, l'objectif de ce premier chapitre est d'identifier les déterminants du niveau de développement de la pratique télémédicale. Cet objectif nous amène à travailler dans une perspective internationale, qui ne vise pas à identifier un *one-best-way,* mais au contraire à identifier les points communs ou divergences de contexte de ces expériences. En lien avec notre hypothèse générale sur le rôle de la politique publique de télémédecine, nous testons ici plus spécifiquement deux hypothèses complémentaires. La première est que le développement ou non de la télémédecine est à rattacher à une configuration institutionnelle associée à la pratique dans le pays considéré. Ceci nous permettra de valider l'idée que la politique publique de télémédecine joue effectivement un rôle dans le développement de la pratique, et contribuera à solidifier l'hypothèse générale de notre thèse. Toutefois, la confirmation de cette hypothèse générale de la thèse ne peut se faire sans investiguer le rôle joué ou non par des éléments non institutionnels. Cela nous amène, de fait, à devoir tester une seconde hypothèse, complémentaire de la première, qui est que les caractéristiques non institutionnelles n'expliquent pas à elles-seules le développement ou non de la pratique.

La mise en œuvre de cet objectif suppose au préalable de définir avec précision notre objet d'étude et donc de délimiter le périmètre de la télémédecine. Dans une première section, nous focalisons notre analyse sur la définition de ce système. Cela nous amène au constat qu'il n'existe pas, à l'échelle internationale, de convention autour de la définition de la télémédecine et qu'aucune étude comparative réalisée jusqu'à présent n'a effectué cet exercice. À notre connaissance, il n'existe donc aucune étude qui a permis de caractériser un système organisationnel de télémédecine (1). Ce constat nous amène, dans une deuxième section, à construire une méthodologie de caractérisation des systèmes de télémédecine tant du point de vue organisationnel que productif, afin de réaliser ensuite l'analyse des forces et faiblesses des différentes expériences internationales. Les travaux issus de la théorie de la

régulation servent de supports méthodologiques à cette construction (2). Après avoir présenté cette méthodologie de caractérisation, nous procédons à la construction d'une grille d'analyse des différents systèmes de télémédecine, afin de tester notre hypothèse de recherche et de caractériser les déterminants du niveau de développement. La mise en évidence de ces éléments permettra d'exclure l'hypothèse selon laquelle le développement de la pratique est indépendant de la politique de télémédecine (3).

1. Télémédecine, de quoi parle-t-on ?

« Il est beaucoup plus facile de déterminer le sexe des anges
que de définir précisément, ce qu'est la télémédecine »
(Sanni Yaya et Raffelini, 2007, p. 23)

Définir la télémédecine est un exercice plus complexe qu'il n'y paraît. Non seulement différentes définitions sont associées au terme télémédecine, mais également différentes expressions sont utilisées comme synonymes pour qualifier la médecine à distance. L'absence de convention internationale autour de la notion de télémédecine rend difficile toute analyse du niveau de développement de la pratique (1.1). Cette complexité peut s'expliquer de façon historique. En effet, la pratique est apparue de façon simultanée, mais non coordonnée à l'échelle internationale. La télémédecine renvoie dès lors à des réalités organisationnelles et structurelles différentes. La pratique s'est développée bien avant d'être reconnue, ce qui explique l'absence d'harmonisation et les difficultés à proposer une définition qui fasse consensus à l'échelle globale (1.2).

1.1. Une absence de convention autour d'une définition internationale

L'étymologie du préfixe *télé* renvoie au grec ancien τῆλε, tẽle qui signifie au loin, à distance. Étymologiquement, la télémédecine renvoie donc à une pratique de la médecine à distance. D'un point de vue purement sémantique, la télémédecine s'apparente de ce fait à un acte de soins à distance. Toutefois, dès le début des années 1990, quelle que soit l'échelle géographique considérée, d'autres définitions vont être données à ce mot, ne renvoyant pas nécessairement à l'acte de soin, mais davantage au support technologique permettant la réalisation du soin. Ainsi, en 1992, la Société européenne de télémédecine lui donnera comme

définition « *l'utilisation de tous les moyens de transmission à distance d'informations utiles à la pratique médicale* » (Bili, 2012, p. 21). Jusqu'à la fin des années 1990 la télémédecine est alors davantage considérée comme l'usage des Technologies de l'information et de la communication pour la réalisation à distance d'un acte médical ou de santé. Dans ce cas, la télémédecine est un outil, censé permettre la réalisation d'un acte médical.

Ce n'est qu'en 1997 que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donnera une définition de la télémédecine. Définition qui n'a pas été révisée depuis : « *Telemedicine is the delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities* » (OMS, 1997, p. 10).

D'après cette définition, la télémédecine renvoie à l'acte médical en lui-même et non à l'outil permettant la réalisation à distance de cet acte. Si depuis les années 2000, il existe un relatif consensus autour de ce que définit la télémédecine, *i.e.* un acte médical réalisé à distance, les contours de cet acte ne relèvent pas d'une convention à l'échelle internationale (OMS, 2010b). Ainsi, selon les territoires considérés, les acteurs habilités à pratiquer la télémédecine ne sont pas les mêmes, le lieu où les actes peuvent être réalisés diffère (lieu de vie du patient, lieu médicalisé, lieu exclusivement hospitalier), les modalités de pratiques changent (actes synchrones, asynchrones) et la réglementation n'est pas harmonisée.

En outre, différents termes sont mobilisés dans la littérature tels que télésanté, e-santé ou encore m-santé. Souvent utilisés comme synonymes, leur usage participe à la confusion entre les différents sens qu'ils possèdent. Pourtant chacun de ces termes possède en réalité une définition donnée par l'OMS qui renvoie à des spécificités intrinsèques. En effet, en 1998, l'OMS a précisé : « *If telehealth is understood to mean the integration of telecommunications systems into the practice of protecting and promoting health, while telemedicine is the incorporation of these systems into curative medicine, then it must be acknowledged that telehealth corresponds more closely to the international activities of WHO in the field of public health. It covers education for health, public and community health, health systems development and epidemiology, whereas telemedicine is oriented more towards the clinical aspects* » (Darkins et Cary, 2000, p. 2).

Le mot *Telehealth* (télésanté) est donc un terme générique pour définir toute utilisation de technologies du numérique dans le domaine de la santé. Au sens de l'OMS, la

télémédecine et la e-santé sont des sous-ensembles de la télésanté, mais ne sont en rien des synonymes. La e-santé renvoie à l'ensemble du contenu numérique en libre accès lié à la santé et facilitant sa diffusion que ce soit dans la sphère médicale ou domestique (à titre d'exemples, les sites internet tels que medecin-direct.fr ou e-sante.fr ou encore conseilsante.com proposent des services de e-santé). La télémédecine renvoie à la prise en charge clinique. Le terme m-santé fait quant à lui référence aux différentes applications des appareils informatiques tels que les téléphones portables ou tablettes tactiles disposant d'application spécifique à la santé (à titre d'exemples, les applications téléchargeables sur Androïd, Windows ou OS telles que *Grave pas grave* ou *Medoc* sont des applications de m-santé). Chaque terme revêt donc un caractère singulier.

Malgré cette tentative d'harmonisation des définitions utilisées pour interpréter la réalisation de service de santé à distance, l'existence de définitions plurielles persiste à travers le monde. La télémédecine et de la télésanté ne font donc pas l'objet d'une convention étymologique dans l'espace international (Oh, et al., 2005). Les termes télémédecine, télésanté et e-santé sont non seulement utilisés comme synonymes (Crigger, 2006), mais ils revêtent également des frontières différentes. Hans Oh, et al. (2005) ont recensé 51 définitions différentes à l'échelle internationale de la télémédecine toutes données après 1998 (date de la définition de la télémédecine par l'OMS) et qui désignent soit le processus de production de l'acte médical à distance, soit l'*output* du service médical ou encore la technologie utilisée pour la production à distance de l'acte médical. De façon plus marginale, le terme désigne également le commerce en ligne lié à la santé (Kirsch, 2002).

Au-delà de la définition de la télémédecine au sens large, les actes médicaux relevant de la pratique ne sont pas non plus harmonisés à l'échelle internationale. En France, à titre d'exemple, la télétransmission de feuilles de soins ou la téléformation médicale ne sont pas considérées comme des actes de télémédecine alors qu'elles le sont dans d'autres pays. De la même façon, les actes renvoyant à une spécialité ou un type de pathologie tels que les actes de téléradiologie ou de télécardiologie ne sont pas reconnus dans le droit français comme des actes de télémédecine alors qu'ils le sont dans d'autres pays comme les États-Unis. Plus complexe encore, un même terme peut définir deux actes distincts au sein d'un même pays. En France, la téléassistance est à la fois un acte de télémédecine lorsqu'il s'agit d'un service rendu à distance par un professionnel médical à un autre professionnel médical et est considérée comme un acte de télésanté lorsqu'il s'agit d'un service à distance d'aide au maintien à domicile, proposé généralement aux personnes âgées.

Cette grande confusion autour de ce qu'est la télémédecine peut s'expliquer par le fait que les pratiques de la médecine à distance ne sont pas une chose nouvelle. En effet, si l'introduction de la télémédecine dans les problématiques de santé publique et la mise en œuvre de politiques de télémédecine font partie d'un phénomène qui a émergé au cours des années 1990, sa pratique peut être datée au début des années 1900.

1.2. Une pratique ancienne pour des définitions réglementaires nouvelles

La littérature spécialisée sur le sujet s'accorde pour dire que la première utilisation du terme *telemedicine* remonte au milieu des années 1950. Le mot aurait été inventé par un médecin américain, Kenneth Bird pour parler d'une opération chirurgicale réalisée dans un hôpital du Massachussetts alors que lui-même se trouvait dans un aéroport de Boston (Ferrer-Roca et Sosa-Ludicissa, 1998). Il aurait réussi à superviser l'opération à distance à l'aide d'une retransmission télévisuelle par ondes radiophoniques. Mais, il n'est pas précisé à ce moment si le médecin en question fait référence aux technologies utilisées ou à la nouvelle forme de service médical rendu. Il faut ensuite attendre 1974 pour qu'une preuve écrite de l'existence du mot soit avérée, sans toutefois que celui-ci soit défini (Zundel, 1996).

Par ailleurs, avant même que le mot soit inventé, des expériences de télémédecine en tant que pratique médicale à distance ont été menées et recensées dans la littérature. En 1924, le magazine *Radio News* illustrait sa « une » par une image du *radio doctor* de demain (*Cf.* image 1 *infra*) censé relier le médecin au patient à n'importe quel endroit grâce aux technologies du son et de l'image (Bashshur et Shannon, 2002).

Image 1 - Une du journal Radio News, avril 1924

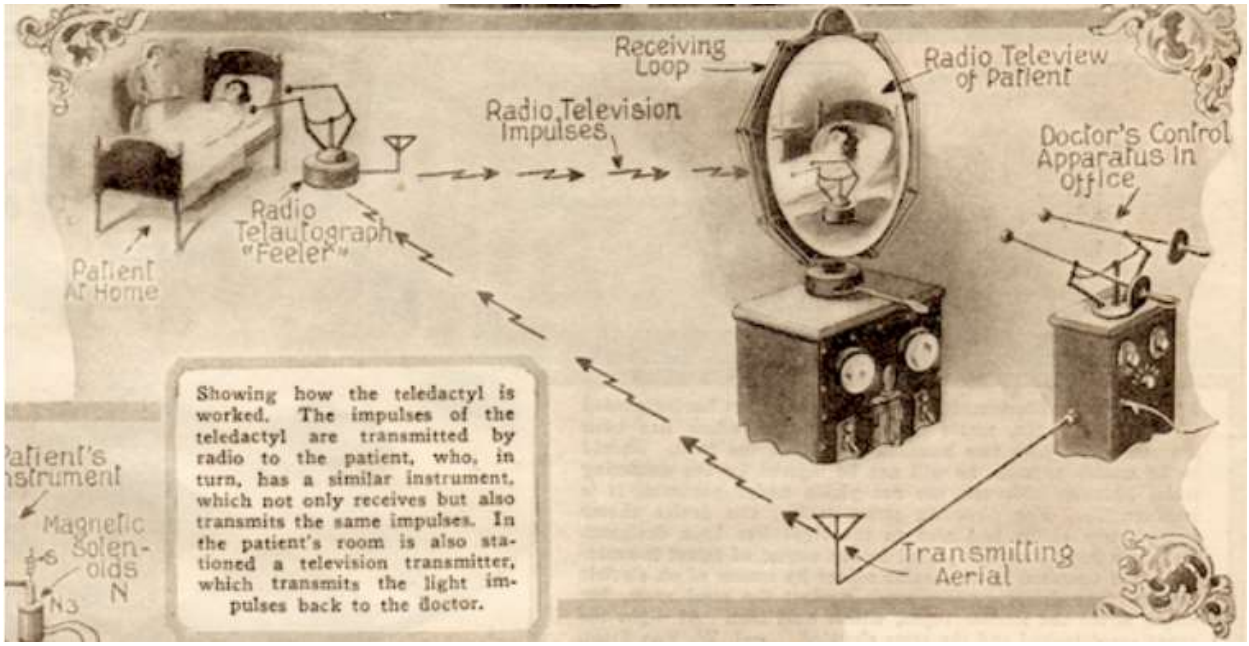
Source : Bashshur et Shannon (2002)

Puis en 1925, c'est le magazine *Science and Invention magazine* qui fait sa « une » sur la radio médecine en proposant une image qui serait aujourd'hui considérée comme la représentation d'un acte de télésurveillance médicale à domicile (*Cf.* images 2 et 3).

Image 2 - Une du journal *Science and Invention magazine*, 1925

Source : Bashshur et Shannon (2002)

Image 3 - Schéma explicatif, magazine *Science and Invention magazine*, 1925

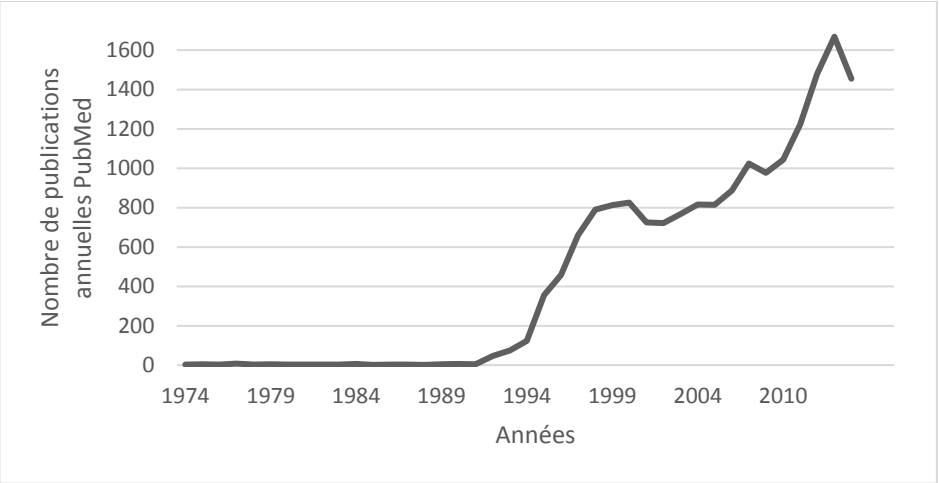


Source : Bashshur et Shannon (2002)

Ces « unes » de magazine font suite au développement de l'utilisation du téléphone[23] par les médecins afin de transmettre à leurs patients ou confrères des informations médicales. Dès le début des années 1900, des actes qui peuvent désormais être qualifiés de télésurveillance et de téléconsultation[24] ont été recensés dans les comptes rendus médicaux (Bashshur et Shannon, 2002 ; Ferrer-Roca et Sosa-Ludicissa, 1998).

De façon moins anecdotique, la littérature à caractère historique qui traite de la télémédecine date les premières expériences de télémédecine permettant un résultat clinique significatif, au regard de l'amélioration de la qualité des soins prodigués, au début des années 1970 (Zundel, 1996). La multiplication des expériences et la prise d'ampleur de la pratique remontent quant à elles au début des années 1990. C'est en 1993 que la télémédecine devient un *Medical Subject Heading* c'est-à-dire une rubrique dans les revues médicales (*ibid*).

Graphique 3 - Évolution du nombre de publications « télémédecine »



Source : Réalisé par nos soins à partir de pubmed.gov

En prenant comme référence la base de données PubMed[25] il est possible de rendre compte de ce phénomène. L'année 1974 est effectivement la date de la première référence bibliographique portant sur la télémédecine recensée par PubMed. Entre 1974 et 1991, le nombre de publications varie entre une et huit par an. Ensuite entre 1992 et 2000, 4148 références nouvelles sont répertoriées soit une augmentation de plus de 7000 %. Entre 2001 et 2010, 8770 nouvelles références bibliographiques portant sur la télémédecine sont recensées soit deux fois plus que la décennie précédente. Depuis 2011, 6438 références nouvelles ont

[23] Le téléphone a été inventé en 1876.
[24] La définition française des termes téléexpertise et téléconsultation est donnée dans le chapitre suivant.
[25] Site internet consulté le 15 juillet 2015.

déjà été publiées. La constitution d'une littérature robuste autour de la télémédecine, et ce malgré l'absence de définition stable et harmonisée du terme, soulève alors la question de la caractérisation du système de télémédecine au sens économique du terme système. La question que nous posons à présent, est comment pouvons-nous caractériser notre objet de recherche à partir de cette littérature à la fois abondante et sans référentiel commun ?

2. Caractérisation des éléments du système de télémédecine

Nous venons de mettre en évidence que la définition de la pratique n'est pas stabilisée dans le temps et dans l'espace. Différents rapports industriels et institutionnels suggèrent que la télémédecine est définie *ex nihilo,* laissant penser qu'elle n'est insérée dans aucun système organisationnel et institutionnel (Kassianides et Seguy, 2011 ; Lasbordes, 2009 ; Leurent et Schroeder, 2013 ; Syntec Numerique, 2011). La question du niveau de développement de la pratique est abordée sans qu'aucun référentiel ne soit au préalable établi. Ainsi, d'une étude à l'autre le niveau de développement de la pratique pour un même pays peut varier considérablement.

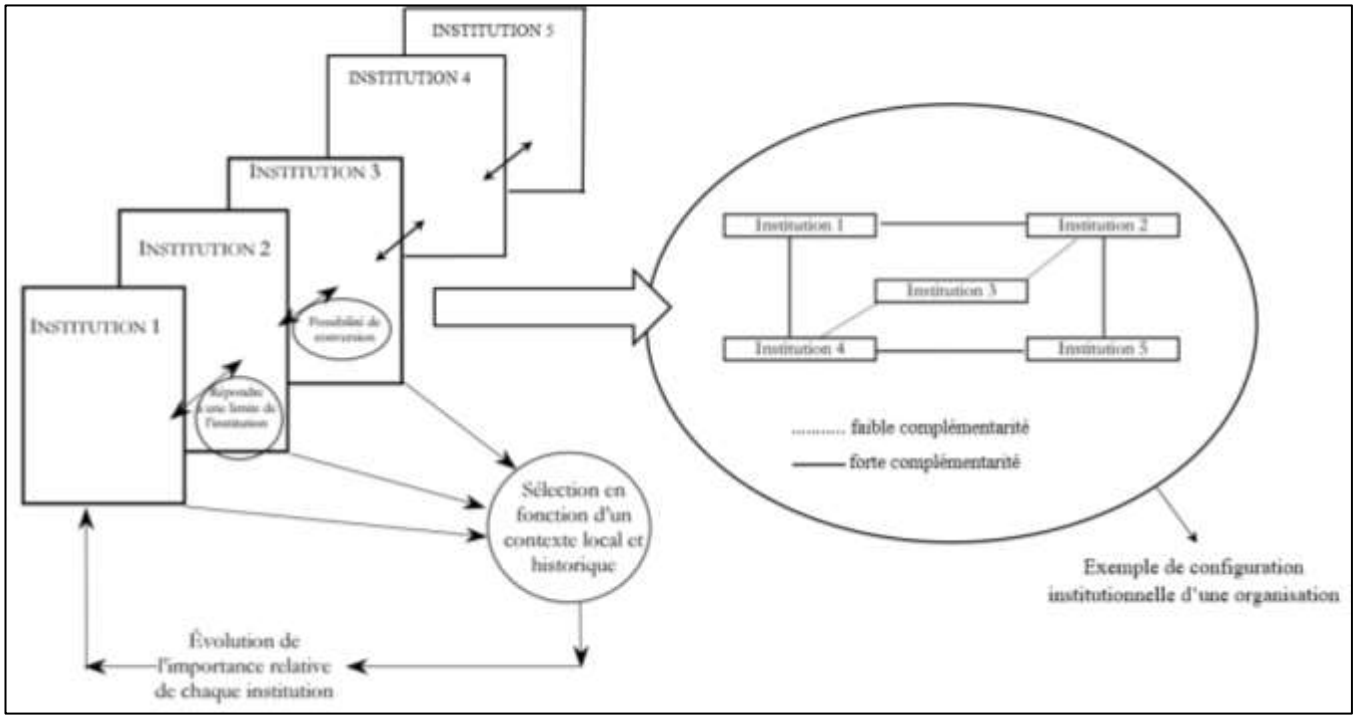
Dès lors, plusieurs questions se posent : en quoi est-il possible de parler de niveaux de développement de la télémédecine alors que le périmètre de l'analyse n'est pas défini ? Comment caractériser un système de télémédecine ? Quels sont les acteurs du système et de quelles institutions dépendent-ils ? Qu'est-ce qui est produit au sein d'un système de télémédecine ?

L'objectif de cette section est alors de caractériser le système de télémédecine afin de réaliser par la suite une analyse cohérente de son niveau de développement, ce qui permettra d'identifier les facteurs qui facilitent ou freinent son développement. Pour ce faire, nous mettons en évidence dans un premier temps les enseignements de la littérature concernant la méthodologie de caractérisation d'une configuration institutionnelle (2.1). Forts de ces enseignements, nous réalisons ensuite une revue de la littérature afin de recenser les éléments constitutifs de l'environnement du système télémédical permettant effectivement de modéliser la configuration institutionnelle de télémédecine (2.2). Les faiblesses de cette littérature nous poussent alors à élargir le champ de nos recherches. Nous nous tournons alors vers les travaux réalisés sur les différentes modalités de caractérisation du système de santé (2.3). C'est à partir de cette littérature que nous caractérisons effectivement la configuration institutionnelle de la télémédecine (2.4).

2.1. La configuration institutionnelle comme outil théorique d'analyse

Préalablement à l'exercice de caractérisation du système de télémédecine, il est nécessaire de présenter le cadre théorique à partir duquel nous réaliserons cet exercice. Nous ancrons nos travaux de caractérisation dans une démarche régulationniste[26]. Cela suppose alors de considérer que toute activité de production peut être décrite au sein d'une architecture institutionnelle hiérarchisée (Boyer, 2003). La caractérisation de système de télémédecine est donc la définition de l'architecture institutionnelle de l'activité. Cette hiérarchisation dépend des rapports de forces entre les institutions dans le temps et dans l'espace et les modalités de production sont dépendantes de ce rapport de force institutionnalisé (*Ibid*). De façon générique, la notion de configuration institutionnelle fait alors référence à l'ensemble de règles, de dispositifs réglementaires et de processus dont les organisations doivent tenir compte dans l'organisation de leur activité et dans leurs modalités de coordination avec d'autres (Villeval, 1995). Tout changement de rapport de force peut alors entraîner une modification de la configuration institutionnelle d'une activité. La figure ci-dessous représente un schéma simplifié de l'architecture institutionnelle d'une organisation.

Figure 3 – De l'architecture à la configuration institutionnelle



Source : réalisé à partir de Boyer (2003)

[26] Pour une présentation générale du courant se référer à : Amable (2002), Boyer et Freyssenet (2000), Boyer R., Y. Saillard et (dir.) (2002 (1995)), Boyer (2004).

Au sens de l'approche régulationniste, les principales institutions constitutives de l'architecture institutionnelle sont le régime financier, les relations salariales, la forme d'organisation de la firme (dans notre cas la forme de l'organisation de télémédecine) ou encore le régime de protection sociale. Ces institutions peuvent être celles matérialisées sur la figure ci-dessus. La partie de gauche permet de décrire les modalités d'évolution de ces institutions et matérialise leur interdépendance. Leur évolution dépend des interactions entre ces institutions et du rapport de force entre elles mais également d'éléments exogènes tels que le contexte local et historique. L'environnement institutionnel d'une activité ne doit donc pas être considéré comme un élément statique. La partie de droite met quant à elle en évidence le degré d'interaction et le niveau d'interdépendance entre les institutions constitutives de la configuration institutionnelle d'une activité. En effet, au sein d'une configuration institutionnelle, toutes les institutions n'ont pas le même niveau de dépendance, plus la complémentarité est forte, plus le niveau de dépendance entre les institutions est fort.

Dans le champ de la santé, différentes études ont été réalisées afin de définir les configurations des systèmes de santé (André, 2006, 2007, 2015 ; Barbier et Théret, 2009 ; Théret, 1996, 2007). L'objectif de ces travaux est de présenter des modèles de comparaison des systèmes sans qu'il y soit question de classement hiérarchisé. Il ne s'agit pas de donner un jugement de valeur de l'organisation des systèmes mais de comprendre leur construction. Dans ces travaux, la représentation d'une configuration institutionnelle sert à articuler (i) un cœur de système, le système de santé et l'état de santé, auxquels sont associés des interrelations internes et (ii) les articulations de ce cœur de système avec son environnement, les composantes du contexte (André, 2015). De la même façon, l'objectif de la section suivante est de caractériser le cœur du système de télémédecine et l'articulation de ce cœur avec son environnement institutionnel. Pour ce faire, nous mobilisons les enseignements de la littérature.

2.2. Les enseignements de la littérature : la faiblesse des éléments institutionnels

Notre objectif final est de caractériser les systèmes de télémédecine. Forte des enseignements de la théorie de la régulation nous recensons dans la littérature les éléments permettant de réaliser cet exercice. Nous détaillons dans un premier temps la méthodologie de la revue de la littérature que nous avons appliquée (2.2.1), puis nous présentons les principaux résultats obtenus à l'issue de l'analyse de cette littérature (2.2.2).

2.2.1. Méthodologie de la revue de la littérature économique

Afin de réaliser une revue de la littérature relative à la caractérisation de la télémédecine en tant que pratique institutionnalisée, nous avons consulté les principales bases de données électroniques de revues en économie[27] : Science Direct, Scopus, Sage, J-Stor et Cairn en mettant un filtre de champ disciplinaire et en considérant la période 2000-2015 (Sage ne permettant pas de faire une recherche disciplinaire, le filtre a été opéré *ex-post* à partir du nom des revues). Une recherche par spectre large, en interrogeant les bases par 12 mots-clés relatifs à la télémédecine a été effectuée (*Cf.* tableau 1).

Tableau 1 - Nombre d'articles identifiés par mot-clé

Mot-clé	Nombre d'articles par base interrogée					Nombre d'articles pour le mot-clé	Nombre d'articles après suppression des doublons pour un même mot-clé
	Sciences Direct	Scopus	Sage	J-Stor	Cairn		
eHealth	0	9	3	46	0	58	58
e-Health	7	23	14	169	0	213	202
telecare	1	4	0	32	0	37	37
tele-care	0	0	0	3	0	3	3
telehealth	5	9	1	48	0	63	61
tele-health	0	1	0	8	0	9	9
telemedicine	9	66	18	165	1	258	257
télémédecine	0	1	0	2	4	7	6
télésanté	0	0	0	0	4	4	4
télé-santé	0	0	0	0	0	0	0
tele-healthcare	0	0	0	0	0	0	0
telehealthcare	0	3	3	0	0	3	3
Total	22	116	39	473	9	659	**640**

L'agrégation des 640 résultats de recherche par mot-clé a permis d'identifier 96 doublons, ce qui indique que, comme nous l'avons pointé dans la section précédente, les mots clés mobilisés sont fréquemment utilisés comme synonymes. Les 544 références restantes ont ensuite été triées à partir du titre afin de dégager les articles pertinents au regard de la question de la caractérisation de la télémédecine en tant que pratique institutionnalisée. 161 articles ont été retenus après cette étape, ils ont été classés par type d'analyse et par type de problématique (*Cf.* tableau 2 *infra*). Le nombre d'articles non-retenu est important, mais cela s'explique facilement. Malgré nos critères de recherche relativement stricts, il persistait un

[27] La revue de la littérature a été réalisée entre janvier et février 2015.

nombre conséquent de travaux publiés dans des revues ne relevant clairement pas du champ de l'économie (ex : *Scientific American*, *Indian Journal of Science and Technologies*).

Tableau 2 - Classement des articles par type d'analyse et de problématique

Classement des articles par type d'analyse				
Étude de cas particulier	Étude par pays	Perspective globale	Comparaisons internationales	Total
62	19	67	13	161
38%	12%	42%	8%	100%

Classement des articles par problématique						
Aspect technologique ou médical strict	Ethique / réglementaire	Perception du patient / du médecin	Évaluation	Prospective	Autre	Total
51	11	25	35	18	21	161
32%	7%	15%	22%	11%	13%	100%

Dans la littérature recensée, 42 % des articles cherchent à avoir une perspective globale (internationale), 12 % proposent une étude à l'échelle d'un pays et 8 % ont pour problématique la comparaison internationale. Ces résultats laissent donc entendre une présentation de la télémédecine dans son environnement institutionnel. En effet, qu'il s'agisse de la présentation de cas par pays, d'études à perspective globale ou de comparaisons internationales cela sous-entend que ces articles proposent avant toute analyse, de caractériser l'environnement de leur objet d'étude qu'est la télémédecine. Toutefois, il s'avère après lecture de ces articles que la question institutionnelle n'est la problématique générale d'aucun article. La caractérisation de la télémédecine ne passe pas par la caractérisation de son environnement institutionnel. Tout au plus, pour seulement 7 % d'entre eux, les questions éthiques et réglementaires apparaissent comme la problématique générale de l'article. Toutefois, ces articles discutent davantage la définition de la responsabilité juridique du médecin que son rôle dans l'organisation de la pratique. Ces résultats sont à relier au nombre conséquent d'articles ayant un aspect strictement médical ou technologique malgré le tri effectué. Ces résultats traduisent le fait que la télémédecine reste un champ émergent de la littérature économique.

Pour construire notre base finale, dont l'objectif est d'éclairer l'institutionnalisation des pratiques de la télémédecine, nous avons retenu 54 articles. Lors de la lecture de ces articles, 7 ont étés identifiés comme ne parlant finalement pas de pratique médicale à distance et ont été exclus *ex post*. Notre revue de littérature porte donc sur 47 articles. Il convient de présenter les enseignements tirés de cette littérature.

2.2.2. L'efficience, seule caractéristique institutionnelle considérée dans la littérature

Parmi les 47 articles retenus, la majorité se focalise sur l'évaluation de la performance de la télémédecine comparativement à la pratique traditionnelle de la médecine. Dans cette littérature, seule la question de l'efficience est abordée sous l'angle institutionnel (Le Goff-Pronost et Sicotte, 2010 ; May, et al., 2003 ; Sicotte, et al., 2003 ; Turchetti et Geisler, 2009). La performance de la télémédecine est donc entendue comme un arbitrage coût-avantage ou coût-efficacité. Les institutions sont considérées dans ces analyses comme des organisations dont l'objectif est de pallier les défaillances de marché et doivent donc être analysées en termes d'efficience. Dans cette littérature, l'organisation de la télémédecine est exclusivement analysée à travers sa capacité à produire de l'efficience en termes performatifs. Si l'organisation n'est pas efficiente, alors elle n'a pas lieu d'être puisqu'elle ne fait pas mieux que le marché. Peu importe dans ce cas l'environnement dans lequel sont introduites les nouvelles modalités organisationnelles et les adaptations nécessaires, seuls les résultats de l'analyse de la performance sont retenus comme indicateurs d'efficience de la pratique. La mise en évidence de ces résultats traduit dès lors la suprématie du cadre d'analyse standard dans la littérature recensée. Ainsi, cela va dans le sens de l'analyse de Robert Boyer (2003) de la considération faite des institutions au sein de la littérature économique dite standard : « *on constate que, pour la plupart des théories économiques standards, l'inertie se situe du côté des institutions, le changement du côté des marchés et la concurrence qu'ils organisent. Dans ces conditions, c'est le retard des institutions par rapport à la dynamique de l'innovation technologique et organisationnelle privée qui est mis en avant* » (p.168).

D'après la littérature recensée, la télémédecine est une innovation technologique et les institutions, toute chose égale par ailleurs, doivent s'adapter à l'innovation et non l'inverse. Cela laisse donc entendre, dans ce cadre analytique particulier, la possibilité de créer un modèle universel de télémédecine. Si ce sont aux institutions de s'adapter à la télémédecine, il n'y a donc pas d'intérêt à analyser les configurations institutionnelles.

Dans ce référentiel précis, l'efficience en termes comptable apparaît comme le seul élément institutionnel objectif. La présentation de Stefan Felder et Harald Tauchmann (2013) illustre le phénomène. Les auteurs mettent en évidence, à l'aide d'un modèle économétrique, des différences d'efficience de la télémédecine au sein des états allemands. La dépendance au sentier en termes institutionnels est abordée mais est analysée comme la variable à faire évoluer. Si les institutions sont un frein à la télémédecine, alors il devient nécessaire de les

modifier. Les interdépendances institutionnelles avec l'environnement de l'organisation de la télémédecine sont dès lors inexistantes dans cette littérature.

Ici encore, cela rejoint l'analyse faite par Robert Boyer (2003) : « *à partir de la théorie néoclassique (…) seule la perfection de la réponse au contexte de chaque institution serait garante de la viabilité de la performance d'une économie. (…) On comprend dès lors qu'il soit difficile de faire ressortir par des travaux économétriques standards le rôle par exemple des institutions du travail sur le chômage, la croissance, les créations d'emplois. La réponse négative donnée par les tests économétriques tiendrait moins à l'inimportance des institutions qu'à l'inadéquation de leur conception générale* » (p. 184). Ainsi, dans la littérature recensée, chaque institution doit s'adapter afin d'être performante, cela suppose alors un postulat fort qui consiste à considérer les institutions comme indépendantes et complètement désencastrées.

Au-delà de la considération des institutions et de leur rôle, la littérature recensée permet également d'éclairer la façon dont sont menées les mesures de l'efficience et les enseignements qui en sont tirés. Le document le plus abouti que nous avons recensé est la recherche dont est issu le manuel MAST (*Model for ASsement of Telemidicine*) qui est une adaptation du document *Health Technology Assesment* (HTA) (Kidholm, et al., 2012). Le HTA propose une méthodologie d'évaluation de la performance des technologies du numérique utilisées dans le cadre de l'amélioration de la santé. Ainsi, le HTA évalue l'outil technologique et le MAST évalue l'organisation de la pratique médicale qui y est associée. Le manuel MAST permet alors de jauger l'efficience de projets de télémédecine. La majorité des évaluations de la performance de la télémédecine, y compris en France s'inspire du manuel MAST (HAS, 2013a). Cependant, le niveau d'analyse est celui du cas microéconomique, ce qui ne permet pas de renseigner l'efficience à un niveau régional ou national de la télémédecine. En effet, pour avoir du sens, l'analyse doit être développée à un niveau macrosectoriel afin d'être en mesure de couvrir les territoires nationaux (du Tertre, 2002 (1995)). Ce n'est pas parce qu'il est possible de mesurer l'efficience microéconomique de la télémédecine *via* des dispositifs tels que celui présenté par le modèle MAST que la pratique est nécessairement efficiente à l'échelle plus globale. Il est tout à fait possible d'envisager des configurations où des cas microéconomiques qualifiés de non-efficients contribuent néanmoins à une efficience au niveau global grâce à un phénomène de compensation en renforçant par exemple l'équité dans l'accès aux soins, critère de performance du système de santé.

C'est donc bien en étudiant la configuration institutionnelle dans son ensemble que l'analyse de la télémédecine prend sens. Toutefois, si le système de télémédecine est étudié indépendamment du système de santé, les potentielles retombées transversales ne sont pas prises en considération. Lorsque des études sont menées pour qualifier l'efficience du système de santé, il ne s'agit pas de déterminer si le système est efficient au regard d'une pathologie, d'une spécialité ou d'un type de patientèle. Dès lors, en quoi serait-ce le cas de la télémédecine ? En quoi l'efficience microéconomique des projets de télémédecine permettrait-elle de tirer des conclusions sur la performance globale de la pratique ? Compte tenu des limites de la littérature recensée, nous proposerons par la suite une méthode alternative de caractérisation.

Enfin, la littérature académique recensée offre également différentes études de cas de *success story* de pays ou de projets particuliers desquels il serait possible de tirer des enseignements performatifs (Duran-Arenas et Coburn, 2005 ; OCDE, 2010 ; OMS, 2010b ; Syntec Numerique, 2011). Les *success stories* sont reprises dans la littérature grise gouvernementale des pays considérés comme en retard dans le déploiement de la télémédecine. En France, nombre de rapports sont construits autour des enseignements tirés de ces *success stories* (DGOS, 2012d ; Lasbordes, 2009 ; Martin et Rivoiron, 2012a, b ; Syntec Numerique, 2011). Dans ce cas, l'analyse apparaît incomplète dans la mesure où le périmètre d'action en termes de pathologies, de spécialités et d'acteurs concernés n'est pas défini. La littérature recensée nous enseigne que la télémédecine est considérée comme une pratique associée uniquement à l'espace du soin et renvoie *a priori* exclusivement à l'acte médical. Son environnement n'est pas caractérisé et les interactions institutionnelles ne sont pas considérées. Toutefois, les théories institutionnelles hétérodoxes suggèrent qu'il est nécessaire de caractériser la configuration institutionnelle de tout modèle organisationnel afin d'en comprendre le fonctionnement (Boyer, 2003). Dès lors, nous considérons que la pratique de la télémédecine renvoie à une organisation qui doit être reliée à son environnement et en premier lieu au système de santé. La télémédecine devient alors une forme de production de soins qui fait partie du système de santé, et contribue potentiellement, comme le suggère l'OMS, à sa performance. La télémédecine serait alors un sous-système du système de santé dont il faudrait caractériser l'environnement, ici, le système de santé. La littérature recensée est riche d'enseignements pour comprendre les supports théoriques sur lesquels reposent les stratégies de développement et l'orientation néo-libérale de l'organisation. Toutefois, elle n'est absolument pas opérante pour réaliser la caractérisation que nous souhaitons réaliser.

Nous nous tournons alors vers les travaux effectués sur les différentes modalités de caractérisation du système de santé afin de mettre en évidence leurs enseignements, pour la caractérisation de la configuration institutionnelle de la télémédecine.

2.3. Des systèmes de santé aux systèmes de télémédecine

Nous venons de mettre en évidence les limites de la littérature existante sur l'analyse de la télémédecine en tant que pratique institutionnalisée. Nous élargissons alors le champ des recherches afin de trouver de nouvelles pistes méthodologiques de caractérisation de la configuration institutionnelle de la télémédecine. Nous nous tournons vers les travaux réalisés sur les systèmes de santé.

De la même manière que l'OMS définit la télémédecine, l'organisme rattaché à l'ONU en vue de coordonner la santé mondiale, caractérise ce qu'est la santé : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[28]. L'organisation donne également une définition d'un système de santé : « *Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* »[29]. Un système de santé inclut donc les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zone géographique ou entité communautaire, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé. Il réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels ou informels. Le modèle organisationnel du système de santé, dont la finalité est la production de bonne santé s'inscrit donc dans une analyse de complémentarité institutionnelle. Dès lors, les frontières du système de santé sont difficilement traçables et dépendent des différents contextes nationaux (Or, 2009). Il en va de même pour la télémédecine. Prendre en considération l'environnement institutionnel revient à considérer l'impossibilité de créer un modèle canonique.

Contrairement à la télémédecine, une définition de référence existe pour le système de santé. L'OMS définit également qu'« *un bon système de santé est avant tout celui qui contribue à instaurer un bon niveau de santé* » (OMS, 2000, p.28) et qu'« *il existe probablement un niveau minimum de dépenses qui permet de fournir à toute une population un petit nombre de services particulièrement rentables* » (OMS, 2000, p.29). Une vaste

[28] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New York les 19-22 juin 1946 et entré en vigueur le 7 avril 1948.
[29] http://www.who.int/healthsystems/about/fr/ consulté le 3 avril 2016.

littérature s'interroge alors sur la meilleure façon de mesurer l'état de santé d'une population et la construction d'indicateurs pertinents permettant d'en rendre compte (Murray et Frenk, 2000 ; Ovretveit, 2001 ; Wendt, 2014 ; Wendt, et al., 2009). Pourtant, malgré l'existence d'une définition *a priori* consensuelle de la bonne santé, sa caractérisation effective reste en débat[30].

Ceci n'empêche toutefois pas la réalisation de comparaisons des systèmes de santé au regard de leur capacité à produire de la bonne santé et de l'efficience du système. Deux grandes approches coexistent : une approche relativement simple proposée par l'OMS et applicable à un grand nombre de pays et une approche plus complexe, développée récemment par l'OCDE mais pour un champ restreint de Pays. Il ne s'agit pas pour notre analyse de retenir les modalités d'évaluation mais de comprendre la construction des indicateurs. Nous présentons successivement l'approche de l'OMS puis celle de l'OCDE.

L'évaluation et le classement des systèmes de santé réalisés par l'OMS, qui serviront par la suite de supports privilégiés dans la littérature, reposent sur deux groupes d'indicateurs. Le premier constitue une évaluation de la bonne santé d'une population (indicateurs de niveau général de santé et de distribution de la santé dans la population) et le second repose sur la mesure des dépenses de santé (indicateur de répartition de la contribution financière). Les comparaisons des systèmes de santé réalisées par l'OMS sont ainsi établies au regard de deux éléments : les niveaux de bonne santé et de dépenses de santé. Pourtant, nous avons mis en évidence que l'OMS définit un système de santé comme intégrant davantage d'éléments, en particulier les producteurs de soins, mais aussi des organisations et institutions. Ces critères disparaissent des modalités de comparaison des systèmes de santé, qui sont évalués en termes de bonne santé et des engagements monétaires contreparties de la production de santé.

Les travaux de l'OCDE, quant à eux, reposent sur une définition plus large de la bonne santé que celle retenue par l'OMS. En effet, dans sa mesure de la performance d'un système de santé, l'OCDE intègre dix indicateurs médicaux et dix indicateurs non médicaux de mesure de l'état de santé (Paris, et al., 2010). Ces indicateurs diffèrent de ceux retenus par l'OMS pour définir la bonne santé. Par ailleurs, quinze indicateurs de qualité des soins, sept d'accès aux soins et sept de coûts et de dépenses de santé intègrent également la mesure de la performance des systèmes. Les ressources humaines et les activités de soins sont également mesurées pour construire la comparaison (OCDE, 2013).

[30] La bonne santé ne résulte pas seulement du système de santé lui-même, mais aussi d'un ensemble de facteurs environnementaux, lié à l'alimentation, à l'éducation, *etc.* (Joumard, et al., 2008)

L'OCDE cherche alors à relier la performance d'un système de santé aux caractéristiques institutionnelles propres à chaque pays, afin de tenter de dégager un type d'institutions qui serait plus à même de soutenir la performance du système. Les travaux de l'OCDE se rapprochent donc davantage d'une analyse de la configuration institutionnelle du système. La classification des systèmes en fonction de leurs institutions, proposée par l'OCDE, repose sur une dimension principale : l'organisation du système de santé y est réglée soit par le marché, soit de façon hiérarchique à travers une organisation largement publique. L'OCDE intègre également les modalités assurantielles de couverture des frais de santé, ainsi que la liberté de choix du patient en rendant compte de la force des pratiques de *gatekeeping*.

Pour rendre compte de la performance d'un système de santé, l'OCDE met en perspective les différentes configurations institutionnelles des systèmes avec leurs capacités respectives à produire de la bonne santé. Il apparaît néanmoins que les pays les plus performants ne relèvent pas des mêmes configurations institutionnelles. Dans chaque idéal-type de configuration se trouvent des pays efficients et des pays qui le sont moins. Il n'existe donc pas un modèle organisationnel de performance unique, mais *a contrario*, un nombre important de facteurs externes qui explique les résultats de chaque pays. Ce résultat suggère de tenir compte d'un ensemble de variables institutionnelles intrinsèques, qui a une incidence directe sur le fonctionnement du système et dont l'évolution est confrontée à un degré de dépendance au sentier variable selon les systèmes (André, 2015 ; Palier et Bonoli, 1999). Ainsi, cette typologie, axée sur des composantes institutionnelles des systèmes de santé, suggère que la convergence vers un modèle unique de performance est un argument à nuancer et qu'au contraire, la diversité institutionnelle doit être intégrée dans la perspective d'une caractérisation du système de télémédecine. Cette diversité est caractéristique des différents systèmes de santé. Les pratiques de télémédecine peuvent ainsi s'inscrire dans des environnements variables, dont l'influence sur la pratique doit être caractérisée.

Les comparaisons des systèmes de santé réalisées par l'OMS et l'OCDE ne caractérisent donc pas le système de santé de la même façon. Si les deux comparaisons coexistent et apportent des éléments de caractérisation des systèmes de santé, elles ne sont toutefois pas comparables. Non seulement parce qu'elles mesurent la bonne santé différemment, mais surtout parce que les éléments retenus pour caractériser le système diffèrent. Elles nous enseignent toutefois que la caractérisation du système peut être réalisée à partir du moment où deux éléments sont réunis : (i) une définition de l'objet que l'on cherche à comparer est précisément donnée, (ii) le champ du système dans lequel cet objet s'insère est

clairement délimité. Forts de ces enseignements, nous proposons dans la section suivante de définir le système de télémédecine.

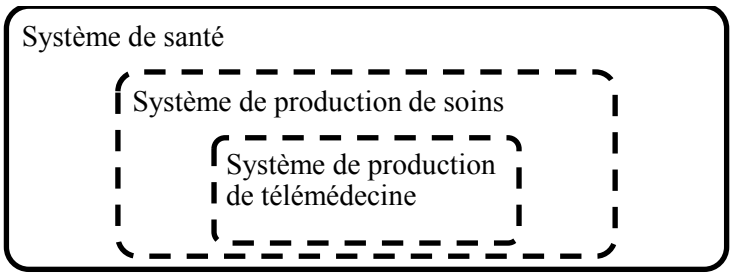
2.4. Caractérisation du système de télémédecine

La caractérisation du système de télémédecine est réalisée en deux temps. Nous spécifions dans un premier temps la place qu'occupe la télémédecine au sein des systèmes de santé (2.4.1) puis nous décrivons les éléments constitutifs du système productif de télémédecine (2.4.2).

2.4.1. La place de la télémédecine dans le système de santé

À la lumière des enseignements croisés des méthodologies de caractérisation des systèmes de santé et des travaux de la théorie de la régulation, nous retenons qu'il est nécessaire de définir l'objet tel que nous comptons l'étudier et de préciser les éléments de son environnement qui paraissent indispensables à son étude. Nous décidons de retenir comme conception de la télémédecine qu'il s'agit d'une pratique médicale à distance, réalisée au moyen de TIC, rejoignant en ce sens la définition de la télémédecine donnée par l'OMS (OMS, 1997, p. 10). La télémédecine s'insère ainsi dans le système de soins, lui-même inscrit dans le système de santé (*Cf.* figure 4 ci-dessous). La production d'un système de santé est évaluée au regard de sa capacité à produire de la bonne santé. Le système de soins contribue à cette production de bonne santé. La télémédecine, en tant que composante du système de soins, contribue également à produire de la bonne santé.

Figure 4 - La télémédecine comme élément du système de soins et de santé



Les analyses des systèmes de santé (*Cf. supra* p. 66) contribuent à décrire l'environnement du système de soins. L'environnement du système est ici conçu comme un

sur-système. L'approche de l'OMS reste focalisée sur ce niveau de système tandis que celle de l'OCDE, dans sa perspective institutionnelle se rapproche de la caractérisation du sous-système de soins. En effet, l'OCDE s'intéresse aux modalités de coordination entre producteurs de soins et patients en vue de la réalisation (ou non) de soins.

La définition du système de production de télémédecine suppose alors de caractériser au préalable non seulement les éléments qui interviennent dans la production de soins par télémédecine, mais également leurs différenciations et leurs articulations avec le système de soins classiques, celles-ci pouvant être une source de freins ou une force, comme souvent pointé dans la littérature (Nelson, 2008 ; Simon et Acker, 2008 ; Syntec Numerique, 2011). Il est nécessaire de prendre en compte le niveau de complémentarité entre les éléments institutionnels constitutifs de la configuration institutionnelle. Au-delà des institutions des systèmes de soins et de santé, nous cherchons à présent à caractériser celles qui s'apparentent directement au système de télémédecine.

2.4.2. Le système productif de télémédecine

Contrairement à la production usuelle de soins décrite dans le cadre du colloque singulier, la télémédecine ne nécessite pas que le patient et le professionnel médical se situent dans un même lieu. Les TIC permettent en effet de relier un site requérant, où se situe le patient et un site requis, où se situe le producteur de soins expert sollicité. Le site requérant peut être, selon les configurations et le type d'acte de soins considéré, le domicile du patient, un centre de santé de petite taille (hôpital rural, établissement médicalisé pour personnes âgées), ou un autre type d'établissement équipé dans cette optique. Le site requis consiste généralement en un hôpital de taille importante, où se situent des médecins experts du domaine, ou tout simplement, des médecins qui ne sont pas présents sur le lieu requérant. Le site requis assure donc à la fois des formes de soins « traditionnels » et des soins par télémédecine. Il est donc une composante à part entière du système de soins.

La mise en relation de ces lieux de consommation et de production de soins s'effectue au moyen de technologies matérielles et logicielles dédiées (nécessitant éventuellement une accréditation particulière) ou non (ordinateur, logiciel de visioconférence de type *Skype*). La production de soins par télémédecine peut également reposer sur des solutions spécifiquement dédiées et qui permettent de mesurer les constantes des patients (ex : pèse-personne connecté qui, outre la pesée du patient, permet la mesure et la transmission d'un ensemble de données médicales au site requis). Au regard de la production, outre les professionnels de santé et les

patients, deux autres facteurs sont à intégrer dans la production de la télémédecine. Il s'agit (i) des fabricants de logiciels et de matériels informatiques qui permettent la communication entre les sites requis et requérant et (ii) des infrastructures à même de supporter l'échange de données (réseau internet, couverture par des réseaux de téléphonie 3G, 4G). Les producteurs de logiciels et les infrastructures d'échanges de données sont un élément du système de télémédecine qui ne se trouve pas nécessairement de façon aussi forte dans le système de soins « classiques ».

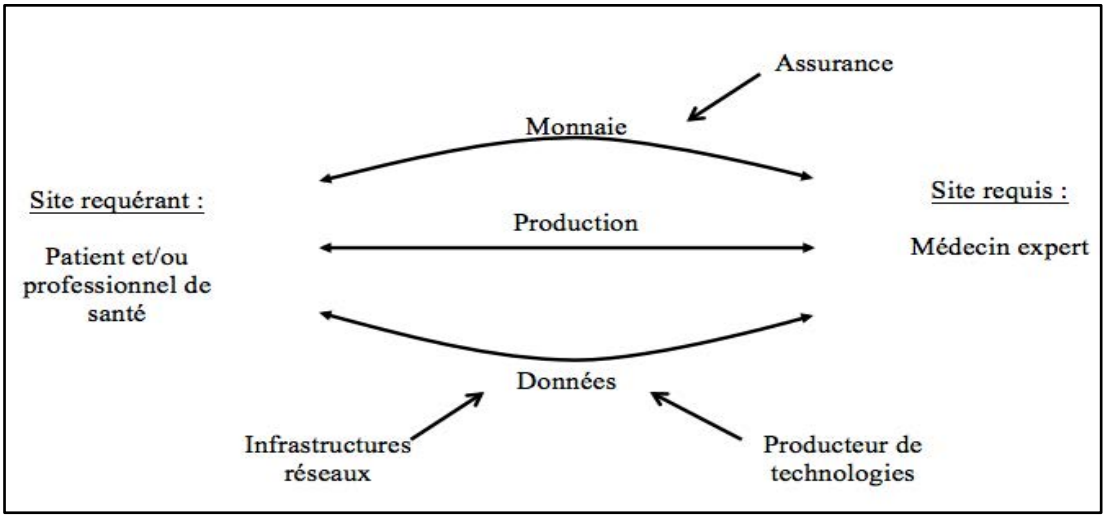
Cependant, si les TIC permettent de relier des lieux différents en vue de la production de soins, ces lieux peuvent relever de réglementations différentes quant aux conditions d'exercice de la médecine (formation, validité de la licence, etc.) définies par le système de soins. L'analyse de système de télémédecine nécessite ainsi de rendre compte d'éventuelles contradictions, entre des réglementations localement ancrées et une pratique dématérialisée, qui pourraient constituer un frein à la pratique.

Enfin, la production de biens et services est usuellement conditionnée à un échange de flux monétaires. Ces flux peuvent avoir lieu directement entre le patient et le producteur de soins (échange direct). Toutefois, les dépenses induites par la consommation de soins font le plus souvent intervenir des tiers assurantiels, publics ou privés, qui vont définir des modalités de paiement (ou de non-paiement) au producteur. Cependant, la télémédecine, en reliant deux sites de soins modifie les conditions de production puisque sont introduits deux lieux de production de soins. Il s'agit alors de savoir comment se dirigent les flux monétaires dans ces conditions. Autrement dit, vers quels lieux et quels acteurs du processus de production circulent les flux monétaires ? Et selon quelles modalités de répartition ? Lorsque le lieu requérant est le domicile du patient, cela ne semble pas poser problème puisqu'il ne serait pas logique de transférer des flux monétaires vers le consommateur (à moins que ces flux ne soient destinés à être basculés vers le producteur et que le patient agisse comme un tiers du tiers payeur, par exemple, dans le cas français, le patient avance souvent les frais liés à sa prise en charge médicale avant remboursement par l'assureur).

Mais la pratique de la télémédecine peut également impliquer deux centres de soins, mobilisant plusieurs des professionnels de santé rattachés séparément à chacun de ces centres. Quelle est alors la répartition des flux monétaires liés à la pratique ? Est-ce que les flux monétaires sont équitablement répartis entre les deux centres ? Est-ce qu'ils ne bénéficient qu'à un seul des centres ? Et dans ce cas, lequel ? Celui où a lieu la consommation (où se situe le patient) ou bien celui où se situe le professionnel expert ? La répartition des flux monétaires

liés à la télémédecine est conditionnée aux choix effectués par le tiers assurantiel pour son territoire d'action (pays, État, *etc.*). La répartition des flux monétaires de la production de télémédecine retenue aura des conséquences sur les rémunérations des professionnels de santé. Ces conséquences seront variables selon les modalités de rémunération des professionnels. Il n'y aura pas d'incidence dans le cas d'un médecin salarié, alors que dans le cas d'une rémunération à l'acte, l'incidence sera forte, et peut constituer un frein important à la pratique lorsque l'acte nécessite la participation du professionnel, mais que celui-ci n'est pas rémunéré à cet effet. En lien avec les flux monétaires comme contrepartie à la production, la formation des revenus des établissements et professionnels de santé est à caractériser comme constitutive de l'environnement du système de télémédecine (*Cf.* figure 5).

Figure 5 – L'organisation du système productif de la télémédecine



En tant que forme de production de soins institutionnalisée, le système de télémédecine interagit fortement avec son environnement. La caractérisation du système de la télémédecine implique alors de définir son articulation avec son environnement, tant du point de vue organisationnel et institutionnel que du point de vue des conditions de production, d'échange et de consommation. Les approches régulationnistes, développées au niveau méso (Boyer, 1990 ; Gallois, 2012 ; Gallois et Nieddu, 2015 ; Nieddu, 1998), sont familières d'une séparation, dans l'analyse d'une organisation, entre les éléments institutionnels et les dynamiques socio-économiques. Cette séparation analytique permet de discuter la cohérence de ces deux types d'éléments du système et de mettre en évidence les complémentarités ou au contraire les disparités entre les éléments (Boyer et Saillard, 2002 (1995)). En effet, les travaux régulationnistes mettent en évidence que le cadre institutionnel conditionne (au moins

partiellement) les dynamiques socio-économiques, en constituant des freins ou des opportunités, ces dynamiques influençant elles-mêmes les institutions. Il est possible de s'en inspirer pour représenter les éléments du système de télémédecine et l'imbrication du système de télémédecine dans le système de soins (*Cf.* Figure 6).

Figure 6 – Caractérisation du système de télémédecine

Dispositifs institutionnels	Logiques socio-économiques
Normes de production : - Réglementation de l'exercice de la télémédecine ; partiellement induites par les réglementations liées à l'exercice de la médecine **Organisation technique et sociale de la production** : - Organisation de l'offre entre sites requérants, sites requis et répartition sur le territoire ; découlant entre autres de la répartition des centres de santé sur le territoire - Forme de coordination des différents lieux de soins, organisation de la division du travail entre les différents types d'offreurs de soins **Conditions de rémunérations des producteurs de soins** : - Modalités de paiement des centres de soins, - Modalités de rémunération des médecins : capitation/salariat/acte **Politique de santé / politique de télémédecine**	**Logique de production :** - Qu'est-ce qui est produit ? Comment et dans quelles quantités ? **Logique d'échange :** Coordination médecins-patients et flux monétaires : - Les flux monétaires destinés à la rémunération des médecins passent-ils par les patients ou bien les médecins sont-ils directement rémunérés par un système de santé intégré public ou privé ? - Les dispositifs qui réglementent le système de soins sont-ils un frein à la télémédecine ? **Logique de consommation :** Consommation de soins soutenue par le type de couverture assurantielle, la consommation de télémédecine serait liée à la couverture assurantielle de ce type de pratiques. La pratique de la télémédecine serait sous-tendue par des difficultés d'accès aux soins classiques - Contrainte géographique (caractère de ruralité/de distance d'accès aux soins) - Contrainte en termes d'infrastructures

La télémédecine est supposée contribuer à la performance du système de santé et ce, dans une optique pluridimensionnelle de la performance qui intègre à la fois la production de bonne santé, l'équité d'accès aux soins et l'efficience de la pratique (relativement aux pratiques conventionnelles). Il importe alors de regarder si le système de télémédecine tel que modélisé *supra* est performant dans sa globalité, afin de soutenir la performance et l'efficience des systèmes de santé et de soins. Dit autrement, il est attendu par la littérature que la télémédecine contribue à réguler la performance des systèmes de santé (*via* les systèmes de soins). La télémédecine y est alors perçue comme un dispositif de production à même de répondre à la différenciation des systèmes de soins, en particulier à leur différenciation spatiale, lorsque les inégalités d'accès aux soins sont liées à des distances. Dès lors, la production de télémédecine est encadrée (ou non) par la présence de dispositifs dédiés

qui peuvent prendre en partie la forme de politiques de télémédecine ou encore de textes juridiques. Elle s'insère dans le système de soins qui en constitue l'environnement direct et doit également être caractérisée, les deux sous-systèmes n'étant pas autonomes, puisque le système de télémédecine constitue un sous-système du système de soins.

Nous venons de caractériser les éléments du système de production de télémédecine. Nous avons mis en évidence que cela nécessite de rendre compte : (i) des dispositifs institutionnels rattachés explicitement à la télémédecine en lien avec ceux destinés à la production de soins et (ii) des logiques socio-économiques de la télémédecine (logiques de production, d'échange et de consommation). Enfin, c'est à travers l'articulation entre les dispositifs institutionnels et les logiques socio-économiques, que le sous-système de télémédecine peut, par son efficience, contribuer à réguler la performance des systèmes de santé (iii). En étudiant de façon isolée uniquement l'acte de soin, il n'est donc pas possible de rendre compte de la contribution de la télémédecine à la performance du système de santé. De la même façon, sans cet effort de caractérisation, il n'est pas possible de mettre en évidence l'interdépendance avec les institutions du système et de son environnement. Cette interdépendance étant pourtant à l'origine des forces et des faiblesses du système. Nous venons de présenter la construction théorique de la configuration institutionnelle de la télémédecine, il convient à présent de la rendre opérationnelle afin d'identifier précisément les forces et faiblesses des systèmes.

3. La configuration institutionnelle, outil de lecture des forces et faiblesses des systèmes de télémédecine

Nous venons de mettre en évidence qu'étudier la télémédecine ne peut pas se résumer à la définition de l'acte médical. Pour comprendre le fonctionnement des systèmes de télémédecine, il est nécessaire de les analyser dans leur globalité, ce qui inclut non seulement les différents acteurs qui interviennent dans le processus de production, y compris les acteurs institutionnels, mais également les éléments de l'environnement du système qui interagissent avec lui. À partir de ces enseignements, nous construisons une grille analytique des systèmes de télémédecine dont l'objectif est de mettre en évidence les forces et faiblesses des différentes organisations.

La littérature suggère l'existence d'un modèle clé en main de système performant. Notre hypothèse est, qu'au contraire, de la même manière qu'il existe des systèmes de santé

performants qui relèvent de diverses configurations institutionnelles (*Cf. supra* p. 68), la performance des systèmes de télémédecine ne peut pas être rattachée à un modèle type. La grille analytique que nous avons construite doit permettre d'identifier les caractéristiques des différents modèles et le rôle que joue la politique de télémédecine dans le niveau de performance. Nous pourrons alors valider ou rejeter notre hypothèse et définir si la politique de télémédecine tient un rôle prédominant dans le niveau de développement de la pratique.

Pour ce faire, nous détaillons dans un premier temps, la construction de la grille analytique des systèmes de télémédecine (3.1). Dans un second temps, nous présentons les enseignements tirés de cette grille et nous précisons l'orientation de nos recherches pour expliquer le niveau de développement en France (3.2).

3.1. Construction d'une grille analytique des systèmes de télémédecine

La construction de la grille analytique des systèmes de télémédecine peut être décomposée en cinq étapes. La première étape est la présentation des sources de données disponibles pour la construction (3.1.1). La deuxième est la présentation de la méthodologie de la revue de la littérature mobilisée pour la construction (3.1.2). La mise en évidence des enseignements de cette revue de la littérature représente les deux étapes suivantes : la littérature met en évidence le fait que la télémédecine est une affaire politique (3.1.3) et que différentes méthodes coexistent pour évaluer le niveau de développement de la télémédecine au sein d'un pays (3.1.4). À partir de ces enseignements il est ensuite possible de procéder à la construction de la grille analytique des systèmes de télémédecine (3.1.5).

3.1.1. Présentation des sources de données

Pour analyser effectivement les systèmes de télémédecine et leurs environnements, tels que nous les avons définis, il apparaît nécessaire de construire une base de données dédiée. L'objectif de cette section est d'examiner les sources de données existantes. Trois d'entre elles peuvent être mobilisés pour construire cette base de données. La première source est la base de données de l'OCDE sur les systèmes de santé que nous avons mobilisée dans la partie précédente (Paris, et al., 2010) La deuxième source est une enquête OMS sur la télémédecine (OMS, 2010a) et la troisième est une revue de la littérature réalisée à partir des principales revues dédiées à la télémédecine. Nous avons précédemment réalisé une revue de la littérature

économique afin d'étudier la considération des caractéristiques institutionnelles dans la littérature. Il en est ressorti que cette littérature était peu opérante. Cette fois, nous consultons la littérature dédiée à la télémédecine et cherchons à reconstruire des indicateurs de développement fournis à partir de cette littérature. Il convient de présenter de façon détaillée ces trois sources.

La base de données de l'OCDE propose une description des systèmes de santé pour les pays membres (Paris, et al., 2010). Ces données permettent de caractériser l'organisation institutionnelle du système de soins pour les éléments dont nous avons pointés les interactions avec le système de télémédecine. Elles renseignent en effet, pour 29 pays membres de l'OCDE, les modalités de couverture assurantielle des dépenses de santé, les modalités de régulation de l'offre de soins, les modalités de rémunération des prestataires de soins. L'organisme propose également une base de données[31], régulièrement actualisée, sur la santé, qui permet de rendre compte la production du système de soins. La production est estimée d'une part à travers des indicateurs génériques comme les dépenses de santé, mais aussi au regard de l'offre de soins existante par pays (densité de médecins, lits d'hôpitaux, etc.). La base intègre même des données relatives à l'activité médicale (nombre de consultations, durée moyenne de séjour hospitalier). La base n'intègre toutefois pas de donnée liée à la télémédecine.

La deuxième source de données est une enquête réalisée en 2009 dans le cadre de l'Observatoire de la *e-health* de l'OMS (OMS, 2010a). Le questionnaire, soumis à un groupe d'experts de chacun des pays membres, vise le recueil d'informations relatives à la fois aux pratiques et à l'environnement de la télémédecine. Elle interroge notamment les cadres juridique et éthique de la *e-health* ainsi que les actions mises en œuvre par la puissance publique dans les différents pays. L'OMS utilise dans l'enquête l'expression « actions fondatrices » pour décrire « *les mécanismes qui favoriseront la construction d'un environnement favorable à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (en santé)* » (introduction de la section 1 de l'enquête, p.7). Si la cible des actions fondatrices n'est pas précisée, l'intérêt porté à ces actions suggère que l'État, par son appareil législatif et réglementaire, peut agir sur l'environnement de la *e-health* et de la télémédecine. Un moyen d'action apparaît privilégié pour l'OMS : la mise en œuvre d'une

[31] http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm Consulté le 4 avril 2016.

politique nationale de *e-health* et de télémédecine, qui permet d'associer des moyens visant à soutenir le développement à la mise en adéquation du cadre juridique.

114 pays ont répondu à l'enquête. Afin de rendre cohérente nos sources de données, nous nous intéressons aux informations de l'enquête OMS renseignées pour les pays de l'OCDE, ce qui représente 26 pays. Parmi eux, 92 % ont, en 2009, mis en place une politique de *e-health*, et 42 % ont une politique dédiée à la télémédecine. La base de données suggère également des freins à l'efficacité des politiques de *e-health* et de télémédecine en interrogeant les critères organisationnels historiques de chaque système de santé. L'absence de cadre juridique (54 %) et une difficulté à concilier la pratique avec la culture organisationnelle du système de santé (42 %) constituent des sources de freins tenant à l'environnement institutionnel. D'autres formes de freins au développement sont identifiées : les coûts (50 %) et l'absence de demande (42 %).

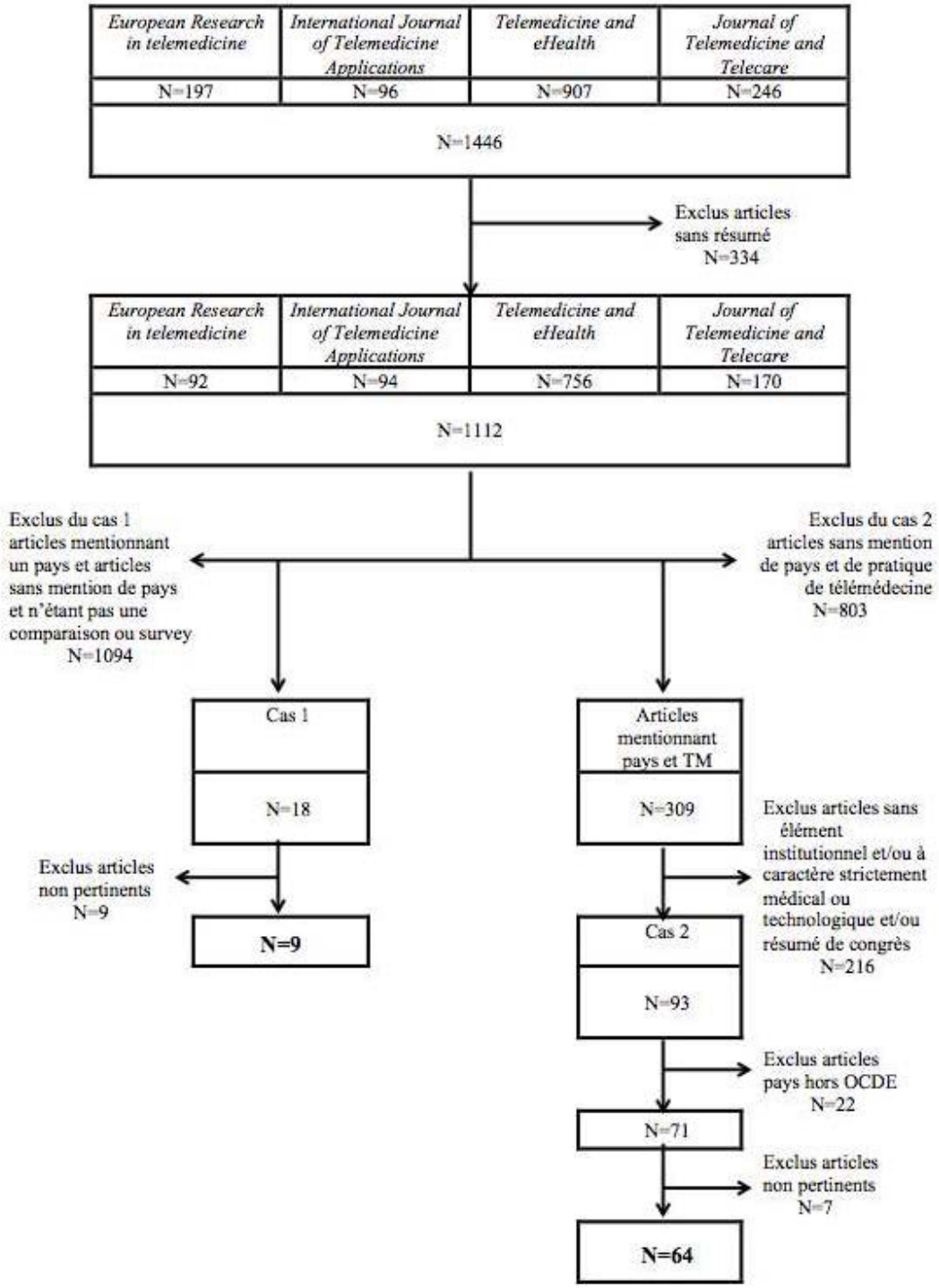
La troisième source de données est issue d'une revue de la littérature télémédicale à partir de revues dédiées afin de compléter les données de l'enquête OMS. En effet, la caractérisation de l'existence d'une politique publique, ou celle de freins, ne suffisent cependant pas à la compréhension du déploiement en plein essor dans certains pays et pas dans d'autres. Éclairer ce point nécessite de pouvoir documenter la production télémédicale et donc de disposer de données sur les actes réalisés dans le cadre de la télémédecine (de la même manière que l'on connaît les taux d'hospitalisation pour comparer les systèmes de santé). Il s'agit également de pouvoir décrire l'offre télémédicale, or l'enquête n'apporte pas d'information sur les équipements en télémédecine. La base de données issue de l'enquête OMS apparaît dès lors comme une première piste informationnelle riche d'enseignements mais non suffisante pour caractériser les forces et faiblesses des systèmes de télémédecine. L'analyse de la littérature disponible pour les pays de l'OCDE vise ainsi à identifier ce que chacun des pays considère comme étant un facteur ayant contribué au développement de la pratique (ex : les distances d'accès aux soins) et *a contrario*, ce que l'analyse de la configuration nationale identifie comme freins (ex : l'absence de cadre juridique).

3.1.2. Méthodologie de la revue de la littérature télémédicale

L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier des critères complémentaires à ceux de l'OCDE et de l'OMS et de constituer une base de données permettant de caractériser empiriquement les systèmes de télémédecine. Pour cela, l'ensemble des articles publiés dans

quatre revues de télémédecine a été recueilli : *European Journal of telemedicine* (Revue Européenne de Télémédecine) ; *International Journal of Telemedicine and Applications* ; *Journal of Telemedicine and Telecare* et *Telemedecine and eHealth*. Le recueil a été réalisé le 7 janvier 2016. Il couvre l'ensemble des articles de chaque revue publiés sur la période 2010-2015 (sauf *European research in Telemedicine* créée en 2012).

Figure 7 - Méthodologie de recensement des articles



1446 articles ont été collectés (*Cf.* figure. 7 *supra*). 334 ont été exclus car ils ne comportent pas de résumé et/ou consistent en un édito ou une présentation de poster. Parmi les 1112 articles restants, seuls ceux qui traitent spécifiquement de télémédecine, c'est à dire de pratique médicale à distance, ont été retenus. La discrimination des articles selon qu'ils réfèrent à de la télémédecine ou non est une étape délicate compte tenu de l'absence de convention internationale. Nous avons considéré que peut être qualifié d'article portant sur la télémédecine tout papier faisant référence à une pratique médicale à distance, c'est à dire tout article précisant la réalisation d'actes de télémédecine. Tous les articles ne traitant que les questions technologiques et médicales n'ont pas été retenus.

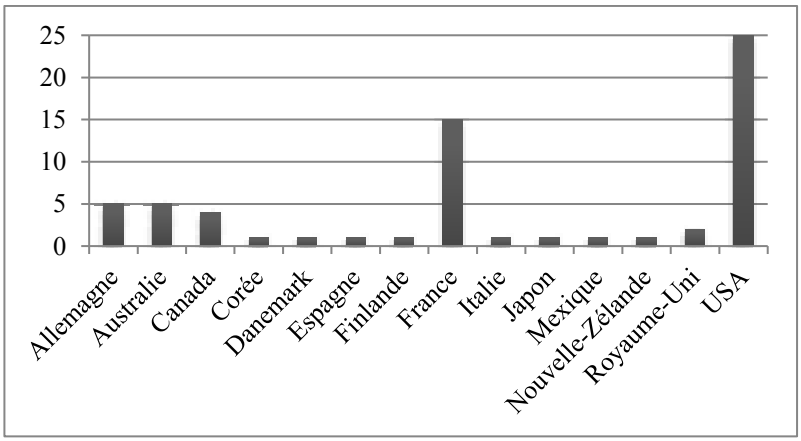
À partir des titres et résumés, les 1112 articles restants ont été discriminés en deux catégories. La première recense les articles que nous répertorions sous l'appellation Cas 1 et comprend 18 articles ayant pour objet la comparaison internationale de la télémédecine. Elle est composée d'articles qui traitent de la télémédecine, mais ne réfèrent pas à un pays. 9 ont été exclus après lecture car non pertinents. Le cas 1 intègre donc 9 articles. La seconde est composée d'articles que nous qualifions de Cas 2 et comprend 309 articles qui réfèrent à un territoire géographique précis (pays, état, province) et à la pratique de la télémédecine. Pour chacun de ces articles, la mobilisation des justifications usuelles de la télémédecine, c'est à dire les problématiques d'accès aux soins (démographie médicale) et celles liées aux conditions pathologiques des patients (prise en charge des maladies chroniques, des personnes âgées malades) a été renseignée. Enfin, la présence de références institutionnelles a été relevée. Cette présence a été reconstruite en référant à la présence ou non de normes, règles etc. pouvant guider les comportements des acteurs. Cette conception de la dimension institutionnelle inclut à la fois la réglementation (appliquée ou non), les normes (évaluation de la qualité), les dimensions organisationnelles, les caractéristiques identitaires, mais aussi, la présence d'une mise en perspective historique dans la mesure où celle-ci peut induire un phénomène de *path dependence*.

Tableau 3 - Répartition des articles du Cas 2

Articles relatifs à la télémédecine et à un ou plusieurs pays / Contenu de l'article	Oui	Non	% oui	TOTAL
Présence d'éléments institutionnels	105	204	34%	309
Présence d'éléments relatifs à des problématiques géographiques	86	223	28%	309
Présence d'éléments relatifs à la démographie médicale	32	277	10%	309

À partir des 309 articles analysés, ont été exclus ceux qui ne présentent aucune dimension institutionnelle et/ou dont l'objet d'analyse est purement médical ou technologique et/ou qui portent sur un résumé de congrès. Le Cas 2 comporte alors 93 références. Afin de proposer un cadre d'analyse comparable aux études menées sur la mise en œuvre de typologies des systèmes de santé, le champ est restreint aux pays membres de l'OCDE, soit 71 articles. Après lecture des articles, 7 se sont révélés non pertinents et ont été exclus. L'analyse du Cas 2 se concentre donc sur 64 articles portant sur 14 pays de l'OCDE (*Cf.* graphique 4).

Graphique 4 - Répartition par pays des articles du Cas 2



Il est possible de remarquer une sur-représentation de la France et des États-Unis dans la littérature recensée. Cela s'explique par la nationalité des revues spécialisées dans la télémédecine. Cette sur-représentation ne peut donc pas être interprétée en termes de niveaux de développement de la pratique. Les articles du Cas 1, ainsi que les indicateurs de l'OCDE et de l'OMS vont permettre de construire les indicateurs de la grille analytique et les articles du Cas 2 vont renseigner les informations de ces indicateurs.

3.1.3. Premiers enseignements de la littérature : le déploiement de la télémédecine, une affaire politique

Il s'agit dans cette section de tirer les enseignements de l'analyse des articles du Cas 1 afin de construire la grille analytique des systèmes de télémédecine. Cette grille sera composée d'indicateurs recensés dans les travaux de l'OCDE et de l'OMS auxquels s'ajouteront ceux mis en évidence dans les articles du cas 1 de notre revue de la littérature.

Les 9 articles du Cas 1 peuvent être distingués en trois catégories (*Cf.* tableau 4). Nous proposons de détailler successivement les indicateurs créés à partir de chacune de ces catégories.

Tableau 4 - Répartition des articles du Cas 1

	Évaluations des coûts	Comparaisons des politiques de télémédecine	Bibliométrie	TOTAL
Nb. d'articles	5	2	2	9

Nous analysons dans un premier temps les enseignements des évaluations de coûts. Dans cette catégorie, 5 articles proposent des revues de littérature relatives aux évaluations médico-économiques et à l'analyse de coûts. Ils constatent tous l'absence d'évaluation à même de démontrer l'efficacité économique de la télémédecine (Bergmo, 2010, 2012 ; Hilty, et al., 2013 ; Mistry, 2012 ; Mistry, et al., 2014). Deux approches coexistent : coût-efficacité et coûts-bénéfices. Pour comprendre les résultats actuels des évaluations menées, ces papiers recensent, à différentes échelles, les méthodologies existantes d'évaluation des projets de télémédecine afin de mettre en évidence leurs forces et faiblesses. Les méthodologies d'évaluation économiques ne sont pas centrales pour notre propos. Toutefois, ces articles font ressortir la prégnance du critère de l'efficience en termes monétaires. Les enseignements de cette littérature corroborent l'analyse que nous avons faite dans la première partie de ce chapitre. L'efficience est le principal critère institutionnel retenu pour caractériser la télémédecine. Pour en rendre compte, nous introduisons une catégorie de critères concernant l'efficience et le fait que celle-ci soit perçue ou non comme nécessaire au sein de notre grille analytique.

Nous analysons à présent les deux articles de comparaisons des politiques de télémédecine. Cette analyse vise à rendre compte des indicateurs qui y sont mobilisés, de la

méthodologie de construction de ces indicateurs et des éventuels liens entre eux. Au sein des articles de comparaisons des politiques de télémédecine, les indicateurs mobilisés sont nombreux et réfèrent à des critères d'ordres médical, social, démographique, éthique, politique, législatif, économique, environnemental et technique.

Achim Lang et Alexander Mertes (2011) analysent le rôle que jouent l'organisation politique et législative du pays, sa situation économique (PIB par habitant), l'utilisation des TIC et la politique de santé (dépenses de santé, publiques et privées, en % du PIB, nombre de médecins) dans la mise en œuvre des politiques de *e-health*[32] en Europe. Pour 24 pays européens, ils discriminent ceux ayant une politique de e-health (12) et ceux n'en ayant pas (12). À partir d'un modèle de régression linéaire multiple, ils mettent en évidence que seuls les facteurs politiques expliquent la différence entre les pays ayant mis en place une politique de *e-health* et ceux n'en ayant pas. La mise en place d'une politique de *e-health* semble ainsi indépendante des facteurs économiques, de santé et d'utilisation des TIC. La France fait partie des pays ayant une politique de télémédecine. Ce résultat est donc particulièrement intéressant. D'après ces auteurs, l'institutionnalisation de la pratique de la télémédecine ne repose significativement que sur des critères politiques. Les critères d'ordres médicaux, économiques et démographiques n'influencent pas l'orientation de la politique de télémédecine. Ainsi, d'après ces auteurs aucun élément de l'environnement ne permet d'expliquer ce qui différencie les pays ayant une politique de télémédecine de ceux n'en ayant pas. Seules des raisons politiques sont à l'origine de ce choix. Dès lors, la politique de télémédecine est un élément déterminant du système. D'un point de vue de la hiérarchie institutionnelle, la politique de télémédecine serait donc l'institution la plus déterminante de la configuration institutionnelle du système.

C'est pourquoi, nous décidons de créer une partie « cadre politique et législatif » dans notre grille analytique (*Cf. infra*, p. 86) où nous interrogeons l'existence d'une politique nationale ou régionale de télémédecine et l'existence d'un cadre législatif régional ou national entourant la pratique.

Hamid Moghaddasi et Reza Rabiei (2013) réalisent quant à eux une comparaison dans l'objectif de discriminer les pays selon leur taux d'utilisation de la *e-health*. Ici encore, le rôle du contexte politique et législatif est mis en évidence pour expliquer les raisons du développement de la télémédecine. Il semble que le poids de la politique de télémédecine dans l'architecture institutionnelle du système de télémédecine soit prépondérant. En effet,

[32] Les auteurs utilisent le terme *e-Health* pour designer de la télémédecine.

nous avons montré (*Cf. supra* p. 59) que les institutions composant l'environnement du système n'ont pas toutes le même poids dans la configuration. Au sein de l'organisation de télémédecine, il semble que les contextes politique et législatif influencent davantage les politiques de télémédecine que le contexte socio-médical. Le premier enseignement de la littérature télémédicale porte donc sur la place du politique dans l'environnement institutionnel du système de télémédecine. Toutefois, ce n'est pas le seul enseignement qu'il est possible de tirer. C'est ce qu'il convient d'approfondir.

3.1.4. Seconds enseignements de la littérature : les méthodologies d'évaluation du niveau de développement de la télémédecine

Au sein des articles du Cas 1, un autre enseignement peut être mis en évidence. La littérature propose différentes méthodologies d'évaluation des niveaux d'utilisation de la télémédecine et donc de son développement dans les pays considérés. Plusieurs méthodes pour définir le niveau de développement de la télémédecine ont été recensées. Si les méthodes et les résultats diffèrent fortement, leur point commun est de ne jamais citer la France parmi les pays moteurs de la télémédecine.

Hamid Moghaddasi et Reza Rabiei (2013) proposent un indicateur de mesure du taux d'utilisation de la e-health[33]. Pour cela ils agrègent trois groupes d'indicateurs : le niveau de santé, la capacité économique à soutenir le développement de la télémédecine et le potentiel des TIC. À partir de ces indicateurs, ils identifient par *proxy* les niveaux d'utilisation des différents pays. Les pays de l'OMS sont divisés en 4 groupes selon leur niveau de revenu et un tiers de chaque groupe a été retenu de façon aléatoire pour être étudié et comparé. Un score d'utilisation de la *e-health* a été attribué à chaque pays. Les pays ainsi considérés comme les plus utilisateurs de *e-health* sont l'Australie, le Royaume-Uni, l'Allemagne, les États-Unis, la Belgique, la Suède, les Pays-Bas, la Finlande et l'Espagne.

Enfin au sein du Cas 1, deux articles bibliométriques ont étés identifiés. Le premier confirme que les termes *telemedicine*, *telehealth* et *e-health* sont généralement utilisés comme synonymes dans la littérature (Fatehi et Wootton, 2012). Dans le second, A. Askari, et al. (2014) réalisent, à partir de deux revues : *Journal of Telemedicine and Telecare* et *Telemedicine and E-health,* une étude bibliométrique des projets de télémédecine qui sont les

[33] Nous rappelons que les auteurs utilisent le terme *e-health* pour parler de télémédecine.

plus cités. Ils identifient que les pays dont les expériences en télémédecine sont les plus citées sont les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et le Canada. Ils en déduisent qu'il est possible que ces pays soient ceux où le niveau de mise en œuvre de la télémédecine est le plus élevé. Ces pays diffèrent cependant de ceux que Hamid Moghaddasi et Reza Rabiei (2013) suggèrent comme ayant un haut niveau d'utilisation de la télémédecine.

Un article issu du Cas 2 suggère une autre liste de pays ayant de forts niveaux d'utilisation de la télémédecine. En effet, Patrick Kierkegaard (2015) indique que l'Union Européenne a identifié en son sein un ensemble de pays et régions moteurs en télémédecine. Il s'agit du Danemark, de la Suède, de l'Estonie et de l'Espagne, parmi lesquels le Danemark serait considéré comme leader dans le niveau de mise en œuvre.

Dans notre base (Cas 1 et Cas 2), 3 articles identifient donc des méthodologies pour mesurer le niveau d'utilisation fort/faible de télémédecine dans un pays. Néanmoins, il existe des divergences importantes entre eux tenant soit au champ, soit à la méthode d'analyse (*Cf.* tableau 5).

Tableau 5 - Définitions des pays moteurs de la pratique de télémédecine dans la littérature

	Pays cités comme moteurs	Méthode
Moghaddasi et Rabiei (2013)	Allemagne Australie Belgique Espagne États-Unis Finlande Pays-Bas Royaume-Uni Suède	Création d'un indicateur composite du niveau d'utilisation de la télémédecine à partir du niveau de santé, des capacités économiques et du potentiel des TIC
Askari, et al. (2014)	Australie Canada États-Unis Royaume-Uni	Détermination des pays les plus utilisateurs de la télémédecine à partir d'une étude bibliométrique, les pays les plus cités dans la littérature sont les plus grands utilisateurs de télémédecine
Kierkegaard (2015)	Danemark Espagne Estonie Suède	Recension des régions motrices réalisée par l'Union Européenne

L'analyse des articles du Cas 1 permet également d'identifier un ensemble de critères à même de compléter les données de l'enquête OMS. Outre la prise en compte des critères de justification usuelle (déserts médicaux, prise en charge des maladies chroniques, réduction des

inégalités de la qualité des prises en charge), des critères d'efficience et d'échelon territorial sont introduits. Des critères liés au financement de la télémédecine relatifs à l'investissement initial, ainsi que pour le remboursement des actes et leur prise en charge éventuelle par des assurances, sont également renseignés. Enfin, dans l'optique d'une démarche exploratoire, la grille recense la présence d'autres critères institutionnels éventuels ainsi que la présence dans la bibliographie des articles de références relatives à la législation ou à la politique de télémédecine dans le pays concerné. Il en résulte la grille analytique suivante.

3.1.5. La grille analytique des systèmes de télémédecine

Nous rappelons que l'objectif de cette grille analytique est de caractériser les systèmes de télémédecine de chaque territoire afin de mettre en évidence les éléments explicatifs du niveau de développement de la pratique et de définir in fine le rôle que joue la politique de télémédecine dans ce développement. Cette grille analytique a été construite à partir de l'étude de l'OCDE, de celle de l'OMS et des articles issus du Cas 1 de notre revue de la littérature télémédicale. Elle a ensuite été complétée avec les données du Cas 2. L'analyse porte sur 14 pays de l'OCDE pour lesquels les données étaient disponibles : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Italie, le Japon, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis.

Figure 8 - Grille analytique des systèmes de télémédecine

1. Identification pays
Pays
Région/Province/État
Nom du territoire
2. Caractéristiques des systèmes de santé
2.1. Dépense de santé par type de financeurs
% dépenses publiques (gouvernement)
% dépenses publiques (sécurité sociale)
% dépenses privées (reste à charge)
% dépenses privées (assurance privée)
2.2. Couverture des soins primaires
Nationale/locale/Multiple
2.3. Fournisseurs de soins
Mode d'exercice des médecins généralistes
Mode d'exercice des médecins spécialistes
Mode de rémunération des généralistes
Mode de rémunération des spécialistes
2.4. Patients
Mode d'accès aux soins (*gatekeeping*)
2.5. Coordination des soins
Programme de *disease management*
2.6. Niveau de décentralisation
Décentralisation du budget
Décentralisation des politiques de santé
3. Indicateurs de TM
3.1. Contexte
Densité médicale
Densité population
Démographie (âge)
Type de pathologie
Ruralité
3.2. Pratique usuelle
Type d'actes
Nombre de patients
Taux d'équipement
Autre
3.3. Cadre politique et législatif de la TM
Politique nationale
Politique régionale
Législation nationale
Législation régionale
Politique d'évaluation
Décentralisation de la politique

3.4. Couverture financière de l'équipement / investissement
Dépenses publiques
Dépenses privées
Autre
3.5. Type de couverture des soins
Assurance publique
Assurance sociale
Assurance privée
Autre
Niveau de couverture
3.6. Organisation
Statut des acteurs (libéral/salarié)
Modalités de rémunération des acteurs
Modalités de coordination
Partenariat public/privé
Transfert de tâches
3.7. Freins
Coûts
Manque de politique/règlementation
Organisation culturelle
Sous-développement des infrastructures
Manque de demande
Manque de normalisation
Manque de connaissance des applications
Manque d'expertise technique
Autre
3.8. Attente d'informations supplémentaires
Coûts et coûts-efficacité
Possibilités cliniques
Infrastructure
Évaluation
Cadre légal et éthique
Ressources humaines et perception
3.9. Efficience de la TM
Pratique efficiente
En recherche d'efficience

La première partie identifie le pays considéré. La deuxième partie se compose d'indicateurs qui renseignent les caractéristiques institutionnelles globales des systèmes de santé indépendamment de la démarche entreprise dans l'organisation de la télémédecine. Les informations recensées pour compléter les indicateurs sont issues de l'étude menée par l'OCDE en 2009 (Paris, et al., 2010), au sein de ses pays membres, afin de rendre compte de la diversité des systèmes de santé et de leurs caractéristiques en matière de mécanismes de

marché et de régulation. L'objectif de cette partie est de pouvoir comparer les critères institutionnels globaux des systèmes de santé avec les éléments institutionnels de télémédecine. Nous cherchons à mettre en évidence si des pays qui possèdent des caractéristiques similaires en termes de gouvernance, d'organisation et de mise en œuvre de la politique de santé ont également des éléments de similitude dans la structure de l'organisation de la pratique de la télémédecine.

Enfin, la troisième partie de la grille analytique est composée d'indicateurs en lien direct avec l'organisation nationale de la télémédecine. La construction des indicateurs de cette partie repose mutuellement sur les éléments présentés dans l'enquête (OMS, 2010a) et sur les éléments recensés par le biais de la lecture des articles sélectionnés dans notre revue de la littérature. Ces indicateurs permettent d'identifier les éléments de contexte, d'organisation, de justification, de difficultés et de mise en œuvre des dispositifs de télémédecine dans chaque pays considérés. Cette partie n'étant pas composée d'indicateurs pré-établis, nous détaillons sa constitution.

Cette partie est composée de neuf sous-catégories d'indicateurs. La première identifie les éléments de contextes mentionnés dans les articles qui justifient par pays la mise en œuvre des projets de télémédecine. Ceux-ci sont la démographie médicale, la densité de population, la démographie de la population, le type de pathologie et le territoire (ruralité). La deuxième recense les pratiques usuelles de la télémédecine et renseigne les types d'actes réalisés, la part des patients pris en charge comparativement à une prise en charge classique et le taux d'équipement (faible, moyen, élevé). La troisième catégorie d'indicateurs renvoie au cadre politique et renseigne l'existence d'une politique nationale et régionale de télémédecine, d'une législation nationale et régionale, de la mise en œuvre d'une évaluation des projets et si la décentralisation de la gouvernance de la télémédecine est mentionnée. Nous relevons dans chaque article si ces critères sont mentionnés. La quatrième catégorie recense les indicateurs en lien avec l'origine du financement des équipements et investissement de télémédecine. La cinquième sous-catégorie répertorie les types de couvertures des actes de télémédecine et le niveau de couverture. Pour les catégories quatre et cinq, nous recensons dans chaque article si la littérature aborde le sujet. La sixième catégorie renvoie aux modalités organisationnelles de la pratique de la télémédecine et renseigne les éléments en lien avec la participation de médecins libéraux, les modalités de rémunération, l'existence d'un coordinateur, l'existence de coordination entre les institutions publiques et privées, la délégation des tâches aux professions paramédicales. La septième catégorie présente les barrières de la mise en œuvre de la télémédecine. Elle recense les barrières à l'échelle nationale : les coûts de la pratique, le

manque de modalités de régulation de la pratique, les barrières culturelles, le manque d'infrastructures, le manque d'intérêt des professionnels concernés, le manque de normalisation à l'échelle nationale, le manque de connaissance des applications, le manque d'expertise technique. La huitième catégorie recense les indicateurs qui évoquent les informations manquantes nécessaires aux pays pour soutenir le développement de la télémédecine. Les coûts et l'efficacité, les possibilités cliniques, les infrastructures, l'évaluation, le cadre légal et éthique, la perception de la pratique et l'incidence sur les acteurs sont répertoriés dans cette catégorie. La neuvième sous-catégorie est composée d'indicateurs concernant l'efficience globale de la télémédecine. Il s'agit alors de recenser si les articles évoquent des projets efficients et si l'efficience de la pratique est considérée comme un élément indispensable à son existence. Cette grille a été complétée pour les 14 pays que nous avons retenus, il convient à présent d'en analyser les résultats.

3.2. Les enseignements de la grille analytique

Trois grands enseignements peuvent être tirés de la grille analytique des systèmes de télémédecine. Premièrement, bien que la littérature fournisse très peu d'informations sur les systèmes organisationnels de la télémédecine, la mise en évidence des pays moteurs de la télémédecine permet de comparer leurs caractéristiques en termes d'organisation du système de santé avec les autres pays. La comparaison des pays moteurs avec les autres permet de définir s'il existe des éléments de l'environnement du système de télémédecine qui favorisent le développement de la pratique (3.2.1). Le deuxième enseignement tiré de la grille concerne la perception des freins à la pratique. En effet, selon l'acteur du système, la perception des freins n'est pas la même. Les acteurs institutionnels citent les coûts et le manque d'efficience comme principaux freins à la pratique alors que les acteurs utilisateurs de la télémédecine évoquent la réglementation et les questions d'infrastructures pour justifier la faible utilisation (3.2.2). Enfin, la grille analytique permet de rendre compte de la prépondérance de la politique de télémédecine dans l'orientation du développement des systèmes de télémédecine (3.2.3).

3.2.1. Le système de télémédecine : une boîte noire organisationnelle

Les articles des revues télémédicales fournissent relativement peu d'informations sur les critères analytiques que nous avons retenus. En particulier il n'y a que très peu d'informations pour 6 pays : la Nouvelle-Zélande, l'Espagne, le Royaume-Uni, l'Italie, le Japon, la Corée, les 3 derniers n'ayant pas répondu à l'enquête de l'OMS. À l'exception de quelques articles relatifs aux États-Unis (et concernant seulement la *Veteran Health Administration*), les articles ne permettent pas non plus de recueillir des informations quant au niveau effectif de l'équipement ni au volume de soins prodigués. Il apparaît donc difficile de faire ressortir des informations pertinentes du croisement des parties 2 et 3 de la grille analytique. En effet, à partir des données recensées concernant la télémédecine, il ne nous est pas possible de réaliser une cartographie des éléments organisationnels explicatifs d'une plus grande utilisation de la télémédecine dans certains pays comparativement à d'autres.

Toutefois, nous pouvons tout de même examiner si des caractéristiques organisationnelles du système de santé en lui-même permettent d'expliquer la différenciation entre les pays fortement utilisateurs de télémédecine et les autres. Nous avons mis en évidence plus haut que des analyses du Cas 1 proposent une évaluation par *proxy* qui utilise des indicateurs indirectement liés à la télémédecine. Sans qu'il n'y ait de réelle convergence, trois articles identifient des pays moteurs. Afin de constituer un indicateur d'utilisation de la télémédecine nous avons défini comme pays utilisateurs l'ensemble des pays cités au moins une fois par ces articles.

Tableau 6 - Les pays moteurs de la télémédecine dans notre analyse

Pays considérés comme moteurs dans la littérature	Dont présents dans notre base	Pays non moteurs dans notre base
Allemagne	Allemagne	France
Australie	Australie	Italie
Belgique	Canada	Japon
Canada	Danemark	Corée
Danemark	Espagne	Mexique
Espagne	États-Unis	Nouvelle-Zélande
Estonie	Finlande	
États-Unis	Royaume-Uni	
Finlande		
Pays-Bas		
Royaume-Uni		
Suède		

Parmi les 14 pays de notre base, 8 apparaissent moteurs de la télémédecine tandis que 6 ne le seraient pas. Nous cherchons si les pays identifiés comme moteurs se distinguent des autres en termes d'organisation du système de santé. Pour cela nous interrogeons les indicateurs de la partie 2 et 3.1 de la grille.

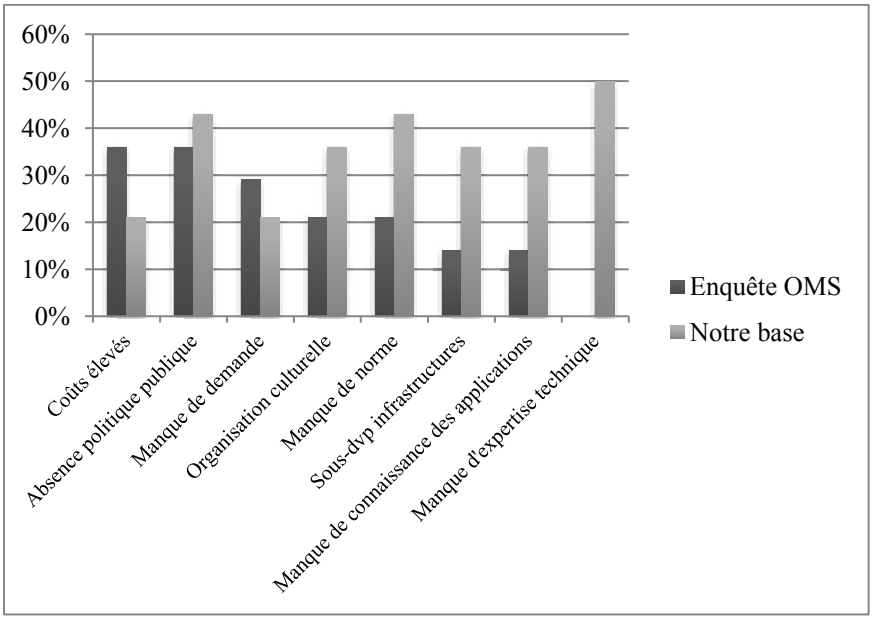
Le premier résultat est que les pays désignés comme moteurs n'affichent pas de caractéristiques particulières significatives comparativement aux autres. Si tous les pays moteurs affichent une densité de médecins faible (argument usuel pour justifier la mise en place de la télémédecine), c'est également le cas pour des pays non moteurs. Certains pays non moteurs affichent même une densité très faible. C'est le cas pour la Corée et le Mexique avec une densité de médecins inférieure à 2 pour 1 000 habitants. Il en va de même pour la ruralité. Les pays moteurs de la télémédecine comptent certes en leur sein les pays les plus ruraux de la base de données (Canada, Finlande, Australie), mais également les pays les moins ruraux (Royaume-Uni et Allemagne). Au sein des pays non moteurs, certains pays affichent une ruralité plus importante que les pays moteurs (Mexique, Corée). Les informations recensées ne nous permettent pas de discriminer les pays selon les pathologies traitées. Nous détaillons à présents les caractéristiques des systèmes de santé des pays moteurs de la télémédecine comparativement aux autres. Les modalités de financement du système de santé ne permettent pas de discriminer les pays moteurs. Il en va de même pour l'organisation de l'offre et de la demande. Il n'est pas possible de discriminer les pays moteurs des autres. Dans tous les cas, les éléments de justification usuelle de la télémédecine caractérisent autant les pays moteurs que les autres.

En revanche, tous les pays dont les politiques de santé (gouvernance et gestion financière) sont menées à l'échelle locale et non nationale font partie des pays moteurs de la télémédecine. Dans notre base, il n'existe pas de pays dont l'échelle de gouvernance principale soit locale, qui ne soit pas moteur de la télémédecine. L'échelle de gouvernance semble donc jouer un rôle dans la mise en œuvre du déploiement de la télémédecine. Ce résultat s'inscrit donc dans la continuité des informations relevées précédemment. Les explications d'ordres politiques sont celles qui permettent d'expliquer le plus les raisons du déploiement de la télémédecine. Les autres caractéristiques du système de santé ne permettent pas de discriminer les pays moteurs des autres. Nous cherchons à présent si les caractéristiques propres à l'organisation de la télémédecine peuvent expliquer les différences de développement de la télémédecine entre les pays.

3.2.2. Les besoins et réserves des acteurs de la télémédecine

L'objectif de cette section est d'analyser les résultats de la grille analytique concernant les modalités organisationnelles de la télémédecine exclusivement. Les informations fournies dans la partie 3 de la grille proviennent de la littérature télémédicale et expriment le point de vue des utilisateurs de télémédecine, qui disposent d'une connaissance forte de l'environnement institutionnel dans lequel ils s'inscrivent. Les freins et besoins exprimés sont ainsi ceux qui sont ressentis concrètement par les acteurs de la télémédecine. L'objectif de cette section est ainsi de comparer les besoins et les freins identifiés par les acteurs à ceux recensés par l'enquête OMS (OMS, 2010a), qui s'adressait à des panels d'experts institutionnels[34], non nécessairement acteurs de la télémédecine, et peuvent donc avoir un rapport différent aux besoins et freins relatifs au développement de la télémédecine. La construction de la base permettant d'identifier l'existence de politiques locales de télémédecine, une attention particulière sera apportée à discuter du rôle des politiques de télémédecine, compte tenu des résultats précédents. Nous cherchons s'il existe une différence de perception entre les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain de la télémédecine.

Graphique 5 - Distinction des freins au développement de la télémédecine identifiés par l'OMS et notre étude



Lecture : Pour les 14 pays étudiés, nous avons comparé les résultats agrégés de l'enquête OMS (acteurs institutionnels de la télémédecine) et ceux de notre revue de la littérature (acteurs de terrain de la télémédecine).

[34] Pour chaque pays, l'enquête OMS a été complétée par des experts dont l'identité n'a pas été révélée, toutefois, ces experts appartiennent aux organisations gouvernementales de chaque pays. Ils ne sont donc pas des utilisateurs ou acteurs directs de la télémédecine. Leur avis représente donc celui de la puissance publique et non la perception des acteurs de la télémédecine en tant qu'utilisateurs.

Ainsi, d'après l'OMS, plus de 35 % de ces pays identifient les coûts trop élevés comme frein à la pratique de la télémédecine contre à peine plus de 20 % d'après notre base.

Deux types de freins sont perçus comme plus prégnants par les acteurs institutionnels (OMS) que par les acteurs de terrain. Il s'agit des freins liés aux coûts de la pratique et de l'équipement d'une part et des freins liés à un manque de demande. Les utilisateurs de la télémédecine ne perçoivent donc que peu le coût comme un frein et ne rencontrent pas de manque de demande de la part des praticiens avec lesquels ils travaillent. Cependant, ce résultat peut aussi tenir à un biais lié à notre base qui retient les travaux de la communauté académique engagée dans la télémédecine. Les freins financiers peuvent ne pas apparaître dans la littérature car ils ont étés levés. De la même manière, le manque de demande peut ne pas apparaître car ce frein aurait aussi pu être levé. Dans cette perspective, il serait intéressant de voir comment ces freins ont pu être levés. De façon générale, cette information n'apparaît pas dans la littérature. Toutefois, il existe des guides méthodologiques à la mise en place de la télémédecine (Joseph, et al., 2011) qui peuvent apporter des réponses quant à la manière de lever les freins liés au coût et à la demande.

À l'opposé, un ensemble de freins avait été identifié comme faible par l'enquête OMS mais se révèle davantage contraignant dans la littérature. Il s'agit des freins liés à la culture organisationnelle, au manque d'infrastructures, au manque de connaissance des applications et au manque d'expertise technique. Ces freins peuvent être ressentis plus fortement lors de la mise en œuvre de la pratique, il s'agit alors de freins qui se révèlent une fois la pratique en place. Ils restent néanmoins importants dans la mesure où ils peuvent venir limiter le déploiement.

Enfin, le manque de réglementation et l'absence de politique de télémédecine ressortent de façon assez similaire selon les deux sources de données, étant considérés dans les deux cas comme un frein au déploiement. L'analyse de la littérature a permis d'identifier la mise en œuvre d'une politique nationale de télémédecine, celle de la France, qui n'existait pas lors de l'enquête OMS en 2009.

L'analyse a permis de recueillir des données quant à la présence de politiques régionales de télémédecine. Il y est fait référence en Australie, au Canada, en Espagne et aux États-Unis. Il s'agit de pays où les politiques de santé sont essentiellement développées au niveau des régions, états ou provinces. Le niveau des politiques de télémédecine apparaît alors cohérent avec l'organisation du système de santé de ces pays. Cependant, la présence de

politique dans une région ne signifie pas que des politiques de télémédecine couvrent l'ensemble du territoire national considéré, ni que ces politiques infra-nationales sont cohérentes entre-elles au sein d'un même pays. En France, il coexiste une politique nationale et une politique régionale de télémédecine. En effet, si de grandes lignes sont données à l'échelon national, la mise en œuvre pratique relève du niveau régional, si bien que les deux niveaux de politiques peuvent coexister.

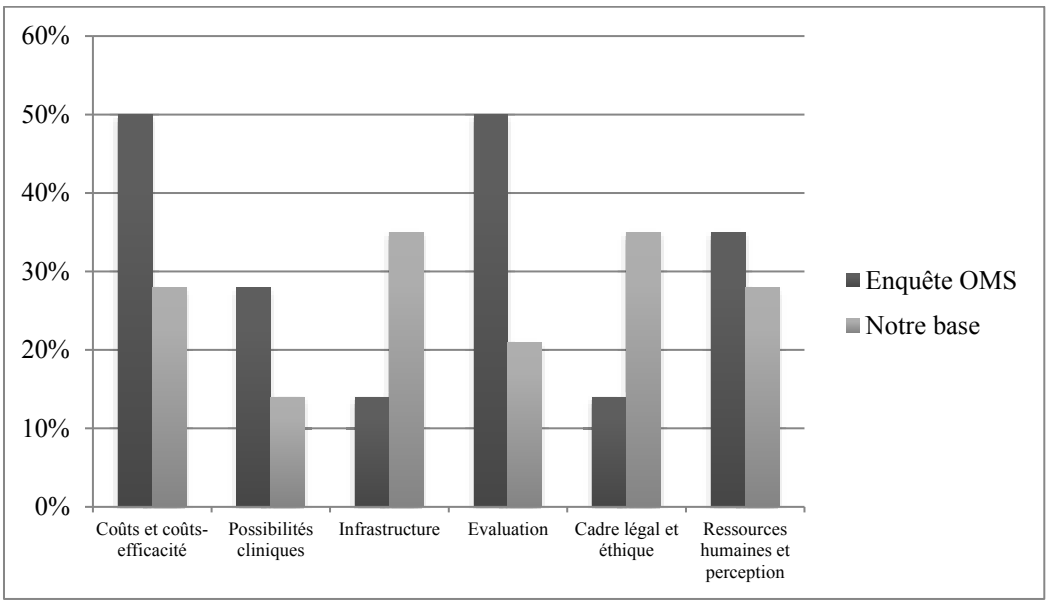
Tableau 7 - Les politiques de télémédecine dans la littérature

	Présence d'une politique nationale de télémédecine	% d'articles relatifs à une politique nationale de télémédecine	% d'articles relatifs à une politique régionale de télémédecine
Australie	Non	0	20
Canada	Non	0	50
Danemark	Oui	0	0
Finlande	Non	0	0
France	Oui	40	13,3
Allemagne	Non	0	0
Italie	n.a.	0	0
Japon	n.a.	0	0
Corée	Oui	100	0
Mexique	Oui	0	0
Nouvelle-Zélande	Non	0	0
Espagne	Non	0	100
Royaume-Uni	Oui	50	0
États-Unis	Non	16	12

L'analyse de la littérature permet également de renseigner des écarts de perception sur les besoins d'information relativement à ceux indiqués par l'enquête OMS. De façon assez surprenante, les éléments sur lesquels la communauté académique de la télémédecine souhaite des informations ne correspondent pas à ceux identifiés fortement par l'OMS. Les besoins des acteurs se situent autour de l'infrastructure et des cadres légaux et éthiques. *A contrario*, l'enquête OMS identifie de forts besoins d'information quant aux coûts et au rapport coût-efficacité et à l'évaluation, mais ceux-ci ne transparaissent pas dans les attentes des chercheurs (*Cf.* graphique 6 *infra*). Plus encore, il apparaît que pour les pays pour lesquels l'OMS identifie des freins sur les coûts ou des besoins d'information liés au rapport coût-efficacité, la communauté scientifique de la télémédecine n'en identifie pas ou peu, à l'exception du Danemark et du Japon, où les travaux analysés sont des études d'efficience.

Plus encore, il ne semble pas que l'efficience soit particulièrement recherchée. D'une part, car la preuve de son existence est relativement bien établie. D'autre part, car le besoin d'efficience semble anecdotique dans la littérature analysée (à l'exception du Royaume-Uni où le NHS semble avoir mis en place des politiques de télémédecine pour faire face au rationnement de l'offre de soins généré par le besoin d'efficience du système).

Graphique 6 - Écarts en besoins d'information



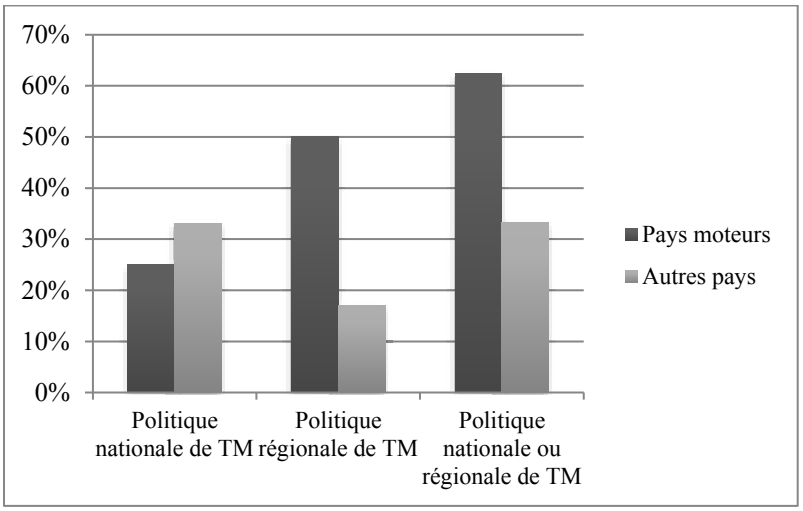
Lecture : Pour les 14 pays étudiés, d'après l'OMS, plus de 50 % de ces pays ont besoin d'informations sur les coûts liés à l'activité et sur le rapport coût-efficacité pour développer davantage la pratique alors que dans notre base moins de 30 % soulève le même besoin.

La section suivante vise à discuter l'existence ou non de critères permettant de discriminer les pays les plus utilisateurs de la télémédecine comparativement aux autres. L'idée est de mettre en évidence, au sein du paysage institutionnel, s'il existe des éléments qui facilitent l'utilisation de la télémédecine.

3.2.3. La politique de télémédecine, un outil à double tranchant

Cette section vise à identifier la présence ou non de différences en termes de politique de télémédecine et de freins institutionnels à même d'expliquer la distinction entre les pays moteurs et les autres.

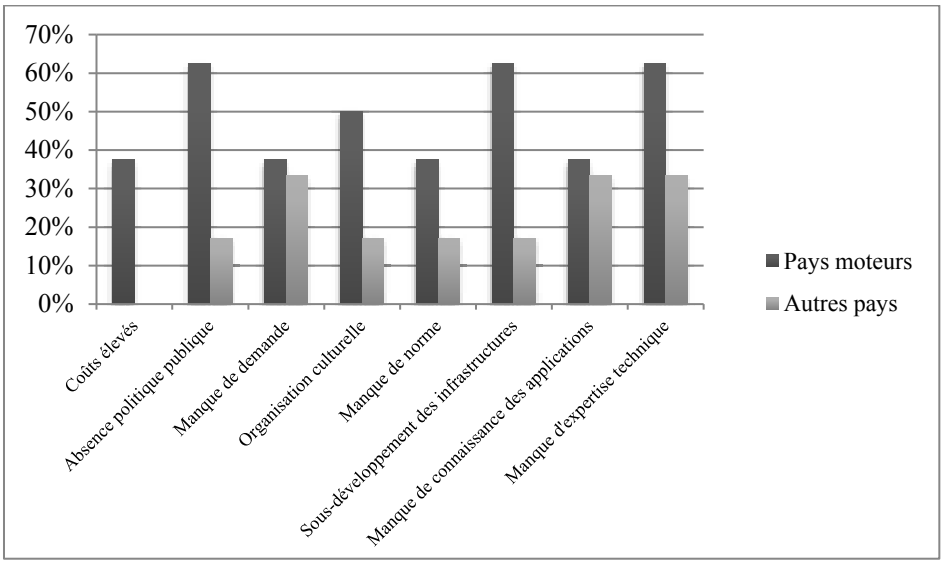
Graphique 7 - Présence d'une politique nationale ou régionale de télémédecine



Lecture : 25 % des pays moteurs ont une politique nationale de télémédecine. Les autres pays sont 33 % à en avoir une.

Il existe dans les pays moteurs une sur-représentation des politiques régionales de télémédecine alors que dans les autres pays il y a davantage de politique nationale. De façon globale, il y a une plus grande part de pays moteurs qui possède une politique régionale ou nationale comparativement aux autres pays. Parmi les pays considérés comme moteurs, une majorité représente des pays fédérés ou fonctionnant sur un principe de politique de santé régionale ou parcellisée. L'échelle du territoire politique de santé et la mise en œuvre de la politique semblent donc jouer un rôle important dans le niveau d'utilisation de la télémédecine. Cela confirme alors les résultats mis en évidence précédemment.

Graphique 8 - Perception des freins à l'utilisation de la télémédecine



Lecture : 38 % des pays moteurs considèrent que les coûts élevés sont un frein à la pratique. Aucun des autres pays n'a soulevé ce frein dans la littérature (Cas 2).

De façon surprenante, les pays moteurs sont ceux qui expriment le plus de freins à la mise en œuvre de la télémédecine. Ces pays seraient alors davantage confrontés aux problématiques effectives de la pratique de la télémédecine. Les questions liées à la politique de télémédecine apparaissent comme les principaux freins au sein des pays moteurs au même titre que le sous-développement des infrastructures et le manque d'expertise technique.

Deux résultats contradictoires apparaissent dès lors dans la littérature. En effet, au sein des pays qui ne possèdent pas de politique de télémédecine, cela apparaît comme un frein et dans ce cas, les pays souhaitent qu'une politique soit mise en place. À l'inverse, les pays dans lesquels une politique est mise en place, évoquent cette même politique comme source de frein à un plus grand développement de la pratique. Ainsi, la grille analytique des systèmes de télémédecine a permis de mettre en évidence le rôle prépondérant du contexte institutionnel et plus particulièrement politique et réglementaire dans la configuration des systèmes de télémédecine. Afin d'apporter des pistes explicatives à la situation française et à la stagnation du développement de la télémédecine, il est alors nécessaire d'approfondir les recherches du côté de la politique de télémédecine et de son mode de gouvernance.

Conclusion

L'objectif de ce chapitre était de caractériser la configuration institutionnelle d'un système de télémédecine afin de pouvoir identifier ses forces et ses faiblesses en vue de justifier des différences de développement de la pratique à l'échelle internationale. Nous avons alors émis l'hypothèse que la mise en œuvre d'une politique de télémédecine est un déterminant principal du niveau de développement. Nos postulats de recherche ont ainsi nécessité de dépasser l'idée communément partagée dans la littérature grise de l'existence d'un *one-best-way*.

Pour discuter du rôle de la politique de télémédecine dans le développement ou non des pratiques, nous avons dans un premier temps, pointé l'absence de définition stabilisée dans le temps et dans l'espace de la télémédecine. Cette absence de définition commune rend, dès lors, complexe les travaux de comparaisons des expériences de télémédecine à l'échelle internationale. C'est pourquoi, dans un deuxième temps, nous avons élaboré une méthodologie de caractérisation des systèmes de télémédecine en tenant compte non seulement de la configuration propre de l'organisation de la pratique, mais également des éléments constitutifs de son environnement. En effet, en suivant les enseignements des travaux régulationnistes, nous avons mis en évidence que l'analyse de la pratique de la télémédecine ne peut pas se borner à l'étude de l'activité du soin dans la mesure où le système ne se limite pas à l'*output*. Nous avons alors proposé une méthodologie de caractérisation de la configuration institutionnelle de la télémédecine.

À partir de ce résultat théorique, nous avons dans un troisième temps, construit une grille analytique des systèmes de télémédecine permettant de caractériser leur environnement et leur organisation. Le principal résultat que nous avons obtenu est qu'il n'existe pas de profil-type de pays utilisateur de la télémédecine. Ainsi, contrairement aux hypothèses usuelles de la littérature, lorsque l'analyse porte sur le système dans son ensemble, il n'existe pas de modèle organisationnel stéréotypé qui favorise le développement de la télémédecine. Les pays les plus utilisateurs ne se distinguent pas des autres en termes d'environnement du système et de caractéristiques de la pratique de la télémédecine. En revanche, le second grand enseignement tiré de cette grille analytique est qu'il existe une différence importante dans la perception des forces et des faiblesses des organisations de télémédecine selon l'acteur interrogé.

Ainsi, les experts institutionnels ayant répondu à l'enquête de l'OMS pointent les questions de coûts et le manque d'efficience comme les principaux freins à la pratique, alors que les acteurs de terrain évoquent les contraintes réglementaires et le sous-développement des infrastructures. Les acteurs ne parlent donc pas de la même télémédecine selon le point de vue considéré. Les attentes des uns vont ainsi à l'encontre de celles des autres. Le point de rencontre entre ces acteurs est la politique de télémédecine. Lorsqu'il n'existe pas de politique dédiée, les acteurs institutionnels citent son absence comme la raison du manque d'efficience de la pratique et lorsqu'elle existe, elle est évoquée par les acteurs de terrain comme un frein à l'activité.

La politique de télémédecine, en tant que matérialisation d'un mode de gouvernance unifié du pilotage du développement de la pratique, est présentée comme nécessaire mais sa mise en œuvre peut être interprétée comme un frein. Cela est d'autant plus ressenti dans les pays où la politique est régulée à l'échelle nationale et non pas locale.

Notre analyse n'a pas permis de discriminer clairement les pays moteurs des autres pays. Cependant, la mobilisation de notre grille analytique nous amène à valider l'hypothèse selon laquelle cette politique, en tant que dispositif institutionnel, peut entrer en confrontation avec les logiques socio-économiques des systèmes (*Cf. supra* p. 73). Dans ce cas, le niveau de développement de la pratique dépend du degré de cohérence entre la politique de télémédecine et les différentes logiques socio-économique qui caractérisent le système de télémédecine. Dès lors, plus le niveau de cohérence est élevé, plus la pratique serait développée et inversement, moins la politique est cohérente avec les logiques socio-économique, plus son développement serait restreint. Nous proposons de présenter dans le chapitre suivant la politique de télémédecine française pour pouvoir ensuite discuter de son niveau de cohérence avec les logiques socio-économiques du système.

Chapitre 2
De l'industrialisation à l'institutionnalisation de la pratique télémédicale : les origines de la politique publique

Introduction

Dans le premier chapitre, nous avons montré qu'il existe un lien entre le niveau de développement de la télémédecine et la mise en œuvre d'une politique publique. Que ce soit de façon positive ou négative, la politique publique produit des effets sur le développement de la pratique. Afin de parvenir à comprendre les raisons du faible déploiement de l'activité en France, nous cherchons ici à caractériser les dispositifs de la politique de télémédecine qui lui sont associés.

En France, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, marque un tournant dans la représentation de la télémédecine puisqu'elle acte la reconnaissance juridique de l'activité. C'est également à partir de cette date que la politique publique dédiée à la pratique est mise en œuvre. L'objectif de ce chapitre est alors de présenter et de caractériser cette politique de télémédecine pour pouvoir ensuite comprendre son rôle dans le développement de la pratique. La littérature nous suggère que la caractérisation d'une politique publique, notamment par la définition de ses forces et ses faiblesses, nécessite de prendre en considération les éléments qui ont déterminé en amont sa construction (Hassenteufel, 2008a ; Muller, et al., 2005). L'étude des politiques publiques doit ainsi débuter par une analyse du contexte historique et institutionnel dans lequel elle s'insère (Muller, 2000). En effet, si l'aide au déploiement de la télémédecine est un volet conjoncturel de la politique publique, elle s'insère dans des dispositifs structurels de régulation de l'action publique et doit donc être analysée sur le long terme et ceci aussi bien en aval qu'en amont de sa mise en œuvre. Nous souhaitons donc étudier la construction du nouvel espace institutionnel de la télémédecine, et la façon dont il vient s'insérer dans le système historique de soins. Pour comprendre la configuration actuelle de la politique de télémédecine, il nous est donc nécessaire d'analyser au préalable sa construction, mais aussi d'étudier pourquoi la puissance publique décide à un moment précis de mener une action publique dans le secteur concerné.

Notre postulat est que le choix de mettre en place la politique publique de télémédecine se situe à la conjonction de deux phénomènes interdépendants : (i) l'industrialisation du processus de production des soins, qui entraîne une plus grande transparence de l'activité médicale et rend possible un encadrement plus important de la production par la puissance publique et (ii) l'établissement d'un nouveau référentiel politique de l'action publique qui influence l'institutionnalisation de la pratique. L'analyse de ces deux phénomènes permet alors de comprendre la forme de la politique de télémédecine.

La première section de ce chapitre s'attache alors à mettre en évidence que la télémédecine marque l'industrialisation[35] de l'activité médicale, entendue comme le renforcement du rôle du capital dans le processus de production des soins, ce qui permet de modifier les relations de production et les rapports de force entre les médecins et la tutelle (Grosjean et Bonneville, 2007). L'introduction de la technologie dans le processus de production entraîne une réorientation des pratiques (Colletis, 2010) qui rend possible un encadrement plus important de l'activité médicale par la puissance publique.

L'introduction de la technologie dans la relation médecin-patient permet d'entrer dans la boîte noire de la production de soins et donc d'envisager un plus grand contrôle de l'activité (1). L'industrialisation rend donc propice la mise en œuvre d'une politique publique. Toutefois, si cette industrialisation est un prérequis à l'instauration de la politique, elle n'est pas suffisante. En effet, toute politique ne peut viser que des activités normées. Or, jusqu'en 2009, si la télémédecine s'industrialise, elle n'en est pas pour autant juridiquement définie. C'est pourquoi, l'institutionnalisation, en tant que processus de définition institutionnelle d'une organisation, constitue le second prérequis à la construction de la politique de télémédecine. Cette institutionnalisation, se fait dans un contexte idéologique singulier qui va conférer à l'activité un rôle particulier. Elle devient un outil de renouvellement de l'action publique. En effet, l'institutionnalisation de la télémédecine peut être associée au cadre idéologique de référentiel de marché qui est marqué par des recommandations, en matière d'action publique, de type néo-libéral (2). Forts de ces enseignements sur les supports de la construction de la politique de télémédecine, nous présentons ensuite sa mise en œuvre et les logiques d'action qui lui sont associées. La politique de télémédecine peut être qualifiée de politique sectorielle, elle s'insère dans un ensemble de dispositifs globaux de régulation et doit être cohérente à la fois avec les arrangements institutionnels sectoriels et les orientations

[35] La pénétration de la technologie dans le secteur de la santé a participé à ce que Robert Boyer (2002) nomme *la révolution du numérique* dans le système de soins dès les années 1980, l'industrie et les progrès techniques qu'elle apporte à travers du capital contribuant à améliorer qualitativement la prise en charge en permettant des examens plus précis, une plus grande rapidité pour la réalisation du diagnostic.

nationales de la politique de santé. Dès lors, la politique de télémédecine telle qu'elle est menée peut produire des effets inattendus qui auront des répercussions tant sur les dispositifs conjoncturels que structurels de l'action publique (3).

1. 1993 – 2008 : L'ère de l'industrialisation de la télémédecine

Pour rendre compréhensible la forme et l'orientation de la politique de télémédecine, telle qu'elle a été présentée en 2010, il est nécessaire d'expliquer au préalable les éléments historiques et contextuels qui l'ont façonnée. L'élément contextuel originel est l'introduction de la technologie dans la relation médecin-patient qui a posé le premier jalon des pratiques télémédicales, sans lesquelles aucune politique de télémédecine n'aurait jamais pu voir le jour. Ainsi, pour comprendre la forme actuelle de la politique de télémédecine, il est indispensable de présenter les choix politiques qui ont été faits en amont en termes d'industrialisation de la production des soins. En effet, le soutien à l'industrie technologique par la puissance publique pour produire ces outils n'est pas neutre. Au contraire, il relève d'un choix politique et stratégique, qui témoigne d'un nouvel arrangement institutionnel entre les médecins, les producteurs de technologie et la puissance publique, aboutissant à la reconnaissance juridique de l'outil de télémédecine (1.1). Dès lors, l'utilisation de cet outil entraîne de nouvelles relations de production, au sein d'un colloque pluriel, qui se traduisent par un allongement de la filière de production et une nouvelle division du travail. Ces modifications organisationnelles facilitent ensuite à leur tour l'institutionnalisation et l'encadrement des pratiques (1.2).

1.1. La reconnaissance juridique d'un outil de télémédecine

Nous avons mis en évidence précédemment que l'introduction du progrès technique dans la sphère médicale est le résultat d'un compromis institutionnel entre les acteurs du champ de la santé, ceux de l'industrie et la puissance publique à la fin des années 1970 (*Cf. supra* p. 31). La puissance publique accepte de soutenir l'investissement en technologie, l'industrie de produire cette technologie et les médecins de l'introduire dans leur pratique. L'introduction de la technologie dans la production médicale doit améliorer la qualité des soins et la rapidité de la prise en charge des patients. Elle permet également de trouver de nouveaux débouchés pour l'industrie et les coûts associés à la production de la technologie

doivent être compensés par une diminution de ceux du secteur de la santé. L'amélioration de la qualité des soins doit permettre une diminution du temps de traitement médical et limiter le nombre d'hospitalisations. La technologie se trouve alors au cœur d'un arrangement institutionnel[36] qui satisfait l'ensemble des parties prenantes.

Dès lors, ce compromis permet l'introduction de la télémédecine en tant qu'outil d'aide à la pratique de la médecine à distance. En France, la région Midi-Pyrénées fait figure de pionnière puisque c'est sur ce territoire qu'ont été réalisés les premiers actes de médecine à distance en quantité importante et en couvrant une superficie étendue (Simon et Acker, 2008). Ainsi, en 1989, le CHU de Toulouse crée l'Institut Européen de Télémédecine. Un outil télémédical est élaboré afin de réaliser des consultations à distance en neurologie pour mieux prendre en considération l'évolution des malades hospitalisés. En effet, les maladies aiguës ne sont plus la cause principale d'hospitalisation et la prise en charge hospitalière classique n'apparaît pas comme la plus adaptée pour le traitement des maladies chroniques. Le nombre de lits étant limité, la technologie permet de suivre à distance l'évolution de la maladie. Le malade reste à domicile et transmet au médecin, *via* des outils technologiques, ses informations médicales. Le patient peut être assisté, le cas échéant, par des aidants ou des professionnels paramédicaux.

À cette période, la puissance publique s'intéresse alors à la télémédecine en tant qu'outil technologique et non en tant que pratique médicale. Le tout premier rapport de travail ministériel date de 1993 et porte sur le marché des technologies de la télémédecine. Il a pour but de délimiter les enjeux médicaux et industriels de l'introduction de ces nouvelles technologies dans la pratique médicale (Thierry, 1993) et est à destination du ministère de l'Industrie. La télémédecine permet de réaliser des actes médicaux, mais n'est pas un acte médical en tant que tel.

Il faut ensuite attendre l'année 2000 pour que la puissance publique s'intéresse de nouveau et de façon soutenue à la télémédecine, toujours dans l'optique d'étudier les débouchés potentiels pour l'industrie technologique dans le champ de la santé (Beuscart, 2000). En 2004, la télémédecine est pour la première fois en France reconnue et définie juridiquement. Cette reconnaissance fait suite aux demandes de l'Ordre des médecins de donner un cadre juridique à la pratique de la médecine à distance. L'article 32 de la loi

[36] Au sens régulationniste, le terme arrangement institutionnel renvoie au mode d'organisation des agents privés dans un environnement institutionnel donné. Ainsi, dans un environnement institutionnalisé s'encastrent des arrangements institutionnels. Cela matérialise l'organisation issue à la fois de compromis informels entre les agents privés et du respect des règles qui proviennent des institutions historiques. Il faut donc prendre en considération différentes échelles historiques pour appréhender le cycle de vie des arrangements institutionnels (Boyer, 2002).

n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie en donne la définition suivante : « *la télémédecine permet entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* ».

Dans cette première définition, la télémédecine demeure l'outil technologique permettant la réalisation de l'acte médical à distance et ne définit pas les rôles et responsabilités de chaque intervenant, laissant la coordination de la pratique médicale se faire de façon informelle. Si la télémédecine n'est alors qu'un outil, elle contribue toutefois à modifier les relations de production. Produire du soin à distance implique de nouvelles modalités productives comparativement à la relation traditionnelle de face à face avec le patient. Cette nouvelle forme de production de soins marque l'industrialisation du soin. C'est ce qu'il convient à présent de détailler.

1.2. Industrialisation et nouvelles relations productives[37]

Dans son sens strict, l'industrialisation signifie la substitution du travail par le capital. La production de soins à l'aide de technologies médicales peut alors être interprétée comme une nouvelle forme d'industrialisation des services de soins, qui se situe directement dans la relation médecin-patient. Les approches en termes de régulation nous suggèrent que c'est par l'examen des relations de production que doit être discutée la dématérialisation du soin (du Tertre, 2002 ; Lamarche, 2011 ; Laurent et du Tertre, 2008). En particulier, l'analyse des technologies proposée par Thomas Lamarche (2011) montre que c'est parce qu'elles modifient les relations de production et les modes de coordination entre acteurs que les télécommunications ont contribué à modifier le régime de développement macroéconomique. Les travaux de Catherine Laurent et Marie-Françoise Mouriaux (2008) nous invitent quant à eux à caractériser les relations de travail réellement engagées, y compris si elles ne relèvent pas de relations salariales. Il s'agit donc d'analyser à la fois la relation de travail et le système historique dans lequel cette relation de travail vient s'inscrire.

De ce fait, nous décrivons dans un premier temps les relations de production engagées pour la mise en œuvre de soins à distance à partir du cadre de l'Économie des services (1.2.1),

[37] Cette section reprend en partie des travaux qui ont fait l'objet d'une valorisation scientifique : Rauly et Gallois (2014).

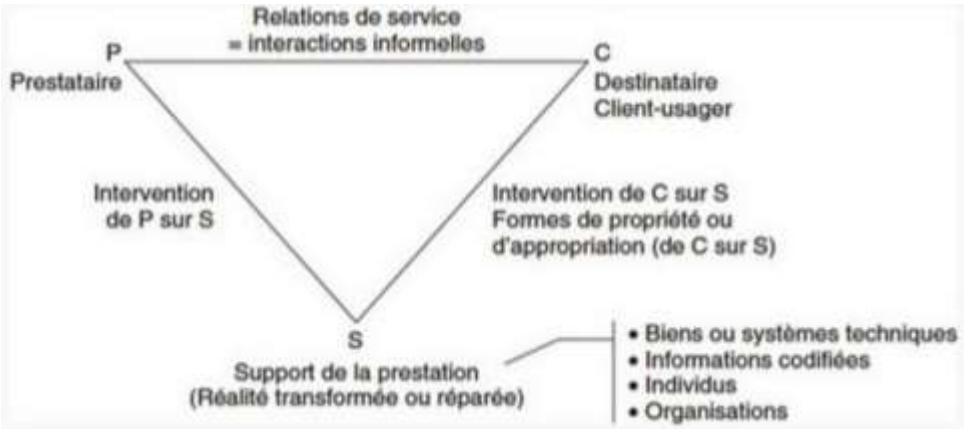
puis nous définissons en quoi elles correspondent à un allongement de la filière de production et une nouvelle division du travail (1.2.2).

1.2.1. D'un colloque singulier à un colloque pluriel

L'Économie des services offre un cadre analytique qui permet de caractériser les services produits à l'aide d'outil de télémédecine et les relations entre agents nécessaires à la mise en œuvre de cette production (Gadrey, 1994b). Les outils de télémédecine peuvent être des dispositifs de visio-conférence, des supports de stockage et de partage d'informations médicales ou encore des appareils connectés de mesure des constantes médicales. Nous caractérisons la production de ces services à la fois sous l'angle des relations de travail (i) mais aussi sous l'angle des dispositifs institutionnels dans lesquels s'insère la relation sociale de service (ii).

L'Économie des services permet de révéler une caractéristique intrinsèque au *process* de production de services : la coconstruction (Gallois, 2012). Les relations de service peuvent être caractérisées comme les « *modalités de connexion entre les prestataires et les clients à propos de la résolution du problème pour lequel le client s'adresse au prestataire (l'objet du service)* » (Gadrey, 1994a, p. 24). Il est possible d'analyser le microsystème de production via le triangle des services, reliant intervenant (P), consommateur/client (C) et support du service (S).

Figure 9 – Le triangle des services



Source : Gadrey (1992, p. 19)

Ce triangle peut également servir de support à une description d'un enchainement de relations de services au sein d'un même processus de production. Autrement dit, la

caractérisation des relations de services, au regard des protagonistes impliqués, permet de caractériser la filière de production et d'en décrire le découpage en tant qu'ensemble de relations de services successives ou simultanées.

Dans cette optique, la relation de soins peut être caractérisée en tant que service coconstruit par un intervenant (le professionnel médical) et par un consommateur (le patient) afin de modifier le support (le patient). Il en résulte que chaque acte de soins est unique et constitue une réponse spécifique à l'état du patient. Cette réponse dépend de l'environnement de la production, de l'engagement du patient dans la production et du savoir du médecin. La coproduction implique que les services ont potentiellement une dimension relationnelle singulière, qui renvoie à un engagement dans la relation de production différent de celui d'une production industrielle de biens. Il est alors difficile pour la tutelle de connaître la production effective, ce qui rend compliqué son encadrement. La production de service de soins, dans le cadre du colloque singulier, engage de façon classique un médecin et un patient qui joue le rôle du client. Le médecin et le patient sont les deux seuls acteurs du processus de production et la relation de service est réalisée en une seule étape et en un même lieu. Le *process* de production du soin est alors une réelle boîte noire.

Cette opacité disparaît avec l'utilisation de la télémédecine. En effet, dans le cadre de la production avec l'outil de télémédecine, la relation de service est dématérialisée, ou plutôt la relation de service se matérialise grâce à des technologies médicales, qui permettent une circulation de l'information médicale et un transfert non seulement des données médicales, mais également des procédures de soins réalisées. La production de soins à distance implique non seulement que le médecin et le patient ne se situent pas dans le même lieu mais également qu'ils ne sont pas les seuls à participer à la coproduction. Dès lors, la relation de service fait intervenir des tierces personnes qui ont besoin des informations détenues par les autres acteurs pour agir. Avec la télémédecine, la filière de soins intègre alors de nouveaux acteurs, des professionnels de santé, mais aussi des personnes n'étant pas des professionnels de santé : les aidants, du cercle familial ou bien professionnels (aide à domicile par exemple). Les outils de télémédecine permettent la production à distance de deux nouveaux actes qui s'éloignent de la production dans le cadre du colloque singulier : les actes de second avis médical et les actes de diagnostic à distance. L'encadré ci-dessous caractérise les relations de service pour la réalisation de ces deux types d'actes.

Encadré 4 – Caractérisation du *process* de production des soins avec la télémédecine

L'outil de télémédecine permet de réaliser deux types d'actes à distance : les actes de second avis médical et les actes de diagnostic à distance. Dans les deux cas, soit les patients se situent dans des territoires isolés soit leur état de santé ne leur permet pas de se déplacer. La télémédecine permet alors de maintenir les patients dans leur lieu de vie et de limiter les déplacements médicaux.

Les actes de second avis médical

Dans le cadre des actes de second avis médical, un médecin fait face à une situation où il n'est pas en mesure d'apporter seul une solution médicale au cas d'un patient. À défaut d'envoyer le patient chez un confrère pour un second avis, la télémédecine permet au médecin de communiquer directement avec son confrère par le biais de supports technologiques. Traditionnellement, cette situation donne lieu à deux consultations distinctes et traduit donc deux *process* de production différents, deux relations de services différentes. Avec la télémédecine, ces relations de service ont lieu au sein du même *process* et peuvent être décrite en quatre phases nécessaires à la production. La première implique un professionnel médical et un patient qui joue le rôle de support du service. Elle vise à la production de l'information nécessaire à la deuxième relation et donc à la caractérisation de l'état du patient. La deuxième relation de service implique le même professionnel médical et un autre professionnel expert (le patient n'intervient pas directement mais représente le support informationnel que le professionnel médical transfert à l'expert). La finalité de cette relation est donc une diffusion de l'information détenue par le professionnel médical au professionnel expert. Dans un troisième temps, le professionnel médical devient le support de cette relation de service, dont la production consiste en un transfert de compétences du professionnel médical vers le professionnel expert (diagnostic, conseils). Cela permet, dans un quatrième temps, au professionnel médical d'exercer sur le patient un acte en fonction du résultat de la deuxième relation, en particulier les informations et les savoirs transmis de l'expert au professionnel médical. À chaque étape, le professionnel médical et l'expert verbalisent leur démarche et stockent les informations dans un outil technologique. Le processus de production est ainsi découpé en quatre phases dont il est possible de définir avec précision le contenu et pour lesquelles il existe une trace matérielle.

Les actes de diagnostic

Les actes de diagnostic à distance peuvent être définis comme une réalisation dématérialisée du colloque singulier. Le patient ne se situe pas nécessairement dans un lieu destiné à la production de soins mais peut être dans son lieu de vie (son domicile ou un établissement médico-social). Le professionnel médical réalise ainsi une consultation à distance. Dans la réalisation de cette consultation, deux configurations peuvent être distinguées. Dans la première, le patient est autonome et peut être seul face à l'outil de télémédecine qui lui permet de communiquer avec son médecin. Dans la seconde, le patient n'est pas autonome et est assisté par un professionnel de santé, un professionnel paramédical ou un aidant.

Dans la configuration où une tierce personne intervient, la relation de service engagée se décompose en trois temps. La première relation engage le médecin à distance et le patient. Elle vise à déterminer s'il faut produire des examens. Le deuxième temps implique la tierce personne et le professionnel médical. Le médecin demande à cette personne d'effectuer des examens sur le patient, et éventuellement le guide pour la réalisation des examens. L'outil de télémédecine permet alors de transférer au médecin des données produites dans ce deuxième temps. Enfin, le troisième temps implique de nouveau le médecin à distance et le patient, le médecin faisant une lecture interprétée des résultats au patient. Si des soins doivent être réalisés au regard du diagnostic, le patient devra se diriger vers un médecin adéquat, pouvant être celui avec qui a eu lieu la consultation à distance ou un autre spécialiste.

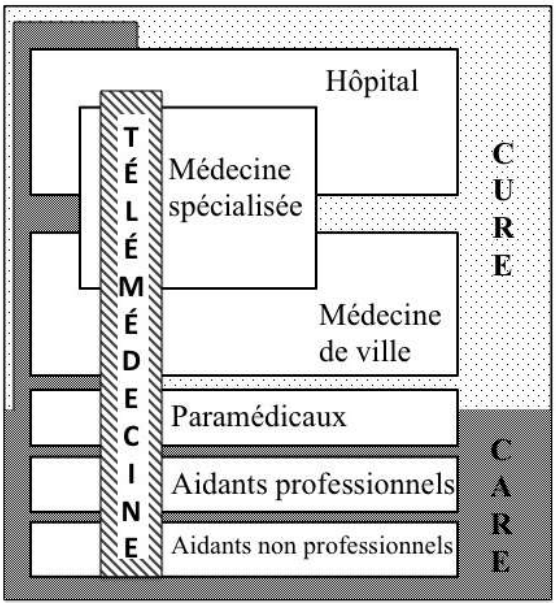
Dans le cas où le patient n'est pas secondé, la configuration de l'acte apparaît assez similaire à un colloque singulier classique, à ceci près que le médecin ne peut pas entrer physiquement en contact avec son patient et doit construire son diagnostic sur la seule base des déclarations du patient et/ou des résultats d'examens antérieurs.

L'outil technologique de télémédecine contribue ainsi à la transformation de l'*art médical* et entraine la diffusion d'informations, parfois en dehors de la stricte sphère médicale. La télémédecine entraine alors une production de soins dans le cadre d'un colloque pluriel. Le professionnel médical ou le professionnel expert conserve l'exclusivité de l'acte intellectuel, mais ne réalise plus que cette seule dimension de l'acte de soin. Les actes techniques voient leur réalisation transférée aux autres acteurs mobilisés dans la chaîne de production : autres professionnels médicaux, professionnels de santé, professionnels du paramédical, mais aussi le patient lui-même et son cercle familial (réseau de proximité). L'outil de télémédecine rend possible un transfert de compétences initialement indissociables les unes des autres. Ce sont donc les contours de la sphère de production de soins qui sont modifiés. Il convient à présent de détailler ces modifications.

1.2.2. Allongement de la filière de production et re-division du travail

L'introduction de l'outil de télémédecine modifie les relations de travail engagées pour la production d'actes médicaux. Nous venons de mettre en évidence que ce qui était autrefois produit dans le cadre d'une seule étape, tenant dans le colloque singulier, se voit désormais divisé en trois ou quatre phases et implique des acteurs de divers secteurs du système de santé. Ainsi, la pratique de la médecine à distance à l'aide d'outils de télémédecine s'insère dans d'un système déjà organisé de façon complexe : le système de santé, qui comprend un espace institutionnel dédié au c*ure* (le système de soins) séparé d'un autre espace, celui du *care* (*Cf.* figure 10 *infra*).

Figure 10 – L'outil de télémédecine dans le système de santé



Source : Rauly et Gallois (2014)

Ce sont donc les contours historiques du système de santé, et plus particulièrement le rôle de chaque sphère, que la télémédecine amène à redéfinir. Traditionnellement, le corps médical s'organise dans une structure hiérarchique où la possession du savoir permet l'exercice de pouvoirs (Hassenteufel, 1997). La hiérarchie actuelle du système de santé constitue un héritage de la façon dont se sont constituées les professions de la santé et dont s'est construit le système de soins (Arliaud, 1987 ; Arliaud et Robelet, 2000). Dans cette hiérarchie, la division du travail constitue un trait essentiel de l'organisation des filières productives de soins, qui font intervenir des professionnels de santé non médecins. Ancrées dans l'organisation hospitalière, ces filières soutiennent une hiérarchie basée sur le savoir où le médecin domine les soignants, qui eux-mêmes dominent les non soignants (Midy, 2003).

La décomposition en filière de l'acte de soin par télémédecine fait ressortir que celle-ci participe à une nouvelle division du travail entre l'acte intellectuel et l'acte technique, opérationnel. Le médecin (expert) pense les actes à réaliser et effectue le diagnostic. Des tiers, médecins non spécialistes, professionnels de santé non médecins, ou encore des acteurs du *care* (aidants professionnels ou non professionnels) se voient alors conférer la réalisation des actes techniques. En renforçant la division du travail entre les acteurs en possession du savoir et les autres, la télémédecine participe au renforcement du caractère hospitalo-centré du système de santé français, ceci même si elle se présente comme un moyen d'organiser une

meilleure qualité des soins par un transfert de l'information de l'hôpital vers la médecine de ville et les lieux de vie du patient (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013a).

Avec la production de soins à distance dans une filière longue de soins, l'organisation hiérarchique sort donc des frontières du *cure*. Les relations de services engagées entre le patient, des prestataires (médicaux, soignants ou encore non soignants) et l'organisation hiérarchique doivent alors se lire comme le résultat d'un même *process* de production qui relie le *cure* et le *care*. L'outil technique de télémédecine rend alors possible l'instauration de nouvelles formes organisationnelles de production de soins qui légitiment le transfert de compétences entre le *cure* et le *care* et entre l'hôpital et la ville, ce qui implique une circulation accrue des informations privées de chaque acteur au sein des relations de service. L'opacité de la production de soins propre au colloque singulier disparait. Ces nouvelles modalités organisationnelles, additionnées à la définition d'un référentiel marchand des politiques de santé vont orienter dès lors la forme de l'institutionnalisation de la télémédecine.

2. Depuis 2009 : l'ère de l'institutionnalisation de la télémédecine

Nous venons de mettre en évidence que la période d'industrialisation des soins, du début des années 1990 jusqu'à la fin des années 2000, est un déterminant de la forme de la politique de télémédecine actuelle. Les choix politiques en matière d'industrialisation ont été déterminants dans l'organisation du *process* de production sur lequel prend appui la politique de télémédecine. Si l'industrialisation est le premier élément contextuel de la politique de télémédecine, il n'est pas le seul. L'institutionnalisation de l'activité est le second et est interdépendant du premier. À la période de l'industrialisation, la télémédecine est considérée comme un outil technologique. L'institutionnalisation va se faire par le biais d'une reconnaissance de la pratique médicale qui lui est associée. L'institutionnalisation de la pratique se présente alors comme le second prérequis à la mise en œuvre de la politique publique de télémédecine. Ainsi, pour qu'une activité soit institutionnalisée, il est nécessaire que les rapports de production soient eux-mêmes institutionnalisés. Cela suppose que la production de chaque acteur doit être normée pour exister et cette production s'insère dans une configuration institutionnelle qui suppose une interdépendance organisationnelle. Dès lors, la loi HPST de 2009 marque la première phase de l'institutionnalisation de la télémédecine en lui conférant un nouveau statut, celui d'une pratique médicale à distance, et en définissant juridiquement les actes médicaux qui relèvent de cette médecine à distance. La

définition de chaque acte résulte de la nouvelle organisation des soins rendue possible par l'industrialisation de l'activité médicale. L'évolution des rapports de production industrialisés a dès lors contribué à la modification du régime de développement macrosectoriel (Lamarche, 2011). Si l'institutionnalisation de la pratique a été déterminée par l'industrialisation qui l'a précédée, elle conditionne à son tour le programme d'action publique de déploiement de la télémédecine. En effet, l'institutionnalisation de la pratique est réalisée dans le cadre de systèmes de croyances et d'idées qui reposent sur des postulats néolibéraux. Ces postulats reposent sur une vision particulière du rôle et de la définition de l'action publique. La forme de l'institutionnalisation, conditionnée par ce système de croyances, détermine ainsi la construction de la politique de télémédecine. Il convient alors de détailler les modalités de l'institutionnalisation de la pratique (2.1) et de présenter le cadre analytique support de la politique de télémédecine (2.2).

2.1. HPST : de la loi à l'esprit de la loi

Si la loi HPST de 2009 et son décret d'application de 2010 marquent la naissance de l'institutionnalisation de la télémédecine, l'analyse de ces textes juridiques ne suffit pas pour comprendre les enjeux du déploiement de la pratique. Nous présentons la télémédecine au sens de la loi HPST et étudions en quoi elle marque une rupture dans l'histoire de la pratique de la médecine à distance (2.1.1), puis nous présentons les rapports sur lesquels reposent les propositions d'opérationnalité du déploiement de la pratique sur le territoire français. Ces textes représentent les supports idéologiques qui servent de point de départ à la construction de la politique de télémédecine (2.1.2).

2.1.1. La loi HPST, un tournant dans la définition de la télémédecine

Le passage de l'ère de l'industrialisation à celle de l'institutionnalisation est visible à travers la lecture des différents rapports industriels et gouvernementaux qui traitent de la télémédecine. De 1993 à 2008, la télémédecine est considérée dans les rapports comme un outil technologique. Ces rapports sont à destination soit des ministères de l'Industrie soit de la Recherche et nouvelles technologies. Puis l'année 2008 marque une rupture, la loi HPST est en préparation, un renouveau dans la régulation de la production des soins s'amorce. Les rapports sur la télémédecine s'adressent dès lors au ministère de la Santé. Le tableau ci-

dessous recense l'ensemble des rapports publiés depuis 1993 sur la télémédecine en France et permet de visualiser la rupture dans l'orientation donnée à la télémédecine en 2008. À partir de 2011, les rapports sont ensuite à destination des organismes membres du Comité national de pilotage du déploiement de la télémédecine.

Tableau 8 - Les rapports français sur la télémédecine depuis 1993

Date	Titre du rapport	Organisme destinataire
1993	La télémédecine, enjeux médicaux et industriels	Ministères de l'Industrie, des postes et des télécommunications, du commerce
2000	Rapport sur les enjeux de la Société de l'Information dans le domaine de la Santé	Cabinet du Premier ministre
2003	Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française	Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Ministre délégué à la recherche et aux nouvelles technologies
2008	Télémédecine et accès au marché Propositions d'accompagnement d'initiatives individuelles	Ministère de l'Économie de l'Industrie et de l'Emploi
2008	La place de la télémédecine dans l'organisation des soins	Ministère de la Santé et des sports
2009	Livre blanc sur la télémédecine	Conseil national de l'Ordre des médecins
2009	La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France	Ministère de la Santé et des Sports
2010	Mission de concertation sur la médecine de proximité	Présidence de la république
2011	Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation Volume 1	Haute autorité de santé
2011	Etude sur la télésanté et télémédecine en Europe	Agence des systèmes d'information partagés de santé - Fédération des industries électriques, électroniques et de communication
2012	La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 1 : les grands enseignements La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 2 : monographie	Agence nationale d'appui à la performance
2012	Télémédecine 2020 faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé	Syntec Numérique
2013	Télémédecine 2020 Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques	Syntec Numérique
2013	Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation Volume 2	Haute autorité de santé
2014	Vade-Mecum Télémédecine	Conseil national de l'ordre des médecins
2016	Stratégie nationale e-santé 2020. Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé	Ministère des Affaires sociales et de la Santé

La loi HPST est alors le point de transition entre l'outil et la pratique de la télémédecine. L'article 78 de la loi HPST définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet, d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique* ». La télémédecine n'est plus un outil permettant de réaliser des actes médicaux, elle devient une pratique médicale à distance et qui doit apporter une solution aux déficiences de l'offre de soins et à l'enclavement géographique. Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 pris en application de la loi HPST précise ensuite les actes médicaux qui relèvent de la télémédecine. Ces actes sont au nombre de cinq et sont récapitulés dans l'encadré 5 ci-dessous.

Encadré 5 - Définition légale des cinq actes de télémédecine

- La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
- La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale du centre 15 (SAMU). Il s'agit de la régulation téléphonique des urgences hospitalières, au standard téléphonique un médecin réalise un pré-diagnostic afin d'orienter les patients.

Pour chaque acte, le tableau ci-dessous représente les acteurs qui interviennent dans le processus de production, qu'ils soient présents sur place et ou à distance.

	Sur place	**À distance**
Téléconsultation	• Patient • Aidant(s) (en option) • médecin(s) (en option) • professionnel(s) paramédical(aux) (en option)	• Médecin(s) expert(s)
Téléexpertise	• Médecin	• Médecin(s) expert(s)
Télésurveillance médicale	• Patient • Aidant(s) (en option) • Médecin(s) (en option) • Professionnel(s) paramédical(aux) (en option)	• Médecin(s) expert(s)
Téléassistance médicale	• Patient • Médecin(s) • Aidant(s) (en option) • Professionnel(s) paramédical(aux) (en option)	• Médecin(s) expert(s)

Source : Art. R6316-1 du Code de la santé publique

Pour chacun des cinq actes de télémédecine reconnus par la loi, le *process* de production renvoie soit à la réalisation d'un second avis médical (téléexpertise et téléassistance médicale) soit à la production d'un diagnostic à distance (téléconsultation et télésurveillance). Telles que les relations de production ont été normées, elles correspondent en tout point à celles que nous avons décrites précédemment (*Cf. supra* p. 106).

L'industrialisation de la production de soins est donc le support de l'institutionnalisation de la pratique. L'acte de réponse médicale correspond quant à lui à la régulation téléphonique du SAMU, il ne s'agit pas d'un acte nouveau.

Les modalités de mise en œuvre renvoient également aux possibilités offertes par l'industrialisation de la télémédecine. En effet, le décret d'application de la loi HPST précise les conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine : « *Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication. Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant : l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ; l'identification du patient ; l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte. Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article : le compte rendu de la réalisation de l'acte ; les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ; l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; la date et l'heure de l'acte* ». Les conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine nécessitent ainsi une transparence concernant les informations médicales entre les professionnels de santé. Ces informations sont stockées dans un dispositif informatique accessible à tous les professionnels intervenant au cours de l'acte. Il est également possible de connaître le temps exact de chaque acte de télémédecine puisque l'heure de début et l'heure de fin sont précisées.

Si la loi HPST et son décret d'application fixent le cadre juridique de la télémédecine en tant que pratique médicale à distance, l'esprit de la loi renvoie à l'interprétation et à l'application effective des textes. L'étude de la littérature grise va nous permettre d'analyser cet aspect.

2.1.2. La littérature grise : cadre opérationnel de la loi HPST

Qu'il s'agisse de la définition donnée à la télémédecine dans la loi HPST ou de la présentation du cadre de mise en œuvre établit par le décret d'application de 2010, ces mesures ne suffisent pas à elles seules pour garantir le développement de la pratique. Il est nécessaire de donner un cadre opérationnel au déploiement et à son encadrement. L'objectif des différents rapports recensés dans le tableau 8 (*Cf. supra* p. 111) est alors de proposer une stratégie de déploiement en adéquation avec la loi. Ces rapports à destination de la puissance

publique ou des organisations en charge du déploiement de la télémédecine servent ainsi de supports opérationnels à l'élaboration d'une stratégie de déploiement de la télémédecine. Les résultats de ces rapports orientent donc l'organisation de la télémédecine

L'intégralité des rapports rédigés à partir de 2008, à l'exclusion de ceux émis par l'Ordre des médecins, fonde ses recommandations à partir d'expériences étrangères. À partir de ces expériences, ces rapports émettent des recommandations de mise en œuvre pour la France[38]. Ils précisent en ce sens que le développement de la télémédecine ne doit pas uniquement être envisagé dans une perspective nationale. La pratique de la télémédecine nécessite une harmonisation au minimum européenne de l'organisation des soins à distance. Nous avons recensé quatre principales recommandations dans ces rapports.

La première recommandation concerne les modalités de l'action publique et l'encadrement institutionnel de la pratique. La réussite du développement de la télémédecine reposerait sur la volonté politique d'établir une stratégie nationale. La volonté politique doit être la source première du développement de la télémédecine. Quatre de ces rapports détaillent de façon similaire la manière dont la supervision du déploiement de l'activité peut se faire (Lasbordes, 2009 ; Martin et Rivoiron, 2012a, b ; Simon et Acker, 2008). Les grandes orientations nationales doivent être données par la puissance publique, puis la mise en œuvre des stratégies de déploiement doivent être déléguées à des structures dédiées et indépendantes de l'État. La puissance publique doit énoncer uniquement les priorités d'actions en termes sociétaux (accessibilité et qualité des soins), économiques (maîtrise budgétaire en santé, valeur ajoutée technologique), professionnels (organisation et encadrement des pratiques), industriels et technologiques (recherche et innovation, normes de production) et d'expertise (évaluation de la performance). Une administration ou un comité administratif indépendant doit ensuite superviser la définition des missions au niveau national. Il est suggéré que le cadre opérationnel soit quant à lui être délégué au niveau local.

La deuxième recommandation, toujours issue des enseignements des expériences étrangères, est la mise en place de relations contractuelles entre les administrations locales en charge du développement de la pratique et les producteurs de soins impliqués dans une relation de service de télémédecine (Lasbordes, 2009 ; Simon et Acker, 2008). Ces rapports mentionnent le fait que la télémédecine ne peut pas être efficiente s'il n'existe pas un cadre formalisé qui précise l'ensemble des modalités d'organisation, des conditions techniques, financières et juridiques. Ces relations contractuelles doivent lier les professionnels

[38] Nous avons déjà pointé ce phénomène dans la section 2 du chapitre précédent.

producteurs de télémédecine et l'organisme de tutelle d'une part et les professionnels de la télémédecine entre eux d'autre part. Le rôle et la responsabilité de chaque acteur doit précisément être énoncé au sein de contrats de télémédecine. De plus, dans chaque projet, toute activité doit faire l'objet de protocoles de soins. Toutes les procédures en lien avec l'activité de télémédecine, impliquant ou non un patient, doivent être confinées dans un registre accessible à tous les acteurs du projet. L'élaboration de protocoles types doit également faciliter le contrôle et l'évaluation de l'activité. Le protocole doit permettre de définir la responsabilité de chaque intervenant dans le processus de production de l'acte. En ce sens, l'usage de guides de bonnes pratiques est également recommandé au sein des rapports portant sur la télémédecine.

La troisième recommandation porte sur le matériel technologique utilisé dans la réalisation des actes de télémédecine. Les rapports insistent sur l'interopérabilité des dispositifs télémédicaux et recommandent la supervision des systèmes d'information par une administration dédiée (Leurent et Schroeder, 2013 ; Syntec Numerique, 2011). Un cadre normatif doit être introduit pour les dispositifs technologiques et des standards de production doivent être définis. L'objectif est de faciliter la circulation et la lecture des informations médicales tout en optimisant les coûts grâce à l'interopérabilité des dispositifs. Des normes européennes en matière de codage et de circulation d'informations existent et doivent être utilisées. Cette harmonisation doit également permettre l'évaluation des pratiques.

Cette évaluation des pratiques de télémédecine correspond à la quatrième recommandation commune des rapports de télémédecine (HAS, 2011, 2013a). L'évaluation est envisagée sous la forme de mesure conjointe de la performance économique et médicale (évaluation clinique) tant de l'organisation des soins que des dispositifs technologiques. Dans chaque rapport, une recherche par mot clé a mis en évidence le fait que le terme évaluation est le mot clé le plus utilisé. L'évaluation de la performance de la télémédecine doit reposer sur des méthodologies de type coûts-avantage ou de minimisation des coûts. Cette évaluation doit permettre de mesurer l'efficacité relative de la filière de soins comparativement à un cadre classique de la production de soins.

Enfin, différentes recommandations sont faites au sein des rapports concernant les modalités de financement, de prise en charge et de rémunération des actes de télémédecine (Hubert, 2010 ; Lasbordes, 2009 ; Simon et Acker, 2008). Sur ces points précis, il est difficile de faire ressortir des recommandations communes, chaque rapport proposant différentes modalités de prise en charge et de rémunération selon les enseignements tirés des pays étudiés. C'est ensuite à partir de ces recommandations issues d'experts missionnés par la

puissance publique et les groupes industriels que le programme d'actions publiques et l'élaboration de la politique de télémédecine ont été mis en œuvre. L'action publique de déploiement de la télémédecine repose ainsi sur un ensemble d'idées qui a pour objectif de rendre opérationnelle l'activité de télémédecine telle qu'elle a été institutionnalisée. Dès lors, l'action publique repose sur l'application d'un référentiel particulier.

2.2. Les approches idéelles, cadre analytique de la conception de l'action publique

La reconnaissance juridique de la pratique de la médecine à distance a rendu possible son institutionnalisation. L'objectif de la puissance publique a ensuite été de développer l'activité à grande échelle sur le territoire national. L'action publique menée en faveur de déploiement de la télémédecine repose sur un référentiel d'idées particulier. L'objectif de cette section est alors de présenter ce cadre. Pour ce faire, nous mobilisons les approches sociologiques par les idées afin de mettre en évidence les modalités de la conception et les déterminantes de l'action publique (2.2.1). Dans ce cadre analytique, la gouvernance est un concept qui désigne les modalités de coordination des politiques publiques. Dès lors, nous cherchons à caractériser le modèle de gouvernance appliqué à la télémédecine (2.2.2).

2.2.1. La dimension idéelle dans la construction de l'action publique

Jusqu'au milieu des années 1980, les théories économiques qui se sont intéressées à l'analyse de l'action publique ont largement occulté le rôle des croyances, des idées, des représentations du monde ou encore les visions des acteurs dans la construction des politiques publiques (Kübler et De Maillard, 2009). Ces politiques sont considérées comme des actions menées par des individus qui agissent dans un intérêt individuel, tout au plus matérialisé dans une forme politique. Dans cette perspective, « *les idées n'ont pas causé l'action publique, mais c'est l'action publique qui a engendré les idées* » (*Ibid*, p. 157). Le cas de la télémédecine met en porte-à-faux cette affirmation, la forme de l'action publique étant dépendante d'un débat d'idées qui s'est tenu en amont de la construction de la politique de télémédecine. La puissance publique a sollicité l'avis d'experts et un *consortium* a été constitué en vue d'établir dans un second temps un programme d'action publique à mener. Les idées ont donc précédé l'action. Nous mobilisons alors les approches par les idées

proposées par les sociologues de l'action publique[39] et reprises par les économistes institutionnalistes hétérodoxes pour analyser la construction de la politique de télémédecine.

Les approches sociologiques par les idées étudient les programmes d'action publique comme des théories du réel (Hall, 1993 ; Hassenteufel, 2008a ; Jobert, 1994 ; Muller, 2005, 2015 ; Muller, et al., 2005). Les politiques publiques représentent alors un état de la nature dans le sens où elles permettent de comprendre la construction du sens donné à l'action. Les individus interprètent et perçoivent leur environnement d'une certaine façon et cette perception détermine le sens à donner à l'action. Le cadre d'interprétation des individus détermine leurs interactions. L'action publique, dans une démarche idéelle est alors appréhendée à partir d'une matrice cognitive et normative. Les idées sont considérées comme la variable explicative des programmes d'action publique[40]. Dès lors, tout changement d'orientation d'une politique publique peut être interprété comme une évolution de la dimension idéelle. Dans ces théories une large place est faite au rôle de l'apprentissage comme source autonome de changement des politiques publiques. L'évolution des politiques publiques est alors le résultat d'un processus cognitif (Muller, et al., 2005). Les acteurs politiques formulent des hypothèses explicatives du réel, les testent et tirent des leçons des échecs et des réussites de leurs actions. L'évolution des politiques publiques est alors le fruit des apprentissages successifs des acteurs politiques. Les mutations dans les programmes d'actions publiques reflètent alors un *collective puzzlement* (désarroi collectif) qui s'inscrit au-delà des rapports de forces entre pouvoirs politiques (Heclo, 1974, p. 305). L'échec du keynésianisme et l'avènement du modèle néo-libéral marchand serait alors davantage lié à une situation de désarroi qu'à une victoire idéologique du courant néo-classique.

Les approches sociologiques par les idées mobilisent des appellations multiples pour caractériser la dimension idéelle : paradigme, récit, référentiel, systèmes de croyances (Kübler et De Maillard, 2009). Derrière ces termes se trouvent des approches différentes concernant l'importance donnée aux idées dans la détermination des programmes d'action publique. Pour certains, les idées constituent la seule variable explicative de l'action alors que pour d'autres les idées font partie d'un ensemble d'autres variables en interaction les unes avec les autres. Ces autres variables peuvent alors être la structure et la forme institutionnelle, le progrès technologique, le contexte historique et géographique (Muller, 2000).

[39] Pour une définition du courant de la sociologie de l'action publique se référer à Hassenteufel (2008).
[40] Le lecteur pourra se référer à Palier et Surel (2005) pour une analyse détaillée des relations entre idées, intérêts et institutions dans la détermination de l'action publique.

Les travaux institutionnalistes des économistes hétérodoxes reprennent la notion de référentiel et le cadre conceptuel associé (Batifoulier, et al., 2007b ; Domin, 2013 ; Thévenon, 2006). L'approche par référentiel, contrairement aux autres approches sociologiques par les idées consacre une large place à l'analyse des causes multiples du changement de sens donné à l'action publique (Kübler et De Maillard, 2009). La dimension idéelle représente un déterminant fondamental du changement mais n'est pas considérée comme la seule dimension. Dès lors, les déterminants de l'action considérés dans l'approche par référentiel sont similaires à ceux du cadre analytique de l'Économie des conventions. Le référentiel sert à analyser le système socialement et cognitivement construit sur lequel repose la structure d'une politique publique. Toute politique publique véhicule un ensemble de normes et de valeurs de par sa double dimension systémique et représentationnelle. Systémique dans le sens où la politique publique définit les interactions entre les individus et représentationnelle puisqu'elle établit une hiérarchie entre les normes, appelant un système de valeurs particulier.

Le référentiel est alors un modèle qui permet aux individus de s'orienter. L'origine de la politique publique est en ce sens la construction du référentiel qui est composé de quatre niveaux (Muller, 2000) : les *valeurs* (représentations du bien et du mal), les *normes* (principes d'actions et objectifs à atteindre), les *algorithmes* (hypothèses de relations de causalité entre le problème à résoudre et les solutions envisagées) et les *images* (modalité de représentation et de sens donné aux trois autres niveaux). Toutefois, le modèle de référence ne s'impose pas de lui-même, il est le résultat d'un processus de construction et déconstruction marqué par des rapports de forces sociaux et politiques. Tout référentiel est alors porté par des médiateurs (Jobert et Muller, 1987), qui sont à l'origine de la construction de l'*image* du référentiel. En parallèle, les médiateurs construisent également une *image* de leur propre rôle. Les médiateurs, en amenant leur représentation du monde dans le référentiel prennent le pouvoir dans le secteur concerné par le programme d'action. Le référentiel d'un programme d'action est présenté sous le prisme cognitif construit par les médiateurs. Ainsi, dans le cas de la télémédecine, nous avons mis en évidence que le comité de pilotage était majoritairement composé d'acteurs industriels et d'organisations publiques autonomes. Le référentiel renvoie dès lors à la représentation du monde qu'ont ces acteurs.

Toutefois, l'existence d'une vision dominante ne signifie pas l'absence de conflit. Les politiques publiques sont en perpétuelle évolution, signe de l'existence de relations conflictuelles entre les individus concernés par le référentiel. Pierre Muller (1995) distingue deux types de conflits, les conflits *sur* le référentiel et les conflits *dans* le référentiel. Concernant les conflits *sur* le référentiel, ceux-ci renvoient aux moments de transition de

référentiel, lorsqu'une vision dominante et remplacée par une autre. Les conflits peuvent être d'autant plus forts que les individus ne défendent pas seulement leurs idées mais également leur place dans le référentiel. Un changement de référentiel implique nécessairement un changement de médiateurs. Dans le cas du déploiement de la télémédecine cela peut alors s'incarner par les relations de pouvoir entre la tutelle, l'industrie et la profession médicale. Les conflits *dans* le référentiel renvoient quant à eux aux modalités d'ajustement dans les actions à mener au sein du référentiel et donc dans une même hiérarchie des valeurs. Ces conflits sont de faible intensité comparativement aux conflits *sur* le référentiel. Il s'agit davantage de discussion autour des instruments d'action.

Parmi les approches sociologiques par les idées, celle des référentiels est principalement mobilisée pour instruments d'analyse des causes du changement de l'action publique et donc de référentiel (Kübler et De Maillard, 2009). L'approche par les référentiels formalise une théorie du changement de politique publique en cherchant à répondre à la question suivante : *« D'où vient ce sentiment qu'une nouvelle politique publique exprime une sorte de vérité du moment, non pas en fonction du résultat d'une expérimentation scientifique mais parce qu'elle correspond aux croyances des acteurs ?* » (Muller et Surel, 2000, p. 196). L'analyse réalisée au sein de la théorie du changement montre que celui-ci est le résultat d'une tension entre un référentiel sectoriel et un référentiel global (Muller, 2000). La représentation du monde à l'échelle globale n'est pas nécessairement la même que celle à l'échelle du secteur. Toutefois, les politiques publiques sectorielles doivent s'adapter aux politiques publiques nationales ou supranationales. Ainsi, à chaque changement de programme d'action global se met en place un « *nouveau processus de remise en forme/remise en sens de toutes les politiques sectorielles par rapport au nouveau référentiel global* » (Muller et Surel, 2000, p. 197). La construction d'un référentiel sectoriel, tel que celui de la politique de télémédecine, n'est donc pas autonome et dépend du rapport global-sectoriel. Toutefois, la mise en adéquation entre le référentiel global et sectoriel peut être longue. Ainsi Jean-Paul Domin (2013) montre que le changement de référentiel global des politiques publiques françaises s'est opéré au début des années 1980, mais que le référentiel sectoriel concernant les politiques hospitalières n'a connu un processus de changement des dispositifs de gestion qu'à partir de 1996. La politique de télémédecine, quant à elle n'a été rendue possible qu'avec le développement et l'usage des technologies dans le *process* de production du soin, le colloque singulier.

Les sociologues de l'action collective mettent en évidence que le référentiel global actuel a été mis en place au début des années 1980 (Muller, 1992). Il est fondé sur une

nouvelle vision des relations entre l'État et le marché et une délimitation nouvelle des frontières entre le public et le privé. La vision partagée dans ce référentiel est que l'État doit se reconcentrer sur ces fonctions de régulation et les modalités d'action sont inspirées du mode de gestion des entreprises privées. L'*image* du référentiel renvoie à la nécessité d'encadrer les dépenses publiques et d'intégrer le modèle national au sein d'une économie globalisée. Ce changement de référentiel global se répercuter alors sur les référentiels sectoriels. Dans le champ de la santé l'évolution de l'action de l'État passe principalement par la définition d'un nouveau modèle de gouvernance, que nous allons approfondir à présent.

2.2.2. La gouvernance, nouveau mode opératoire de l'action publique

Le passage d'un référentiel keynésien à un référentiel de marché dans les années 1980 remet en cause la vision traditionnelle de la direction de l'action publique et celle des modalités de satisfaction de l'intérêt général. Pour marquer la rupture avec la période précédente, la notion de gouvernance issue du secteur privé, va être utilisée pour signaliser le changement dans les modalités de l'action publique (Le Galès, 1999). La notion de gouvernement de l'action publique renvoie à l'action publique dans le référentiel keynésien qui est jugée incapable de mener à bien la résolution des problèmes des sociétés contemporaines. Le terme gouvernement renvoie alors à une forme d'intervention autoritaire, rigide et contraignante. La notion de gouvernance fait quant à elle référence à une forme de pouvoir politique plus souple de coordination de l'action publique et s'inscrit dans une démarche collective (*Ibid.*). Le terme gouvernance ainsi préféré à celui de gouvernement représente « *l'ensemble d'institutions, de réseaux, de directives, de réglementations, de normes, d'usages politiques et sociaux ainsi que d'acteurs publics et privés qui contribuent à la stabilité d'une société, d'un régime politique, à son orientation, à la capacité de diriger, et à celle de fournir des services et à assurer sa légitimité* » (Le Galès, 2014, p. 303). L'usage du terme gouvernance pour exprimer les modalités d'actions publiques apparaît ainsi à une période particulière, celle du changement de référentiel et doit donc marquer la prise de distance avec la forme de l'État du référentiel keynésien. La dimension idéelle partagée au sein du référentiel de marché est fondée sur les défaillances de l'État. La gouvernance renvoie dès lors au pilotage de l'action publique menée en dehors du gouvernement et sans être rattachée à une institution spécifique. Le modèle suivi doit être souple et donc sans ancrage hiérarchique (Boussaguet et Jacquot, 2009). La notion de gouvernance pénètre également les référentiels sectoriels. Ainsi, en santé, le programme de déploiement de la télémédecine est

confié à un comité de pilotage composé de multiples organisations relativement autonomes de la puissance publique. La gouvernance cherche à mener les actions publiques par le biais de réseaux d'acteurs autonomes afin de marquer la dissociation avec l'État.

Dans les modalités d'action et d'encadrement, la forme de l'intervention change également. La recherche de consensus est privilégiée à la forme autoritaire de coordination. La contractualisation entre les acteurs publics d'une part et les acteurs publics et privés d'autre part devient le mode privilégié de coordination des acteurs. Le compromis est préféré à la contrainte et la forme de l'État passe d'un État tuteur à un État partenaire (Domin, 2013). L'introduction de l'outil contractuel est également une réponse aux problèmes de défaillances de l'État issus du référentiel keynésien. D'après les *idées* dominantes dans le référentiel de marché, le modèle hiérarchique du référentiel keynésien est à l'origine de l'inefficience de l'action publique. L'instauration de relations contractuelles doit alors permettre de développer un cadre incitatif[41] à destination des acteurs de l'action publique afin de réduire les sources d'inefficience. La notion de bonne gouvernance renvoie alors à un problème d'efficacité qu'il est nécessaire de résoudre. Sa mise en place passe alors par la mise en concurrence des acteurs, y compris dans la sphère publique. La légitimité de l'action publique repose dès lors sur la performance du programme d'action.

La gouvernance, dans le référentiel de marché global ou sectoriel, devient un mode de régulation de l'action publique. Cette régulation de l'action publique s'articule alors autour de trois dimensions (Le Galès, 1999) : le mode de coordination contractuel des activités de production (i), les modalités d'allocation des ressources en fonction de la preuve de la performance de l'action (ii) et l'encadrement des conflits et des comportements (logique d'incitation et de sanction) (iii). La gouvernance doit permettre d'établir les règles et les normes qui encadrent ces trois dimensions. C'est dans ce référentiel particulier qu'est mise en place l'action publique en faveur du déploiement de la télémédecine.

3. Le déploiement de la télémédecine, une affaire de politique publique

Nous avons présenté, dans les deux premières sections de ce chapitre, l'industrialisation et l'institutionnalisation de la télémédecine, ce qui nous a permis de caractériser l'environnement institutionnel, technologique et idéologique de la politique publique de télémédecine. Il convient à présent de mettre en évidence la façon dont ces

[41] Cet aspect est largement discuté dans le chapitre 3.

éléments structurels viennent influencer la construction de la politique conjoncturelle de télémédecine. En effet, c'est parce que nous avons mis en évidence les déterminants structurels de l'environnement de la politique de télémédecine qu'il est possible d'analyser de façon exhaustive les tenants et aboutissants de cette politique conjoncturelle.

Dès lors, l'objectif de cette section est double. Il s'agit, d'une part, de présenter de façon détaillée la stratégie de déploiement de la télémédecine et la construction de la politique publique qui y est associée. D'autre part, cette section vise à analyser en quoi cette stratégie s'insère dans le référentiel de marché de l'action publique et donc en quoi elle contribue à l'évolution structurelle de l'intervention de l'État. Pour ce faire, nous commençons par préciser les contours de la politique publique au sens large (3.1). Cela nous amène ensuite à la présentation des différentes échelles de l'action publique menée en faveur de déploiement de la télémédecine. Nous présentons d'abord l'échelle nationale (3.2) puis l'échelle régionale (3.3). Ensuite, nous détaillons le programme d'actions publiques mis en œuvre dans l'application de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui présente les modalités d'expérimentations de projets de télémédecine (3.3). Enfin, nous précisons le nouveau cahier des charges de ces expérimentations qui est appliqué depuis mai 2016 (3.4).

3.1. Qu'est-ce qu'une politique publique ?

« *Une politique publique c'est un peu comme un éléphant,*
vous le reconnaissez quand vous le voyez,
mais vous ne pouvez pas facilement le définir »
(Cunningham, 1963, p. 229)

La politique publique est une construction sociale difficile à définir dans le sens où elle évolue en fonction du temps, de l'espace et du référentiel considéré. Dès lors, pour étudier la politique de télémédecine il est nécessaire de la repositionner dans le référentiel contemporain, le référentiel de marché. C'est à partir de ce référentiel que nous caractérisons les modalités d'action publique (3.1.1) puis nous affinons la présentation en positionnant la politique de santé et de télémédecine dans la configuration globale des politiques publiques (3.1.2).

3.1.1. De l'action à la politique publique

Le concept de politique publique renvoie aux *« interventions d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire* » (Thoenig, 2014, p. 420). L'utilisation de l'expression *autorité investie de la puissance publique* marque les caractéristiques du référentiel dans lequel s'insère la politique publique depuis le début des années 1980. La politique publique, au sein du référentiel de marché, n'est pas une affaire réservée à l'action de l'État. La puissance publique n'est pas la seule à produire du politique. C'est pourquoi, il est question d'action publique et non pas exclusivement d'action de la puissance publique (Kübler et De Maillard, 2009). La politique publique renvoie aux actions menées par les institutions publiques et celles d'une pluralité d'autres acteurs à la fois des secteurs publics et privés qui agissent conjointement pour produire des modes de régulation des activités collectives marchandes ou non marchandes. Le référentiel de marché des politiques publiques marque un accroissement du rôle d'acteurs du secteur privé dans la production de l'action publique. L'interdépendance des actions des sphères étatiques et de la société civile se situe alors à différents niveaux locaux, nationaux et supranationaux. Une politique publique est donc la production de ceux qui gouvernent. Cette production prend la forme de contenus idéologiques, qui se traduisent par des prestations et des règles et génèrent des effets. L'analyse des politiques publiques n'a donc pas pour objectif d'étudier ce qu'une autorité doit faire en fonction du mandat dont elle dispose, mais d'expliquer les choix qu'elle fait et ceux qu'elle renonce à faire face à un problème donné afin d'en comprendre le sens, les idées. Ainsi « *serait politique publique tout ce que les acteurs en charge d'action publique décident de faire ou de ne pas faire, font effectivement ou ne font pas* » (Mény et Thœnig, 1989). Analyser une politique publique c'est donc étudier ce que produisent les acteurs dotés d'autorité investie de puissance publique, comment et pourquoi ils le produisent. Pour comprendre la politique de télémédecine il est donc nécessaire de définir les acteurs dotés de cette autorité puis d'analyser leur production, les supports de cette production et ses conséquences.

La mise en œuvre de toute politique publique repose sur deux caractéristiques principales. La première est la détention légale d'une ou plusieurs autorités d'ordre public. L'action publique, de par son autorité dispose alors d'une légitimité d'agir de façon coercitive. Pour qu'une politique publique soit mise en place, la loi doit donc définir au préalable le périmètre d'autorité dont disposent les acteurs en charge de la politique publique.

Nous montrerons que, pour le déploiement de la télémédecine, la question de l'autorité a été clarifiée dans l'article 36 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014.

La seconde caractéristique nécessaire à la mise en œuvre d'une politique publique est la définition d'un programme d'actions et la définition d'un agenda publique. Le terme d'agenda public renvoie à une définition précise : « *ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous une forme ou une autre, de la part des autorités publiques* » (Kübler et De Maillard, 2009, p. 215). Le programme d'action d'une politique publique doit faire l'objet d'une présentation de mesures concrètes qui consistent en premier lieu à l'énoncé du problème, puis à la présentation des actions pour résoudre le problème et enfin à la définition des résultats attendus après la résolution du problème. Ce programme d'actions, en fonction de l'échelle de sa mise en œuvre, doit être cohérent avec l'ensemble des autres politiques publiques locales, nationales et supranationales qu'elles s'appliquent au même domaine d'activité ou non. Ainsi, un programme d'action est « *une combinaison spécifique de lois, d'affectation de crédits, d'administrations et de personnes dirigés vers un ensemble d'objectifs plus ou moins clairement défini. La difficulté vient de ce que la cohérence voulue des décisions est souvent mise à mal dans la pratique. Derrière l'unicité d'un programme d'actions peuvent se nicher des concurrences administratives, une pluralité d'actions sans lien entre elles, seulement rassemblées formellement au sein d'un même programme* » (*Ibid*., p. 9). La politique de télémédecine doit ainsi trouver sa place parmi les autres politiques des secteurs de la santé et de l'industrie à l'échelle locale, nationale et supranationale, mais doit également faire *consensus* entre les acteurs de l'action publique.

3.1.2. La politique de télémédecine dans la politique de santé

Nous avons précédemment mis en évidence que la télémédecine s'insère dans un système de soins lui-même compris dans un système de santé dont une partie des directives est donnée à l'échelle européenne mais également mondiale. Ainsi, à l'échelle européenne, afin d'appliquer les critères de Maastricht, des logiques semblables sont mises en œuvre en termes de politiques de santé dans les systèmes beveridgiens et bismarckiens. Le Conseil européen et la Commission européenne sont dès lors chargés de diffuser des recommandations à l'échelle européenne mais également d'évaluer et de contrôler la qualité des soins dans les pays membres (Bonnici, 1993). En Europe, quel que soit le pays, les objectifs en termes de santé deviennent identiques et se résument en trois axes : accessibilité pour tous les citoyens aux soins, convergence de la qualité des soins et encadrement des

dépenses de santé. À l'échelle internationale, l'OCDE œuvre pour une meilleure efficacité des dépenses de santé dans les pays membres (OCDE, 2006b). Cette efficacité doit conjuguer l'amélioration de l'état de santé de la population avec la contrainte budgétaire. Enfin, l'OMS apparait comme l'autorité dominante en matière d'orientation des politiques de santé. La politique de santé est définie par l'OMS comme la mise en œuvre de dispositifs permettant d'atteindre un niveau satisfaisant de bonne santé. Pour rappel, la bonne santé ne se limite pas à l'absence de maladie mais est la recherche « *d'un état complet de bien-être physique, mental et social* » (OMS, 1946). Pour atteindre cet objectif fixé à l'échelle internationale, différentes mesures sont menées en tenant compte du principe que la santé n'a pas de prix mais qu'elle possède un coût (Domin, 2013).

Ainsi, la politique de santé à l'échelle nationale est constituée d'objectifs quantitatifs et qualitatifs qui coïncident avec ceux des échelles européennes et mondiale et portent d'une part sur l'organisation de la prévention, celle des soins, et celle de la sensibilisation de la population et d'autre part sur les modalités de financement de ces organisations. Pour cela, la politique de santé dispose d'un ensemble de moyens institutionnalisés qui couvrent les champs réglementaires, techniques, économiques, financiers et humains de la protection sociale (Bonnici, 1993).

Dès lors, la politique de télémédecine doit être cohérente avec ces différentes échelles. L'objectif qui lui est attribué est donc l'amélioration de l'état de santé de la population tout en tenant compte de la contrainte budgétaire. Les résultats doivent se mesurer en termes de réduction des inégalités d'accès aux soins, réduction des hospitalisations et augmentation des actes de prévention afin de réduire les mesures curatives. Pour cela un programme d'action est mis en place et un agenda de politique publique est créé. C'est ce qu'il convient de présenter.

3.2. L'action publique nationale en faveur du déploiement de la télémédecine

Le pilotage national de l'action publique en faveur de la télémédecine peut être présenté en trois temps. Dans un premier temps nous détaillons les organisations nationales en charge de l'autorité et donc du déploiement de la télémédecine et nous montrons en quoi leurs actions relèvent du référentiel de marché (3.1.1). Dans un deuxième temps nous présentons les chantiers prioritaires du déploiement de la télémédecine et montrons de quelle façon ils sont rendus possibles suite à l'industrialisation de la production de soins (3.1.2). Enfin, dans un troisième temps nous analysons les outils opérationnels du déploiement (3.1.3).

3.2.1. Les organisations nationales en charge du déploiement et leurs missions

Conformément aux prérogatives du référentiel de marché de l'action publique, le ministère de la Santé a délégué la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine à un comité de pilotage national autonome (DGOS, 2012d). La présentation de ce comité de pilotage permet de d'illustrer la façon dont le tournant libéral de la politique de santé, tel que défini par Frédéric Pierru (2012) dans le cadre hospitalier, pénètre également la médecine de ville. Ce comité est dirigé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les autres instances qui le composent sont la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIPSanté), l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), la Direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services (DGCIS) (devenue en 2014 la Direction générale des entreprises), la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), la Haute autorité de santé (HAS) et des représentants des usagers.

Le comité de pilotage du déploiement de la télémédecine est donc majoritairement composé d'acteurs représentants d'agences nationales, de groupes industriels français et des financeurs du système de santé. Comme nous l'avons déjà souligné, l'Ordre des médecins et les syndicats médicaux ne font pas partie des organes constitutifs de ce comité. La profession médicale ne fait donc pas partie des médiateurs de l'action publique dans le référentiel sectoriel de la santé. Le mode de croyance, *i.e.* les idées de la profession médicale, n'est donc pas représenté dans le référentiel et caractérise ainsi un contre-pouvoir. C'est en cela que la réforme de l'action publique prend un tournant. L'*esprit d'ingénieur* (Vatin, 2008) s'introduit dans la politique de santé. Le soin doit être vu comme le produit d'un *process* industrialisé, les réformes ont pour but de créer des *usines à soins* performantes et doivent être pensées par des ingénieurs et non des médecins (Pierru, 2013). La rationalité gestionnaire doit alors l'emporter sur la rationalité médicale.

Pour mener à bien l'encadrement de ces réformes, de nouvelles organisations doivent être crées afin de ne pas subir le poids de la dépendance au sentier bureaucratique. Ainsi, les organes de pilotage du déploiement de la télémédecine sont des organisations pour la plupart historiquement récentes. Le fait qu'elles aient été créées sous l'ère du référentiel de marché peut alors être interprété comme une volonté d'échapper à toute forme de dépendance au

sentier organisationnel. Il n'a pas été demandé aux institutions historiquement ancrées dans le paysage public de prendre en charge le déploiement de la télémédecine. Toutes les organisations membres du comité de pilotage ont en effet été créées après 2009, c'est-à-dire après la loi HPST.

En effet, la DGOS a été créée en 2010 et se substitue à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). L'objectif de cette organisation est de gérer la nouvelle gouvernance du système de santé suite à la création des Agences régionales de santé (ARS). Selon Frédéric Pierru (2012), la création de la DGOS doit permettre aux partisans du référentiel de marché d'acter l'émancipation de l'organisation déconcentrée de l'État afin de répondre aux critiques néolibérales au sujet de la trop grande proximité entre le politique et l'économique en santé. La DGOS doit alors être l'emblème du renouveau de l'action publique défendu par les partisans du référentiel de marché.

L'ASIPSanté a été créée en 2009 et a pour mission d'être le maître d'œuvre à part entière du Système d'information en santé. La volonté politique de créer une organisation chargée exclusivement du développement du Système d'information en santé témoigne de l'intérêt croissant de la puissance publique pour les technologies numériques en santé d'une part et de celui porté au recensement de données de différents types dans le secteur de la santé d'autre part. L'équipe de direction de cette agence a par ailleurs fait l'objet d'une analyse sociologique portant sur l'émergence d'une « *élite du welfare* » et la place des hauts fonctionnaires dans les processus de décision des politiques publiques. Il en ressort que l'élite administrative, dans le référentiel de marché, occupe une place prépondérante dans les décisions politiques comparativement aux groupes professionnels.

L'ANAP a également été créée en 2009. Cette organisation est spécialisée dans la performance des systèmes d'informations dans le domaine hospitalier. Sa mission est d'aider les établissements de santé à mettre en place des stratégies efficientes en termes d'amélioration de la qualité des services offerts aux utilisateurs des services hospitaliers. La création de ces nouvelles organisations marque bien le changement de logique dans le mode de régulation de l'offre de service de soins. En effet, toujours dans *l'esprit ingénieur*, l'ANAP fait appel à des cabinets de conseil, non pas en santé mais industriels, afin de mettre en œuvre des stratégies performatives pour les établissements de santé. L'ANAP doit alors participer à la rationalisation industrielle de l'organisation des soins. C'est donc dans l'analyse de la mise en œuvre de l'action publique en faveur de la télémédecine que le triptyque industrialisation/institutionnalisation/politique publique prend tout son sens. C'est parce que

la pratique est industrialisée que la normalisation de son *process* de production peut devenir un outil du renouvellement de l'action publique.

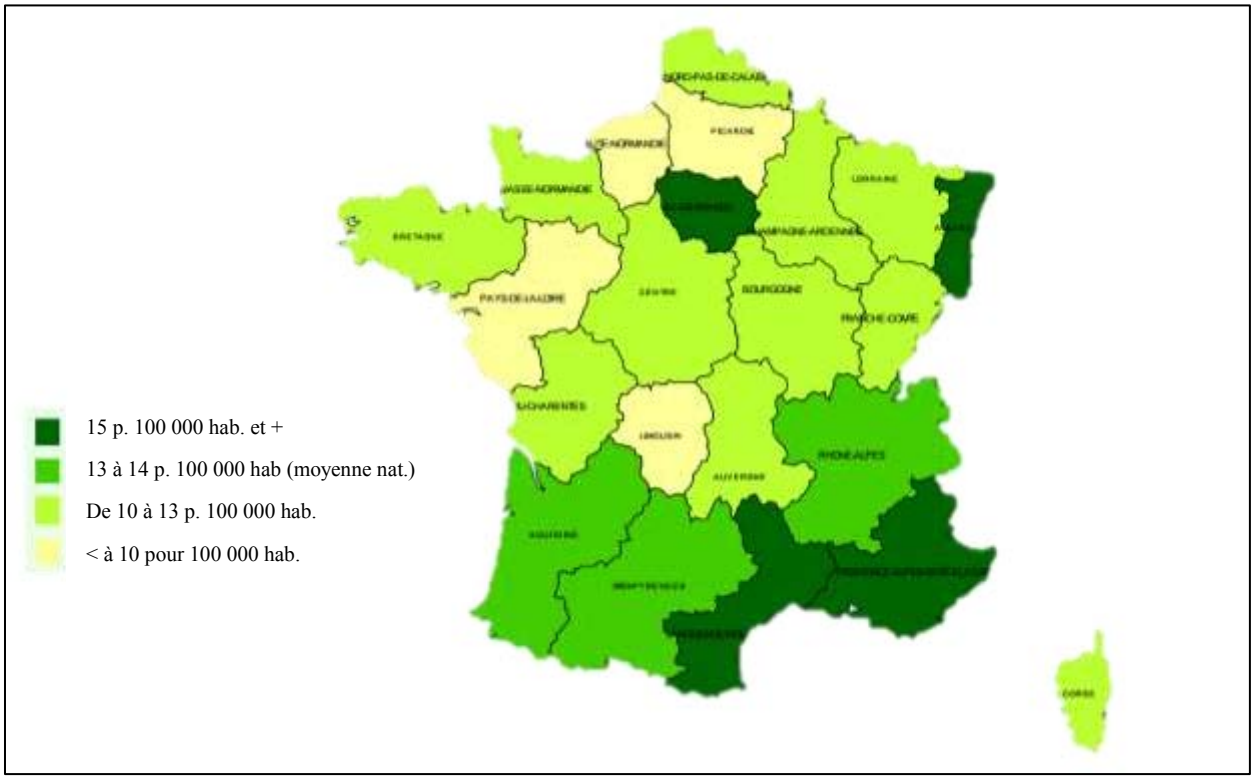
Le processus de création des organisations en charge du déploiement de la télémédecine permet d'éclairer la façon dont le référentiel de marché véhicule les idées néolibérales. En effet, la création de ces entités matérialise l'idée selon laquelle « *la santé est un sujet trop important pour être soumis à la démagogie et à la faiblesse des acteurs politiques* » (Pierru, 2012). Le fonctionnement *archaïque* de l'action publique au sens des partisans du référentiel de marché doit être repensé et mis entre les mains d'entrepreneurs du libéralisme. La création des organisations en charge du déploiement de la télémédecine repose donc sur une volonté de transférer la gestion de l'action publique à des entités autonomes, à des agences techniques dont le pilotage est assuré par des individus ayant des connaissances managériales afin de rompre avec le système bureaucratique. L'organisation du pilotage national du déploiement de la télémédecine est donc caractérisée par un mode de régulation managériale de l'action publique. Les institutions qui définissent les normes de productions sont ainsi extérieures à la profession médicale et relativement autonomes vis-à-vis de la puissance publique centrale.

3.2.2. Les chantiers prioritaires du déploiement

Afin d'encadrer le périmètre d'action de la télémédecine, le comité de pilotage a recensé en 2011, au sein d'un plan national de déploiement, cinq chantiers prioritaires dans lesquels les actes de télémédecine doivent être pratiqués en priorité (DGOS, 2012b). Ces cinq chantiers prioritaires sont la permanence des soins en imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, la santé des personnes détenues, la prise en charge des maladies chroniques, la réorganisation des soins en structure médico-sociale et en hospitalisation à domicile (*Ibid.*).

La priorité donnée à la permanence des soins en imagerie médicale doit permettre d'apporter une solution au manque de radiologues sur le territoire français. En effet, au 1er janvier 2009, année de la reconnaissance de la télémédecine, le nombre moyen de radiologues pour 100 000 habitants est de 13 (CNG, 2010) (*Cf.* figure 11 *infra*). Les effectifs pouvant varier fortement d'une région à une autre comme le montre la figure ci-dessous. Par ailleurs, au 1er janvier 2009, l'âge moyen des radiologues est de 52 ans, ce qui indique que la situation démographique risque encore de se dégrader.

Figure 11 – Densité de radiologues pour 100 000 habitants au 1er janvier 2009



Source : (CNG, 2010).

L'objectif de ce chantier prioritaire est de diminuer les écarts d'accessibilité des soins des patients selon leur lieu de résidence afin d'accéder dans des délais similaires sur tout le territoire à des examens de radiologie. La télémédecine doit donc permettre la réalisation d'un acte de radiologie sans qu'un radiologue soit nécessairement présent sur le lieu de réalisation de l'acte. À l'aide des actes de téléconsultation, téléexpertise et téléassistance, un radiologue doit pouvoir exercer à distance et réaliser un suivi médical du patient. Dans ce cas, un médecin manipulateur doit se trouver dans l'établissement de prise en charge du patient et le radiologue quant à lui se trouve à distance du patient. C'est donc bien par l'industrialisation du soin qu'il est possible d'envisager cette modalité de production de l'activité médicale. L'action publique dans le champ de la télémédecine est donc conditionnée par l'institutionnalisation préalable de l'activité.

Dans le cadre du chantier prioritaire de prise en charge des AVC, l'introduction de la télémédecine doit permettre la création de réseaux de soins structurés autour d'unités neuro-vasculaires. Il s'agit concrètement de réseaux de soins censés être opérationnels tant lors de la

phase aigüe de l'AVC que dans le suivi des patients post-AVC. L'objectif est d'améliorer l'égalité des chances des patients d'accéder à un diagnostic fiable en cas d'AVC. Une permanence est assurée dans l'unité neuro-vasculaire par un *télémédecin* et tous les professionnels de santé du réseau de télémédecine peuvent le contacter pour réaliser un diagnostic à distance et de mettre en œuvre le traitement le plus rapidement possible. En cas de phase aigüe, les actes de télémédecine pratiqués sont la téléconsultation et la téléexpertise et dans le cas d'une phase de suivi les actes sont la téléassistance et la télésurveillance. Ici encore, la mise en œuvre de ce programme d'action a été conditionnée par l'industrialisation préalable des soins.

Le chantier prioritaire de santé des personnes détenues a quant à lui comme objectif de permettre aux personnes en prison de recevoir des soins de qualité identique à ceux reçus par toute autre personne et de rassurer le médecin réalisant les soins sur sa sécurité. Il s'agit en particulier de permettre aux personnes détenues de recevoir des soins de médecins spécialistes. Pour cela un établissement de référence est désigné et réalise à distance des soins pour un patient incarcéré. Les actes réalisés sont la téléconsultation, la téléexpertise, la téléassistance et la télésurveillance.

La prise en charge des maladies chroniques est le chantier prioritaire le plus vaste, c'est pourquoi il a été subdivisé en sous-chantiers : la télédialyse, la télésurveillance du diabète, la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, la télésurveillance de l'insuffisance respiratoire chronique et le suivi des plaies chroniques. Nous verrons par la suite que la politique publique de télémédecine s'inscrit particulièrement dans le développement de ce chantier prioritaire (*Cf. infra* p. 144). Dans tous les cas, l'objectif est d'améliorer le suivi des patients dans un cadre hors hospitalier et de réduire les déplacements du patient vers des lieux de suivi en lui permettant de rester dans son lieu de vie pour réaliser les examens de suivi médical. Il s'agit alors de mettre en place des partenariats public-privé entre la ville et l'hôpital.

La prise en charge passe par une phase d'éducation thérapeutique du patient et consiste en un suivi des paramètres vitaux des patients par un établissement de rattachement. L'acte de télémédecine principalement réalisé est celui de télésurveillance. Cependant, en fonction des

résultats médicaux de chaque patient, les actes de téléconsultation, téléassistance et téléexpertise peuvent également être réalisés.

Le dernier chantier prioritaire est celui des soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile. Dans le cas d'une prise en charge dans une structure médico-sociale, il s'agit généralement un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les actes de télémédecine doivent donc dépendre d'un autre établissement de santé de rattachement. Dans le cas d'une hospitalisation à domicile, le patient dépend directement d'un établissement de santé. Dans les deux cas, l'objectif est de limiter le déplacement des personnes fragiles entre leur lieu de vie et l'établissement de santé de rattachement. Un objectif secondaire est de permettre à des personnes résidants (en structure médico-sociale ou à leur domicile) dans une zone de densité médicale très faible de bénéficier rapidement de soins. Il s'agit alors de faire le lien entre les professionnels du lieu de vie du patient et les professionnels médicaux de l'établissement de référence. Les actes de télémédecine réalisés sont alors des téléconsultations, téléexpertises, télésurveillances et téléassistances.

Quel que soit le chantier prioritaire concerné, chaque projet de télémédecine mis en œuvre doit être construit sur un modèle en adéquation avec les recommandations du comité national de déploiement de la télémédecine. Pour cela, le comité de pilotage met à disposition des porteurs de projet un ensemble d'outils opérationnels pour la construction, le suivi et l'évaluation des projets.

3.2.3. Les outils opérationnels du déploiement

Afin d'harmoniser l'ensemble des projets sur le territoire national, le comité de pilotage a élaboré un ensemble d'outils opérationnels devant faciliter le déploiement. Ces outils s'inscrivent pleinement dans les modalités d'action publique du référentiel de marché. En effet, si le comité national est à l'initiative des procédures à respecter, le respect de leur application est du ressort de l'Agence régionale de santé (ARS). Ces outils sont de trois types : technologique, méthodologique et d'évaluation.

Le volet technologique fait référence à l'ensemble des infrastructures technologiques en tant que support du système d'information en santé permettant le transfert d'informations

médicales. Il est ainsi mentionné que les projets de télémédecine doivent être construits en cohérence avec le cadre d'urbanisation du Système d'information de santé national et les référentiels associés en matière du connexion internet, type de messagerie de santé et logiciels utilisés (DGOS, 2012d). Nous verrons par la suite que le type de messagerie utilisée conditionne le montant de la rémunération des actes de télémédecine, créant ainsi un cadre incitatif à la conformité.

Les professionnels de santé qui participent à un projet de télémédecine doivent être équipés d'outils informatiques compatibles avec le Cadre d'Interopérabilité du Système d'Information de Santé c'est-à-dire DMP[42]-compatibles (*Ibid.*). Ils doivent également s'assurer de l'homologation future de leur messagerie sécurisée de santé. Tout hébergement de données de santé doit faire l'objet d'une mise en conformité avec la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. Les logiciels et systèmes d'information métiers doivent être également harmonisés. L'objectif premier étant de permettre une circulation rapide à tous les acteurs des projets. L'harmonisation permet également à la tutelle de recenser les informations concernant l'activité médicale.

Le volet méthodologique proposé par le comité national de pilotage est le plus complet. Un ensemble de guides méthodologiques de bonnes pratiques est mis à disposition des professionnels de santé souhaitant créer un projet de télémédecine. Il existe en effet des documents standardisés permettant la mise en forme de projets de télémédecine. Les deux principaux documents rédigés par le comité national de déploiement sont les « recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine » rédigé en 2012 (DGOS, 2012d) et la « grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine » élaborée en 2013 (HAS, 2013b). Le premier s'apparente à un mode d'emploi d'utilisation des dispositifs technologiques censés être utilisés au cours des cinq actes de télémédecine et pour les cinq chantiers prioritaires. Il y est expliqué comment les médecins doivent interagir entre eux selon l'acte concerné, quelles informations ils doivent échanger et stocker et quelles interfaces technologiques ils doivent utiliser dans chaque cas de figure.

[42] Le Dossier médical personnel (DMP) est un dossier médical informatique accessible *via* internet. Il doit permettre aux professionnels de santé de partager des informations indispensables à la coordination des soins dans le cadre de la télémédecine. Le DMP est souvent présenté comme le support principal de toute activité de télémédecine. Initialement, toutes les messageries de santé sécurisées n'étaient pas DMP-Compatible. Ce qui a pu être un frein dans l'instauration de plusieurs projets de télémédecine. Les médecins ayant investi dans une messagerie sécurisée n'ont pas forcément souhaité en changer afin de remplir le DMP.

Il y est également mentionné l'ensemble des responsabilités juridiques qui incombe à chaque participant pour les différents scénarios et les règles de confidentialités et de sécurité informatique qui s'appliquent dans chaque cas et l'ordre dans lequel les différentes actions doivent être menées. Il n'y a donc pas de place pour l'incertitude. Le document propose un ensemble de cas pratiques pour illustrer les différents cas de figures dans lesquels un médecin peut se retrouver selon qu'il soit médecin hospitalier, médecin ambulatoire, médecin requérant ou médecin requis et que l'acte soit de nature synchrone ou asynchrone.

La « grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine » peut quant à elle être définie comme un cahier des charges opérationnel des différentes étapes médico-techniques à respecter avant, pendant et après la mise en place d'un projet de télémédecine. La grille est ainsi composée de quatre parties, une partie phase de conception du projet, une partie phase de déploiement, une partie phase de réalisation de l'activité de télémédecine et enfin une partie retour d'expérience et d'évaluation du projet.

La première phase proposée par la grille s'apparente à une étude de marché. Le document explique comment analyser un besoin médical et étudier si la télémédecine est la réponse à ce besoin. Il est alors conseillé au potentiel porteur de projet de réaliser une étude *ex ante* coûts-avantages du projet et d'étudier les différentes alternatives à la télémédecine pouvant se présenter pour répondre au besoin. Si la télémédecine s'avère la meilleure solution pour répondre au besoin médical, un modèle médico-économique doit être proposé avant de déployer le projet afin de préciser le « modèle économique » du projet. La performance est alors la condition *sine qua non* de la mise en place d'un projet. L'ensemble de la procédure médicale, la liste exhaustive des professionnels de santé, les différentes interactions entre eux, la procédure d'inclusion et d'information des patients doivent être présentés.

D'après la grille de pilotage, la deuxième étape présente le calendrier de déploiement du projet. Pour cela il est nécessaire de matérialiser les phases médicales du projet mais également de celles de maintenance de l'équipement technologique et enfin celle de communication des résultats médicaux qui doit être proposée sur le modèle d'une conférence de presse.

La troisième étape présente de façon détaillée l'insertion du projet de télémédecine dans l'organisation d'accueil et son utilisation au quotidien. Pour cela il faut justifier de la capacité d'accueil des locaux. Un scénario de présentation d'une cession de télémédecine doit

accompagner le protocole médical. La grille méthodologique propose un exemple concret de scénario dans le cadre d'une téléconsultation : « *dire bonjour, se nommer et présenter sa fonction, demander l'accord au patient pour la participation éventuelle d'un étudiant à la TC. Veiller à ce que chaque participant côté spécialiste soit visible car l'apparition en cours de TC d'une personne qui était hors champ induit une rupture de confiance. …* » (HAS, 2013b, p. 51). Dès lors, la standardisation des procédures doit faciliter l'évaluation des projets par la tutelle. Cette phase présente également le financement du projet en le détaillant pour chaque phase du protocole médical.

La dernière phase permet de faire état des rapports d'incidents potentiels au cours de la réalisation du projet ce qui sous-entend qu'un document type est au préalable élaboré. Ici encore, la standardisation doit être appliquée. La présentation des résultats et retours à l'ensemble des professionnels médicaux et industriels doit être organisée en fin de projet. Une grille d'évaluation médico-économique est alors construite pour rendre compte de la réussite du projet. Pour cela un tableau de bord est élaboré et contient des indicateurs d'activité, de qualité et de sécurité, d'impact organisationnel et économique. La performance est ici encore déterminante dans la poursuite du projet. Les documents rédigés par le comité national de déploiement proposent ainsi un véritable guide de la réalisation de chaque acte. Cela peut dès lors s'apparenter à une forme de standardisation poussée de la configuration organisationnelle de la pratique de la télémédecine.

Le dernier volet concerne les outils d'évaluation des projets de télémédecine (HAS, 2011, 2013a). Cette évaluation se divise en trois : une évaluation de la performance économique, une évaluation médicale par le biais d'une évaluation de la performance des soins et une évaluation technologique, c'est-à-dire de l'efficience des TIC en santé (Le Goff et Nassiri, 2005 ; Le Goff-Pronost et Sicotte, 2010). La question de la performance est centrale dans le programme national de déploiement de la télémédecine et sera traitée de façon approfondie dans une section dédiée du chapitre 4 (*Cf. infra* p. 257).

3.3. L'action publique régionale en faveur du déploiement de la télémédecine

Si le comité de pilotage émet un plan national de déploiement de la télémédecine, il revient aux Agences régionales de santé (ARS) de mettre en œuvre ce déploiement à l'échelle

de la région. Les ARS font ainsi parties des services déconcentrés de l'État et sont sous la tutelle du ministère de la santé. L'autorité décisionnelle reste centrale mais la mise en application des mesures nationales s'apprécie à l'échelle régionale conformément aux prérogatives du référentiel de marché de l'action publique. Nous présentons le programme régional de télémédecine qui doit être mis en œuvre par chaque ARS (DGOS, 2012b) (3.2.1). Ensuite nous détaillons les contrats (3.2.2) et conventions (3.2.3) de télémédecine qui régissent à l'échelle régionale l'organisation de l'activité de télémédecine (DGOS, 2012c). Enfin, nous présentons la gestion du financement des projets de télémédecine (3.2.3).

3.3.1. Le programme régional de télémédecine

La loi HPST a modifié en profondeur le mode de gouvernance de l'offre de soins. La création des ARS s'intègre dans une logique de remaniement de l'action publique. Ainsi, les ARS deviennent des organismes qui regroupent en leur sein les différentes compétences auparavant détenues par les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les Groupements régionaux de santé publique (GRSP), les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS) et le volet hospitalier de l'assurance maladie.

Le comité de pilotage national a donné la mission à chaque ARS de rédiger et mettre en application un programme régional de télémédecine avant la fin de l'année 2011 (DGOS, 2012b). Ce programme régional de télémédecine doit s'intégrer dans le programme régional de santé, lui-même en adéquation avec la révision des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui sont devenus les Schémas régionaux d'organisation des soins[43] (SROS-PRS). Le programme régional de santé englobe de ce fait le schéma régional d'organisation des soins. Contrairement au SROS, le SROS-PRS possède un champ d'application étendue à l'offre de soins ambulatoire alors que le SROS était borné à l'offre de soins hospitaliers. La télémédecine ne se limite pas à une offre de soins hospitalière, le champ d'application du SROS-PRS a donc une importance particulière.

[43] Afin d'identifier la spécificité du SROS instauré par la loi HPST, il est dénommé « SROS-PRS », PRS pour programme régional de santé.

Le programme régional de télémédecine (PRT), s'il est proposé par chaque ARS, doit tenir compte des recommandations du comité de pilotage national du déploiement de la télémédecine. Ainsi, la DGOS a rédigé un « Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine » (DGOS, 2012b). Tous les programmes régionaux de télémédecine (PRT) suivent de ce fait la même trame. Ici encore, la volonté d'harmonisation se traduit par la facilité d'évaluation de l'action publique. Dans une première partie les PRT doivent mettre en évidence l'articulation du programme de déploiement de la télémédecine avec le programme régional de santé en précisant l'état des lieux de l'offre de soins et des besoins de santé sur le territoire.

Dans une deuxième partie, le PRT doit présenter son articulation avec les cinq priorités définies à l'échelle nationale. Il est préférable que le PRT mette en cohésion la politique de l'ARS avec les cinq priorités mais dans la majorité des cas seuls une ou deux priorités ont été retenues dans les PRT : la prise en charge des AVC et l'une des cinq sous-priorités en matière de prise en charge des maladies chroniques.

Dans une troisième partie, il est demandé aux ARS de recenser les projets de télémédecine existant sur leur territoire, et ce que leur date de création soit antérieure ou postérieure à la loi HPST. Chaque ARS doit recenser un certain nombre d'informations sur chaque projet en cours : structure coordinatrice du projet (nom et structure juridique), date de démarrage du projet, rattachement à une priorité nationale, type d'acte de télémédecine pratiqué, acteurs impliqués (médicaux, industriels, sociaux, …), objectifs du projet, organisation de la prise en charge (financière et matérielle), volumétrie annuelle (nombre de patients, nombre d'actes), solution technique apportée, phases de déploiement (organisation et temporalité), modalités d'évaluation, contacts. Dans cette partie, chaque ARS doit également préciser les infrastructures technologiques disponibles dans la région (ADSL, fibre optique, …), les besoins (bande passante, plateaux techniques interconnectés, …) et les équipements déjà disponibles dans les établissements susceptibles d'être utilisés.

La quatrième partie précise en quoi la télémédecine va permettre, dans la région, d'apporter des solutions pertinentes à des objectifs affichés dans le programme régional de santé. Cela doit justifier le choix des projets de télémédecine soutenus par l'ARS en tant que priorité régionale. Ici encore, l'objectif est de justifier l'intérêt de l'action publique.

À partir des priorités régionales déterminées dans cette étape, il est demandé aux régions de préciser dans une cinquième partie les modalités opérationnelles des futurs projets de télémédecine régionaux. Il s'agit autrement dit de présenter l'opérabilité du programme

régional de télémédecine en décrivant de façon concrète la pratique de la télémédecine dans la région. Le PRT doit avoir pour objectif de rendre opérationnel les projets dans un délai de cinq ans après leur mise en œuvre. À ce jour, aucune ARS n'a respecté les délais.

La dernière partie concerne ensuite l'évaluation, l'accompagnement et le suivi des projets. Chaque ARS doit mettre en place une gouvernance régionale du déploiement de la télémédecine. Ici, l'évaluation menée par l'ARS porte sur la conformité du projet avec le Programme régional de télémédecine. En effet, outre la mise en œuvre du déploiement régional, l'ARS est également en charge de l'atteinte des objectifs affichés en termes de réponse aux besoins de santé présentés dans les priorités régionales. Pour cela un cadre d'évaluation du programme régional de télémédecine doit être proposé. Le comité de pilotage national propose aux ARS une évaluation en cinq axes : évaluation technique, économique, des enjeux de santé publique, de l'impact organisationnel et de la qualité. Cette évaluation a pour but de mettre en évidence les bonnes pratiques suivies au sein des projets en vue de les recenser et de les diffuser. Cela devrait alors permettre de procéder à une diffusion des marches à suivre pour mener à bien un projet efficient de télémédecine. Afin de s'assurer de la conformité des projets avec le Programme régional de télémédecine, les ARS mettent en place des contrats de télémédecine. Chaque projet de télémédecine doit donc faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS.

3.3.2. La contractualisation des projets de télémédecine

Chaque projet doit faire l'objet d'un contrat avec l'ARS et, au sein de chaque projet, les différents acteurs qui participent à la production du service de télémédecine doivent être liés par une convention de télémédecine (DGOS, 2012c). Cette mesure de contractualisation s'inscrit pleinement dans le référentiel de marché de l'action publique.

Qu'il s'agisse de projets existants avant la parution de la loi HPST ou de projets en construction, toute pratique de la télémédecine doit dorénavant faire l'objet d'une mise en conformité avec le décret d'application de la loi HPST du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Théoriquement, tout projet de télémédecine, quel que soit sa date de création doit faire l'objet d'une contractualisation. Le comité de pilotage national du déploiement de la télémédecine présente trois types de contrat possible pour exercer l'activité de télémédecine. En effet, d'après l'article R6316-6 du Code de la santé publique, l'activité de télémédecine et son organisation doivent faire l'objet, soit d'un programme national, soit d'une inscription

dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou dans l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (CAQCS), soit d'un contrat particulier entre le directeur général de l'ARS et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à l'activité de télémédecine.

Dans les faits, il n'existe pas de programme national de télémédecine dans le sens où le comité de pilotage national n'a prévu aucun cas de figure permettant un cadrage national d'un projet. Le comité de pilotage n'a pas non plus établi les modalités d'insertion des projets de télémédecine dans les CAQCS. Ces contrats étant plus récents que la décision du comité de pilotage de la télémédecine concernant les formes de contractualisation. Lorsque ces contrats seront opérationnels, ils pourront s'adresser à tous types de porteur de projet de télémédecine (hospitalier, ambulatoire, libéral, …).

Dans le cas d'une inscription dans l'un des CPOM[44], cela signifie que l'organisation porteuse du projet de télémédecine est soit un établissement de santé, une maison de santé pluridisciplinaire, un réseau, centre ou pôle de santé. Dans ce cas, le contrat de télémédecine peut être réalisé sous les deux formes : soit par avenant au CPOM lorsque celui-ci est antérieur au projet de télémédecine, soit par insertion directe au CPOM lorsque celui-ci plus récent que le projet de télémédecine. Dans chacun des cas, l'insertion du contrat de télémédecine peut se faire sous la forme d'une annexe du CPOM consacrée à la télémédecine. Dans tous les cas où il n'est pas possible d'introduire le contrat de télémédecine dans le CPOM, un contrat particulier est passé entre le porteur du projet de télémédecine et le directeur de l'ARS. Dans les faits, plus de la moitié des projets de télémédecine recensés n'ont pas fait l'objet d'une contractualisation avec l'ARS (DGOS, 2013).

Pour chaque projet, un coordonnateur de projet doit être identifié, il est alors l'interlocuteur avec l'ARS. Ce coordonnateur peut être soit une structure en tant que personne morale soit un professionnel de santé. Les acteurs du projet de télémédecine rédigent eux-mêmes le contrat de télémédecine sur une base pré-remplie mise à disposition par l'ARS. Le projet de contrat sera ensuite examiné par l'ARS qui validera ou non la contractualisation. Le modèle type de contrat de télémédecine doit contenir au minimum la description de l'organisation de télémédecine mise en place, les modalités d'inscription du projet dans le

[44] Les CPOM sont des contrats signés entre les ARS et l'ensemble des autres acteurs qui participent à la mise en œuvre du projet régional de santé (secteurs sanitaire médico-social). Ces contrats sont prévus pour une durée de cinq ans. Ils concernent les établissements de santé et tous les titulaires d'autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd, pour lesquels le CPOM est obligatoire (art. L6114-1 du CSP), les réseaux, centres, pôles, maisons de santé pour lesquels le CPOM est obligatoire s'il existe un financement de l'ARS (art.1435-3 du CSP), les établissements et services médico-sociaux qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie.

programme régional de télémédecine, les modalités de mise en œuvre du projet en adéquation avec le décret d'application de la loi HPST du 19 octobre 2010 et les modalités de suivi et d'évaluation du projet.

L'ARS étudie ensuite la proposition de contrat et vérifie que l'activité proposée dans le projet est conforme à la définition des actes de télémédecine telle qu'elle est donnée dans le décret du 19 octobre 2010. Elle vérifie également que cette activité s'intègre concrètement dans le programme régional de télémédecine et que les objectifs quantitatifs, qualitatifs et les modalités de fonctionnement du projet ont fait l'objet d'une étude prospective sérieuse. Si toutes ces modalités sont respectées, le contrat peut être signé par l'ARS et tous les acteurs du projet. Le contrat de télémédecine n'est pas le seul support matérialisant l'engagement dans un projet de télémédecine. Dans un même du projet, les acteurs doivent être liés par une convention.

3.3.3. Les conventions de télémédecine[45]

La convention de télémédecine précise les relations entre les acteurs[46] d'un même projet de télémédecine et les conditions de mise en œuvre des exigences mentionnées dans le contrat. Le contrat de télémédecine a pour objectif de déterminer les objectifs à poursuivre et l'insertion dans le programme régional de télémédecine ainsi que les engagements en termes de qualité et de sécurité des soins. La convention est quant à elle un document opérationnel de présentation de l'activité de télémédecine. La convention doit décrire de manière précise la place prise par chacun des acteurs dans l'organisation. Elle définit les engagements pris individuellement par chacun des acteurs. De façon générale, la convention est rédigée une fois que le contrat est accepté par l'ARS. La rédaction de la convention est du ressort des acteurs du projet de télémédecine. L'ARS n'intervient pas dans son élaboration et n'a pas à la valider.

La convention, si elle précise le rôle de chaque acteur n'a pas vocation à régler le régime de responsabilité des professionnels en cas de litige juridique avec les patients ou les autres acteurs du projet. Ce régime relève du droit commun de la responsabilité médicale tel qu'il est prévu aux articles L.1142-1 et suivants du Code de la santé publique et est donc

[45] Il ne s'agit pas ici de conventions au sens de l'Économie des conventions.
[46] Il convient de préciser que le tiers technologique (fabriquant d'outils, sous-traitants et opérateurs de télécommunication) n'est pas compté dans les parties prenantes de la convention. Sa relation avec les acteurs du projet relève d'un contrat de prestation de service ou de fourniture de matériel. Il n'est pas comptabilisé dans les acteurs producteurs du service de télémédecine.

identique pour chaque acteur. Le régime de responsabilité ne peut pas être négocié entre les acteurs du projet.

Concernant la structure de la convention, si l'organisation est simple et le nombre de parties prenantes est faible, il est possible de réaliser une convention unique pour l'ensemble des acteurs qui regroupera les aspects organisationnels, médicaux et techniques de l'activité. Dans le cas d'une organisation complexe et d'un nombre important de parties prenantes, deux conventions peuvent être élaborées. L'une portant sur l'organisation médicale à proprement parler et n'abordant que la question des soins et l'autre portant sur l'organisation technique.

La convention aborde principalement la question de l'articulation de l'activité de télémédecine avec les structures de coopération préexistantes. Ces structures de coopération sont généralement des Groupements de coopération sanitaire (GCS), des Groupements d'intérêt public (GIP) et des Groupements d'intérêt économique. Si la structure de coopération est exclusivement dédiée à l'activité de télémédecine alors la convention constitutive de la structure de coopération est identique à celle de télémédecine. Dans le cas contraire, une convention spécifique de télémédecine délimitant de champ de la coopération doit être élaborée en plus de toute autre convention de coopération. La convention s'inscrit alors dans un protocole de coopération tel qu'il est défini par l'article 51 de la loi HPST. Ainsi, le code de la santé publique a été modifié dans cette perspective puisque l'article L. 4011-1 prévoit que les professionnels de santé « *peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* ». Il convient également de préciser que le partage des honoraires est également autorisé dans le cas de la pratique de la télémédecine. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 lève l'interdiction du partage d'honoraires dans le cadre des conventions de coopération de télémédecine entre professionnels de santé. L'article L.4113-5 du code de santé publique a donc été modifié dans ce sens. En utilisant le « terme professionnels de santé » et non « professionnels médicaux », la loi autorise aussi le partage d'honoraires et le transfert d'activité entre deux professionnels de statuts différents. C'est donc une réorganisation de l'offre de soins qui est officialisée par la télémédecine. Si le partage d'honoraires est autorisé pour la pratique de la télémédecine, la question du financement n'est quant à elle pas encore stabilisée. C'est ce qu'il convient de présenter.

3.3.4. La gestion du financement des projets de télémédecine

Il n'existe actuellement aucun mode de financement et de rémunération pérenne de l'activité de télémédecine, à une exception près, celle du dépistage de la rétinopathie diabétique par télémédecine (*Cf. infra* p. 360). Dans le cadre actuel de financement des projets en cours, l'ARS apparaît comme l'institution régulatrice de l'allocation des ressources mais le financement de l'activité est réalisé par la puissance publique à l'échelle nationale *via* différentes subventions allouées ponctuellement telles que : les Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC), les Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), les Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ils sont regroupés dans les Fonds d'intervention régionaux (FIR). Les subventions issues des MIGAC représentent les fonds de roulement de la télémédecine et sont allouées en fonction des projets en cours recensés par les ARS. Les FIQCS subventionnent les projets de télémédecine dans le cadre de la promotion des nouveaux modes d'exercice de la médecine. Les subventions issues du FMESPP sont proportionnelles à la densité de population de chaque région. À l'exception des FISQCS alloués à des projets précis et aux FMESPP alloués dans le cadre du traitement des AVC par la télémédecine qui sont eux destinés à des projets spécifiques, l'ensemble des subventions régionales est fongible et géré par les Agences régionales de santé (ARS) dans le cadre des Fonds d'Intervention Régional. Dans ce contexte particulier, le financement des projets de télémédecine est donc encadré et déterminé par les conventions et les contrats de télémédecine passés entre les porteurs de projets et l'ARS que nous avons présenté précédemment. Le tableau ci-dessous permet de visualiser les fonds alloués à chaque région pour l'année 2011, année de lancement des programmes régionaux de télémédecine. Ces subventions sont allouées pour une durée de cinq ans, temporalité des programmes régionaux de télémédecine.

Tableau 9 - Répartition des subventions publiques et nationales par région pour les projets de télémédecine en 2011

ARS	Nombre de projets de télémédecine	MIGAC (en €)	FMESPP (en €)		FISQCS (en €)	Subvention totale versée à l'ARS(en €)
			Plan AVC	Autres projets		
Alsace	9	0	0	411 673	0	411 673
Aquitaine	8	69 997	0	710 787	0	780 784
Auvergne	17	90 141	170 000	300 683	0	560 824
Basse-Normandie	8	95 354	900 000	328 038	0	1 323 392
Bourgogne	15	187 586	800 000	365 708	393 715	1 747 009
Bretagne	9	321 752	1 150 000	703 836	0	2 175 588
Centre	24	0	0	569 078	393 715	962 793
Champagne-Ardenne	3	28 799	170 000	299 113	0	497 912
Corse	5	0	0	67 715	0	67 715
Franche-Comté	9	162 097	900 000	259 874	0	1 321 971
Haute-Normandie	7	2 036 308	700 000	406 965	0	3 143 273
Ile de France	14	1 687 203	2 900 000	2 622 063	0	7 209 266
Languedoc-Roussillon	10	464 941	180 000	581 634	393 715	1 620 290
Limousin	12	650 891	150 000	164 804	393 715	1 359 410
Lorraine	9	0	0	524 009	0	524 009
Midi-Pyrénées	23	1 023 231	1 190 000	635 224	393 715	3 242 170
Nord Pas de Calais	11	231 972	870 000	901 825	0	2 003 797
Pays de la Loire	12	151 699	0	786 574	0	938 273
Picardie	4	1 216 800	0	426 024	0	1 642 824
Poitou Charente	5	68 778	0	390 821	0	459 599
PACA	12	99 260	0	1 096 674	0	1 195 934
Rhône-Alpes	8	328 366	1 500 000	1 372 468	0	3 200 834
Martinique	6	0	0	90 138	0	90 138
Guyane	7	311 253	0	49 777	0	361 030
Guadeloupe	2	0	0	91 035	0	91 035
Océan Indien	7	0	0	41 705	0	41 705
Total	256	9 313 035	11 580 000	14 420 000	1 968 575	37 281 610

Il convient de préciser qu'à côté de ces fonds gérés par les ARS d'autres sont directement alloués aux projets. C'est le cas pour les fonds de l'ASIP santé qui représentent 5,8 millions d'euros distribués à 5 projets particuliers de cinq régions différentes en 2012 (Limousin, Languedoc-Roussillon, Auvergne, Basse-Normandie, Lorraine), les fonds débloqués par la

DATAR représentent quant à eux un montant de 2,124 millions d'euros et subventionnent 6 projets depuis 2011, les porteurs de projets peuvent également déposer un dossier de demande de subventions dans le cadre de Fonds Européens de DEveloppement Régional (FEDER), enfin les collectivités locales proposent de subventionner une partie des projets. Des investisseurs privés tels que les groupes industriels et laboratoires sont également financeurs de projets particuliers. Ces investissements privés ne sont pas mesurables dans le sens où il s'agit généralement de financer des projets qui n'ont pas fait l'objet de contractualisation avec les ARS. Il n'y a donc pas eu de recensement des modalités de fonctionnement de ces projets.

Les modalités de financement des projets de télémédecine illustrent le paradoxe du référentiel de marché de l'action publique. Le rôle de l'État est renforcé, puisque les financements émanent de la puissance publique centrale alors même que le fondement du référentiel est la prise de distance vis-à-vis de l'État. Parallèlement la régulation de l'activité est déléguée à des agences indépendantes. Il y a donc simultanément renforcement de l'État et délégation des tâches. Cette situation est également visible dans les modalités d'élaboration et de mise en œuvre des expérimentations dites articles 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014. C'est ce qu'il convient de présenter.

3.4. L'article 36 et son programme d'action

Jusqu'à la fin de l'année 2013, le programme d'action du déploiement de la télémédecine est assez vaste et manque d'opérationnalité. La pratique ne se développe pas et le nombre de projets en cours qui n'atteignent pas le stade expérimental augmente. À la fin de l'année 2013, le comité de pilotage national met en place de nouvelles mesures qui sont inscrites dans l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014, dites expérimentations article 36. Cette réorganisation doit alors permettre un déploiement rapide de la télémédecine dans le secteur ambulatoire et plus particulièrement dans la médecine de ville. Nous présentons dans un premier temps le programme d'action de l'article 36 (3.4.1) puis les modalités d'expérimentations qui y sont associées (3.4.2). Enfin, nous précisons les conditions d'abrogation de ces expérimentations (3.4.3).

3.4.1. Le programme d'action de l'article 36

Si une politique de télémédecine existe depuis la création du comité de pilotage du déploiement, c'est-à-dire depuis 2010, les mesures prises dans un premier temps se sont montrées insuffisantes, n'ayant pas permis un développement significatif de la pratique sur le territoire national. En 2013, le comité de pilotage propose alors un cadre de déploiement plus opérationnel. Ce cadre est inscrit dans l'article 36 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014.

Encadré 6 – L'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales. Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires.

Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations définies au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

Suite à la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 un appel à candidature a été lancé par le comité de pilotage national afin de définir les régions pilotes des expérimentations. Neuf régions ont été sélectionnées : l'Alsace, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre, la Haute-Normandie, le Languedoc-Roussillon, la Martinique, les Pays-de-Loire et la Picardie (Arrêté en date du 10 juin 2014). Le projet est alors ambitieux, il s'agit de proposer des expérimentations organisationnelles tant du point de

vue médical que technologique et de fixer une tarification pour chacun des actes[47] de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance). Chacun des actes pouvant être associé à n'importe quelle pathologie. Les ambitions du comité de pilotage sont représentées dans la figure ci-dessous.

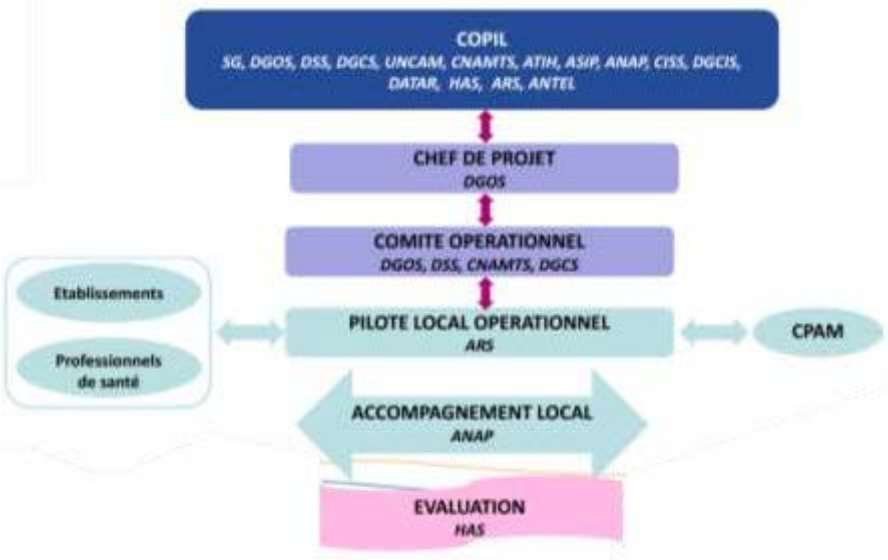
Figure 12 – Les enjeux des expérimentations article 36

Source : (DGOS, 2014)

Les deux premiers recensements des projets de télémédecine ont mis en évidence la faiblesse du nombre de projets en médecins de ville (DGOS, 2014). Les expérimentations article 36, en proposant des modalités de rémunération des actes doivent ainsi lever les freins à l'adhésion des médecins de ville. La DGOS annonce alors que la télémédecine devient une priorité dans l'action des pouvoirs publics (*Ibid.*). Conformément aux modalités d'actions publiques du référentiel de marché, le pilotage de ces expérimentations est délégué à des organisations autonomes. La gouvernance des expérimentations est représentée dans la figure ci-dessous. Contrairement à la mise en œuvre des projets entre 20010 et 2014, dans le cadre des expérimentations de l'article 36, les professionnels de santé sont intégrés aux modalités de gouvernance des projets.

[47] Tous les actes sont concernés à l'exception de la régulation médicale du centre 15 qui bénéficie d'un statut à part étant déjà pratiquée avant la reconnaissance de la télémédecine.

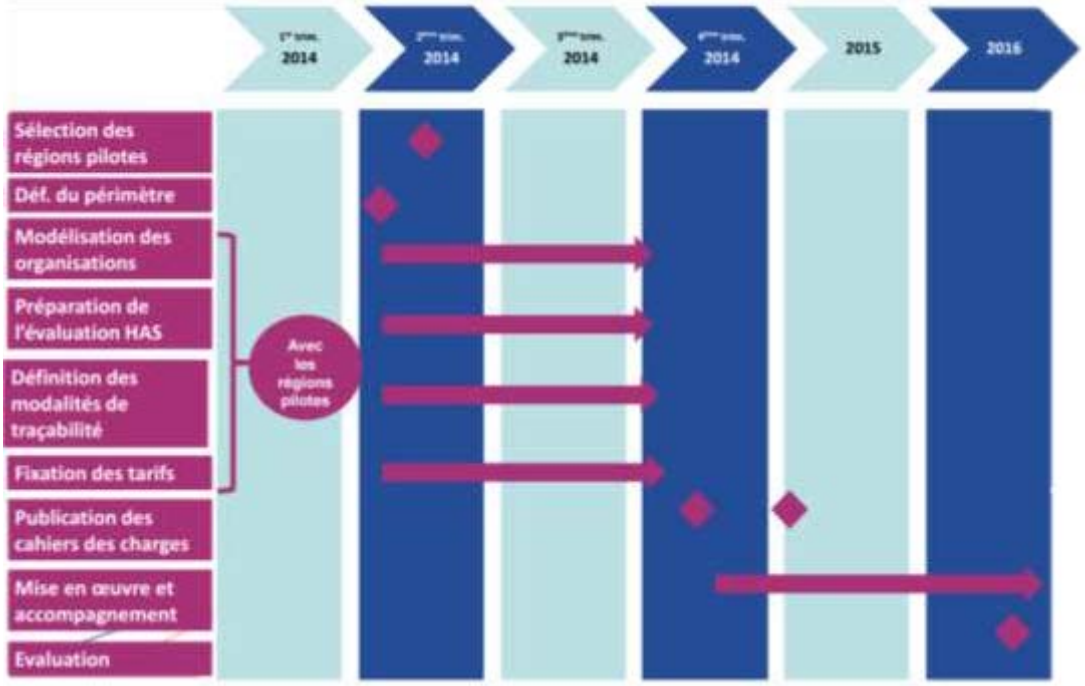
Figure 13 – La gouvernance des expérimentations article 36



Source : (DGOS, 2014)

Les expérimentations de l'article 36 font alors l'objet d'un programme d'action qui doit être mis en œuvre dès le quatrième trimestre de l'année 2014. La figure ci-dessous présente l'agenda des expérimentations dont une première évaluation est prévue pour la fin de l'année 2016.

Figure 14 – L'agenda des expérimentations articles 36



Source : (DGOS, 2014)

Le 17 avril 2015, un premier cahier des charges des expérimentations est promulgué au Journal officiel de la république. Ce cahier des charges représente le programme d'action de la politique de télémédecine. Sont spécifiés dans ce programme les objectifs, le périmètre d'action, les conditions de mise en œuvre, de rémunération et de prise en charge des actes de télémédecine.

Le comité de pilotage et les régions pilotes n'ont pas réussi à trouver un terrain d'entente pour proposer un cadre d'expérimentation pour tous les actes de télémédecine et applicable à tout type de pathologie. Ainsi, le cahier des charges ne fait état d'expérimentations que pour la prise en charge médicale des soins des plaies chroniques[48] et/ou complexes[49]. La prise en charge peut être soit par téléconsultation, soit par téléexpertise. Les expérimentations se révèlent alors être d'une ampleur bien plus modeste qu'attendue.

La téléconsultation est nécessairement synchrone et le patient doit se trouver soit en structure médico-sociale, soit dans une structure d'exercice coordonné (centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle). Dans le cas d'une téléexpertise celle-ci peut être synchrone ou asynchrone et le patient doit se trouver soit en structure médico-sociale, soit au sein du cabinet de son médecin traitant, soit dans une structure d'exercice coordonnée (centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle), soit à son domicile.

3.4.2. Les expérimentations de téléconsultation et de téléexpertise

Qu'il s'agisse d'une téléconsultation ou d'une téléexpertise, les expérimentations de l'article 36 ne concernent que les actes de prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes. Dans les deux cas, les projets de télémédecine doivent faire l'objet de contrats avec les ARS tels que nous les avons définis précédemment (*Cf. supra* p. 138). Les rémunérations expérimentales prévues par l'article 36 ne concernent que les professionnels de santé non hospitaliers, l'objectif étant d'étendre les projets de télémédecine à la médecine de ville.

Dans le cadre des téléconsultations, le professionnel de santé requis, c'est-à-dire celui qui se trouve à distance du patient, est soit un médecin, soit un infirmier diplômé d'État. Le cahier des charges prévoit que la téléconsultation peut être réalisée dans trois cas.

[48] Une plaie est considérée comme chronique lorsque le délai de cicatrisation est allongé (après 4 à 6 semaines d'évolution selon son étiologie). Les causes de plaie chronique incluent également les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation.

[49] Une plaie est considérée complexe lorsqu'elle est évaluée comme telle par le professionnel de santé requérant qui en assure la prise en charge.

Premièrement dans le cadre d'un diagnostic visant à proposer un protocole de prise en charge de la ou des plaies en lien avec le médecin traitant. Deuxièmement dans le cadre du suivi de prise en charge du patient dont le protocole est déjà défini. Troisièmement, dans le cadre d'un acte non programmé dans le cadre du protocole mais qui résulte d'une prescription établie par le médecin traitant du patient.

Lors de la réalisation de la téléconsultation, le médecin ou infirmier requis doit impérativement enregistrer : la date de réalisation de la téléconsultation, l'heure de début et l'heure de fin de la téléconsultation. S'il utilise une messagerie sécurisée de santé pour réaliser la téléconsultation, la durée de cette dernière est automatiquement enregistrée. Pour que la téléconsultation soit effective il doit ensuite rédiger un compte-rendu dans le dossier patient informatisé. Ce compte-rendu doit obligatoirement être adressé par voie sécurisée : au médecin traitant du patient, au professionnel de santé qui se tenait aux côtés du patient durant la réalisation de la téléconsultation, au professionnel de santé ayant signalé le besoin d'un examen médical, au médecin coordonnateur dans le cas d'un patient résidant en EHPAD, à tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge du patient, à tout autre professionnel de santé désigné par le patient, au patient. À la fin de chaque acte, le professionnel de santé requis doit recueillir le consentement du patient à la transmission de ces données et doit le faire répondre à une enquête de satisfaction demandée pour chaque acte faisant partie de l'expérimentation de rémunération des actes de télémédecine. Si toutes ces mesures sont respectées, le médecin ou infirmier requis recevra une rémunération de 28 euros par acte. En revanche, le médecin requérant ne recevra aucune rémunération.

La téléexpertise, quant à elle, a lieu entre deux professionnels de santé et n'implique pas directement le patient. Lors de la réalisation de la téléexpertise, le médecin requérant doit signaler informatiquement sa demande de téléexpertise. Dans le cas où le signalement est effectué par une messagerie sécurisée de santé, la date est automatiquement enregistrée. Le médecin expert requis pour donner son expertise doit quant à lui préciser la date à laquelle il reçoit la demande. Il doit alors préciser la distance kilométrique qui le sépare du patient afin de mentionner le nombre de kilomètres évités si une consultation à domicile avait eu lieu. Il indique ensuite si la réalisation de la téléexpertise a nécessité une demande de précisions ou de compléments au médecin requérant. Il doit ensuite préciser si selon lui le patient serait allé consulter un médecin si la téléexpertise n'avait pas lieu afin de mesurer si la télémédecine

peut être un moyen d'éviter un renoncement à la consultation mais également si cela n'engendre pas une surconsultation.

À la fin de la téléexpertise l'expert requis rédige un compte-rendu et complète le dossier du patient dans les mêmes conditions que pour la téléconsultation. Le compte-rendu doit être enregistré dans le dossier patient et de la même façon que dans le cas de la téléconsultation, le compte-rendu doit être envoyé par voie électronique : au professionnel de santé ayant sollicité la teléexpertise, au médecin traitant du patient, à tout professionnel de santé désigné par le patient, au patient. Si toutes les conditions sont respectées, le professionnel expert requis perçoit une rémunération de 14 euros pas acte. Le médecin requérant ne perçoit quant à lui aucune rémunération.

Qu'il s'agisse de l'acte de téléconsultation ou de téléexpertise, seuls les médecins requis prétendent donc à une rémunération pour leur participation à la réalisation d'un acte de télémédecine. Cette rémunération se fait à l'acte et est conditionnée par la réalisation d'un ensemble de tâches à effectuer et à transmettre par voie de messagerie sécurisée. Pour être rémunéré, le médecin requis doit réaliser un ensemble de tâches administratives supplémentaires comparativement à un acte de médecine classique. Dans le cas des soins de plaies chroniques, le médecin requis est généralement un spécialiste en dermatologie. La rémunération de l'acte est donc identique à un acte classique dans le cas d'une téléconsultation mais bien inférieur dans le cas d'une téléexpertise. Dès lors, le médecin réalise une activité administrative supplémentaire qui n'est pas rémunérée. En outre, le médecin s'engage à révéler à ses confrères et aux organismes de tutelle un ensemble d'informations traditionnellement considérées comme privées. Il doit effectivement préciser la durée de l'acte et doit détailler un compte-rendu de l'acte dans lequel il décrit son diagnostic et justifie son traitement. La télémédecine apparaît alors comme une pratique médicale permettant de récolter un ensemble d'informations sur les offreurs de soins jusqu'alors inobservable.

Dans le cas où les informations recueillies par le comité national de pilotage de la télémédecine seraient satisfaisantes, la tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise sera étendue à l'ensemble des régions et à l'ensemble des pathologies.

3.4.3. L'abrogation du cahier des charges de 2015

Au 1er janvier 2016, seulement 7 actes expérimentaux ont eu lieu dans le cadre de l'article 36 (dont 5 ne suivent pas l'ensemble des conditions expérimentales). Le 28 avril 2016, compte tenu de l'impasse dans laquelle se trouve le déploiement de la télémédecine dans le cadre de l'article 36, le cahier des charges de 2015 est abrogé. Un nouveau cahier des charges a ensuite été publié le 5 mai 2016 et représente toujours une application de l'article 36 mais propose un cadre d'expérimentations en rupture avec le précédant compte tenu de son échec. Étant donné l'avancée de notre travail de rédaction à la date du 5 mai 2016, il ne nous a pas été permis de construire un nouveau cadre analytique du cahier des charges de 2016, notre étude réalisée jusqu'à cette date portant sur les rapports de force au sein des expérimentations au sens de celui de 2015 dont la construction avait débuté en 2013.

Bien que notre analyse porte sur le programme d'action du cahier des charges de 2015 il convient de présenter les changements introduits par celui de 2016. Dans la suite de la thèse nous préciserons lorsque les modalités des expérimentations ont évolué. Par ailleurs, il convient de préciser que les expérimentations dans le cadre de l'article 36 représentent une infime partie des projets en cours de télémédecine, le périmètre de la politique de télémédecine ne se borne pas aux seules expérimentations de l'article 36. L'analyse que nous réalisons au sujet du déploiement dans son caractère général reste d'actualité et les chantiers prioritaires à l'échelle nationale n'ont pas été redéfinis.

Concernant le nouveau cahier des charges en vigueur depuis le 5 mai 2016, les régions expérimentales restent les mêmes et conservent le périmètre d'action de l'ancien découpage administratif des régions. La médecine de ville et les structures médico-sociales restent la priorité des expérimentations et les actes expérimentaux sont toujours la téléconsultation et la téléexpertise. Toutefois, les pathologies prises en compte sont étendues à l'ensemble des Affections longues durées (ALD) et les patients en structure médico-sociale peuvent intégrer un projet expérimental quelle que soit leur pathologie. Les deux modalités qui modifient considérablement le contexte des expérimentations sont les nouveaux modes de rémunération et l'absence d'obligation de rédiger un contrat de télémédecine avec l'ARS. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre 4.

Concernant les nouvelles modalités de rémunération des actes de téléconsultation et de téléexpertise, l'interprétation du cahier des charges fait débat au sein même des acteurs du

déploiement. Nous proposons alors de retranscrire les termes exacts dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 7 – Les modalités de rémunération, cahier des charges de 2016

Dans le cadre d'une téléconsulation réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le professionnel de santé requis est rémunéré dans la limite de trois actes par patient par an :

- 26€ par acte et jusqu'à trois actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un médecin généraliste effectuant des activités de gériatrie ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST ;
- 28€ par acte et jusqu'à trois actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un médecin spécialiste (sauf gériatre ou psychiatre) ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST ;
- 43,70€ par acte et jusqu'à cinq actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un psychiatre ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST.

Il n'y aura pas de rémunération dans ce cadre pour le médecin requérant.

Dans le cadre d'une téléexpertise réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le professionnel de santé requis, est rémunéré au moyen d'un versement forfaitaire versé l'année N+1 au regard de l'activité déclarée lors de l'année N.

Le montant forfaitaire de la rémunération est de 40€ par an (année civile) et par patient pour chaque professionnel requis, à partir d'une téléexpertise réalisée pour un patient donné et ce, quel que soit le nombre de téléexpertises effectuées par le professionnel médical requis pour un même patient. Une limite de 100 patients pris en charge par téléexpertise et par professionnel médical est fixée.

La rémunération du professionnel de santé requis est de 1€ à la suite de chaque téléexpertise réalisée. En fin d'année, la CPAM versera le différentiel permettant d'atteindre les 40 euros par patient, par an et par professionnel médical.

Il n'y aura pas de rémunération dans ce cadre pour le médecin requérant.

Sont éligibles à cette rémunération les professionnels de santé requis installés dans l'une des 9 régions pilotes sélectionnées par arrêté du 10 juin 2014.

Des contrôles pourront être effectués a posteriori pour vérifier que le professionnel bénéficiant de cette rémunération respecte bien l'intégralité des dispositifs du présent cahier des charges.

Si les modalités de rémunérations des actes de téléconsultation sont facilement compréhensibles ceux de la téléexpertise sont quant à eux plus complexes. Concernant les actes de téléexpertise les médecins généralistes perdent 2 euros comparativement à l'ancien cahier des charges et le nombre d'actes est à présent plafonné. Les médecins requérants, quel que soit l'acte considéré, ne sont toujours pas rémunérés. Concernant les téléexpertises, dans l'ancien cahier des charges, le médecin requis était rémunéré 14 euros par acte sans limite d'actes. Dans le nouveau cahier des charges, il est rémunéré 1 euro par acte et par patient mais quel que soit le nombre d'actes réalisés par patient, il sera dans tous les cas rémunéré 40 euros. Le nombre de patients est limité à 100 par médecin requis. Dans ce contexte, le

médecin requis a tout intérêt à ne réaliser qu'une seule téléexpertise pour un même patient puisque le montant final de sa rémunération sera quoi qu'il arrive de 40 euros par an et par patient.

L'objectif affiché pour justifier ce mode de rémunération est de limiter les comportements opportunismes des médecins qui prescriraient un trop grand nombre d'actes par patient. Si le nouveau cahier des charges permet de diminuer ce risque, il ne limite pas celui de la multiplication du nombre de patients pris en charge. C'est donc dans ce programme particulier que le déploiement de la télémédecine doit avoir lieu.

Conclusion

L'analyse de la construction de la politique de télémédecine ne peut se limiter aux actions publiques menées depuis l'application de la loi HPST de 2009. En effet, pour comprendre les mesures de déploiement de l'activité appliquées depuis le début des années 2010, nous avons été amenés à tenir compte des évolutions conjointes de l'organisation de la production et de l'organisation des idées partagées au sein du référentiel politique de l'action publique, ceci depuis les années 1970. Étudier le déploiement de la télémédecine nécessitait ainsi de prendre en compte à la fois le contexte technologique et le contexte institutionnel du système de santé.

L'introduction de la technologie dans la relation médecin-patient a permis, depuis le début des années 1990, la mise en place d'une nouvelle organisation de la filière de soins qui est, initialement, vue par les médecins comme une solution à la désertification médicale sans devoir sacrifier la liberté d'installation, pilier de la régulation de la médecine libérale. La télémédecine semble alors être la source d'un nouveau compromis institutionnel. Toutefois, si la technologie permet de résoudre de façon virtuelle la problématique de l'accessibilité aux soins, elle engendre également de nouvelles façons de penser l'encadrement de la production médicale. Ainsi, le développement des technologies de communication médicales contribue à la modification du régime de développement macrosectoriel. La technologie a permis la circulation des informations entre les producteurs de soins, informations que la tutelle peut à présent détenir à moindres coûts. *De facto*, les technologies deviennent les yeux de la tutelle dans la boite noire de la production médicale.

La télémédecine, jusqu'alors une activité artisanale, s'industrialise et s'institutionnalise. Elle est reconnue juridiquement par la loi HPST, un cadre légal lui est

conféré et est précisé par décret et par des lois complémentaires comme la loi de financements de la protection sociale de 2014 (expérimentations article 36). Le déploiement de la télémédecine devient alors un enjeu de la modernisation des soins, qui doit permettre simultanément d'améliorer la qualité des soins tout en encadrant l'évolution de la dépense de santé.

Les arrangements institutionnels antérieurs laissent leur place à un cadre réglementaire nouveau, inscrit dans une politique publique influencée par le référentiel de marché, vecteur de diffusion de théories standards. L'activité de télémédecine devient ainsi une activité contractuelle dont les résultats s'analysent en termes de performance médico-économique. Toutefois, ce nouvel outil de politique publique ne réagit pas de la façon attendue par le politique. En effet, le développement attendu pour 2011, puis pour 2014, n'a pas lieu, et en septembre 2016, les indices convergent pour indiquer que le nombre de projets de télémédecine mené dans le cadre des expérimentations de l'article 36 n'augmente toujours pas.

Conclusion de la première partie

L'objectif général de notre recherche est de mettre en évidence les raisons du faible développement de la télémédecine en France. Plus précisément, il s'agit d'expliquer pourquoi elle ne se développe pas dans le cadre prévu à cet effet (Lareng, 2013). Il serait effectivement erroné d'affirmer que la télémédecine n'est pas pratiquée en France. En revanche, elle ne l'est pas dans le cadre des expérimentations menées par le comité national de pilotage de l'activité.

Nous avons vu dans cette partie que les recommandations sur lesquelles se basent les institutions en charge du développement de la pratique proposent d'adapter les expériences étrangères réussies au cas français, notamment en matière d'organisation (Lasbordes, 2009 ; Simon et Acker, 2008). Si l'on suit les auteurs, il serait donc possible de sortir de l'impasse dans laquelle se trouve la pratique de la télémédecine en suivant le modèle organisationnel de *success stories* (Darkins et Cary, 2000). Or, nous avons pointé que la littérature sur laquelle reposent ces recommandations ne s'appuie pas sur un cadre méthodologique particulier des comparaisons de systèmes organisationnels productifs et qu'elle ne s'attache pas à définir ce qu'est un système de télémédecine. Au contraire, dans cette littérature, l'idée sous-jacente est l'existence d'un modèle universel de performance, laissant penser l'évolution de tout système de télémédecine vers un *one-best-way* organisationnel.

D'après les promoteurs de la télémédecine en France, il s'agirait alors d'identifier la meilleure performance à l'étranger pour ensuite organiser une convergence sur ce modèle. La littérature comparative des systèmes de télémédecine vise ainsi à étudier les performances de différents pays en vue d'en tirer des recommandations uniformes, normatives et standardisées sur la meilleure façon, pour une organisation télémédicale, de parvenir à l'efficience organisationnelle, quel que soit le pays cible de ces recommandations.

Or, la démarche des approches régulationnistes, mise en œuvre tant dans le cadre de travaux visant la comparaison de systèmes de santé (André, 2015) que dans les travaux relatifs à la diversité des capitalismes (Amable, 2005), invite à tenir compte de la variété des arrangements institutionnels, en particulier à travers des hypothèses de complémentarité et de hiérarchie institutionnelle. L'idée d'un *one-best-way* en matière de modèle productif d'un système de télémédecine n'apparaît ainsi pas soutenable. En effet, les systèmes de santé nationaux peuvent présenter d'importantes disparités et cela même dans un groupe de pays

similaires à l'échelle du capitalisme, ce que nous apprennent à la fois des travaux régulationnistes (André, 2015), mais aussi des travaux d'inspiration moins hétérodoxes -c'est un euphémisme- émanant de l'OCDE (OCDE, 2015).

C'est pourquoi, en nous appuyant sur les enseignements des travaux régulationnistes, nous avons cherché en premier lieu (chapitre 1) à définir la configuration institutionnelle des systèmes de télémédecine (Boyer, 2003). Dès lors, l'analyse de l'architecture institutionnelle des organisations de télémédecine nous a permis de caractériser l'interdépendance entre (i) les institutions des systèmes de santé, (ii) celles des systèmes de soin et (iii) le cadre réglementaire et normatif déployé aux niveaux sectoriel, national et supranational tant médical que technologique.

Une telle analyse nous a alors permis de définir les éléments institutionnels constitutifs d'un système de télémédecine et de mettre en évidence la singularité des dispositifs nationaux, voir infranationaux (régionaux ou fédéraux). En effet, en tant que forme de production de soins institutionnalisée, le système de télémédecine interagit avec son environnement mais est également dépendant de ce même environnement, ce qui explique la singularité de chacun des systèmes[50]. Fort de ces enseignements, nous avons caractérisé le système de la télémédecine en tenant compte de son articulation avec son environnement, tant du point de vue organisationnel et institutionnel que du point de vue des logiques de production, d'échange et de consommation. En suivant les enseignements des approches régulationnistes développées au niveau méso (Boyer, 1990 ; Gallois, 2012 ; Gallois et Nieddu, 2015 ; Nieddu, 1998), nous avons distingué, d'une part, les éléments institutionnels et d'autre part, les dynamiques socio-économiques (Boyer et Saillard, 2002 (1995)). Bien que ces deux dimensions soient constitutives d'un même système, cette séparation analytique nous permettra par la suite d'identifier leurs complémentarités ou au contraire leurs disparités et/ou leurs antagonismes en vue d'expliquer le niveau de développement de la télémédecine en France.

Nous avons, en effet, mis en évidence que le cadre institutionnel conditionne les dynamiques socio-économiques, en constituant des freins ou des opportunités, ces dynamiques influençant elles-mêmes les institutions. Nous avons alors retenus les éléments constitutifs du système de télémédecine qui sont récapitulés dans la figure 15 *infra*.

[50] Notons toutefois, que les systèmes de santé qui tendent à l'hybridation des modèles beveridgiens et bismarckiens, malgré des caractéristiques idiosyncrasiques, connaissent une relative convergence organisationnelle (André, 2015). Le même constat peut être fait pour les systèmes de télémédecine, Toutefois, cette convergence ne suffit pas à légitimer l'analyse en termes de *one best way*.

Figure 15 – Caractérisation du système de télémédecine

Dispositifs institutionnels	Logiques socio-économiques
Normes de production : - Réglementation de l'exercice de la télémédecine ; partiellement induites par les réglementations liées à l'exercice de la médecine **Organisation technique et sociale de la production** : - Organisation de l'offre entre sites requérants, sites requis et répartition sur le territoire ; découlant entre autres de la répartition des centres de santé sur le territoire - Forme de coordination des différents lieux de soins, organisation de la division du travail entre les différents types d'offreurs de soins **Conditions de rémunérations des producteurs de soins** : - Modalités de paiement des centres de soins, - Modalités de rémunération des médecins : capitation/salariat/acte **Politique de santé / politique de télémédecine**	**Logique de production :** - Qu'est-ce qui est produit ? Comment et dans quelles quantités ? **Logique d'échange :** Coordination médecins-patients et flux monétaires : - Les flux monétaires destinés à la rémunération des médecins passent-ils par les patients ou bien les médecins sont-ils directement rémunérés par un système de santé intégré public ou privé ? - Les dispositifs qui réglementent le système de soins sont-ils un frein à la télémédecine ? **Logique de consommation :** Consommation de soins soutenue par le type de couverture assurantielle, la consommation de télémédecine serait liée à la couverture assurantielle de ce type de pratiques. La pratique de la télémédecine serait sous-tendue par des difficultés d'accès aux soins classiques - Contrainte géographique (caractère de ruralité/de distance d'accès aux soins) - Contrainte en termes d'infrastructures

La caractérisation du système de télémédecine nous enseigne que chacun de ces dispositifs est intrinsèque au système de santé et à son espace territorial, et donc que l'articulation et la cohérence entre les dispositifs institutionnels et les logiques d'action socio-économiques diffèrent d'un modèle à l'autre.

La qualification du système de télémédecine nous a permis d'identifier les éléments qui favorisent ou, au contraire, freinent le développement de la pratique télémédicale dans les différents pays que nous avons étudiés (*Cf.* p. 88). Dès lors, la caractérisation de la configuration institutionnelle devient un outil de lecture des forces et des faiblesses des systèmes de télémédecine. Nous avons donc construit une grille analytique afin de pouvoir identifier ce qui explique que dans certains pays la télémédecine se développe et pas dans d'autres, ceci en tenant compte des spécificités institutionnelles des différents pays (*Cf.* p. 86). Nous déduisons de ce travail que les caractéristiques organisationnelles, démographiques (tant médicales que de la population), épidémiologiques, financières, médicales, historiques et géographiques ne permettent pas à elles seules de discriminer les pays les plus utilisateurs de la télémédecine des autres. *A priori*, le principal critère explicatif du niveau de développement

de la pratique renvoie aux modalités de l'action publique, c'est-à-dire à la mise en œuvre de la politique publique.

La politique de télémédecine est alors considérée comme le mode de gouvernance du développement de la pratique. Les résultats de notre analyse nous amènent à retenir que la télémédecine se développe dans les pays où le mode de gouvernance, *i.e.* la politique de télémédecine, permet d'harmoniser les dispositifs institutionnels avec les logiques socio-économiques et réciproquement. Au contraire, dans les pays où le mode gouvernance ne permet pas la cohérence entre ces deux éléments constitutifs du système, la pratique peine nécessairement à se développer. Dès lors, la télémédecine apparaît bien comme une affaire de politique publique.

L'obtention de ce premier résultat nous a conduit, dans le deuxième chapitre, à orienter nos recherches sur la construction même de la politique de télémédecine. L'objectif était de comprendre pourquoi, dans le cas français, la mise en œuvre de la stratégie nationale de déploiement ne tient pas compte des logiques socio-économiques historiques du système de soins et donc entre en tension pour la production de télémédecine. Nous avons mis en évidence le rôle prédominant de la politique de télémédecine dans le développement de la pratique. Toutefois, pour comprendre les freins au développement de la télémédecine, il paraît nécessaire mais non suffisant d'en analyser les modalités de mise en œuvre.

En effet, la littérature institutionnaliste hétérodoxe, tant économique que sociologique, nous enseigne que c'est en étudiant la construction d'une politique publique qu'il est possible de mettre en évidence le cadre idéologique associé (Domin, 2013 ; Muller, 2006, 2015). C'est donc dans l'analyse de la construction de la politique de télémédecine qu'il est possible d'identifier les caractéristiques idéologiques qui vont être à l'origine de rapports conflictuels entre les dispositifs institutionnels et les logiques socio-économiques (Le Galès, 1999).

Dans ce deuxième chapitre, nous avons alors mis en évidence que la construction de la politique de télémédecine repose sur la conjonction de deux phénomènes : (i) l'industrialisation de l'activité, qui a permis l'introduction de nouveaux arrangements institutionnels entre les acteurs traditionnels du champ de la santé (les professionnels de santé, les patients et la tutelle), auxquels sont venus s'ajouter de nouveaux entrants : les acteurs de l'industrie technologique ; et (ii) l'institutionnalisation de la pratique par le biais de sa reconnaissance juridique. L'introduction de la technologie dans la relation médecin/patient, c'est-à-dire au sein même du colloque singulier, est l'élément déclencheur qui a permis à la tutelle de voir la télémédecine comme un outil de renouvellement de l'action publique. La

technologie offre la possibilité de décomposer des phases de production de l'acte médical, et ainsi de rendre plus transparente l'information médicale, ce qui a séduit les partisans de la *modernisation* de l'action publique.

L'institutionnalisation de la télémédecine permet en effet de contrôler son organisation et de diffuser le cadre idéologique du référentiel de marché dans les modalités de contrôle. L'institutionnalisation de la pratique de la télémédecine marque ainsi l'encastrement du référentiel sectoriel dans l'orientation globale de l'action publique. À partir de la date l'institutionnalisation de la télémédecine, le cadre idéel partagé par les institutions en charge du déploiement de la télémédecine, qui véhicule les postulats néo-libéraux, vient se substituer aux précédents compromis institutionnels (Jobert, 1994). *De facto*, tant dans la forme de la gouvernance du déploiement de la télémédecine que dans l'organisation de la production des soins, les logiques retenues sont celles du référentiel de marché (Kübler et De Maillard, 2009). La politique de télémédecine et la stratégie nationale de déploiement de la pratique se construisent autour de dispositifs institutionnels qui sont en rupture avec les logiques socio-économiques du secteur de la santé. L'application du cahier des charges des expérimentations de télémédecine, dites expérimentations article 36, est en rupture avec les compromis institutionnels antérieurs et nous avons vu qu'aucun nouvel arrangement ne semble être trouvé. Dès lors, la télémédecine se développe dans un cadre extérieur à celui reconnu par le biais de l'institutionnalisation de la pratique. Le faible taux de contractualisation des acteurs de la télémédecine avec les ARS relève bien de cette logique.

Nous avons donc mis en évidence les modalités de construction de la politique de télémédecine et les supports idéologiques et organisationnels sur lesquels elle repose. Nous cherchons désormais à identifier précisément l'origine des incohérences entre les dispositifs institutionnels et les logiques socio-économiques.

Partie 2 :

Les rapports de force dans le déploiement de la télémédecine :

analyse des trajectoires de l'action publique

Introduction de la deuxième partie

Nous avons mis en évidence, dans la première partie, que la politique publique joue un rôle prédominant dans le niveau de développement de la télémédecine. C'est pourquoi, nous avons présenté les modalités de construction de cette politique afin d'analyser les supports idéologiques et organisationnels sur lesquels elle repose. Nous en avons conclu que le faible développement de la télémédecine était le résultat d'un manque de cohérence entre les dispositifs institutionnels issus de l'institutionnalisation de la pratique et les logiques socio-économiques historiques dans le champ de la santé. Nous cherchons désormais à étudier ces zones de blocage, à comprendre leurs origines et à les expliquer.

L'objectif de cette deuxième partie est donc de caractériser le manque de cohérence entre l'institutionnalisation de la télémédecine portée par la puissance publique et les logiques socio-économiques de la production de soins portées par les médecins. En cette optique, les enseignements de notre partie 1 nous indiquent que c'est dans les modalités même de construction de la politique de télémédecine que se trouve l'origine du blocage du déploiement.

Pour pouvoir en rendre compte, nous nous attachons, dans le chapitre 3, à décrire le modèle productif de l'action publique dans le référentiel de marché. Nous mettons en évidence que ce modèle s'inscrit pleinement dans le mouvement contemporain de réforme de l'État qu'est le *New public management*. Si le *New public management* renvoie à un mouvement général de réformes, il n'en est pas moins un « *puzzle doctrinal* » (Bezes, 2005b). Il est alors possible de mettre en évidence une hybridation des logiques d'action en matière de processus de production de l'action publique (Boyer, 1997). Nous cherchons à en rendre compte et identifions quatre grandes formes hybrides du *New public management* renvoyant à quatre modèles de production de l'action publique (Dunleavy et Hood, 1994 ; Hood et Peters, 2004 ; Pyun, 2013). À partir de ce cadre théorique, nous caractérisons le modèle productif de l'action publique en France.

Après avoir mis en évidence comment est produite l'action publique en France, nous questionnons l'adéquation entre ce modèle national et son adaptation sectorielle à la télémédecine. C'est l'objet du chapitre 4. Nous analysons la façon dont la gouvernance de la

télémédecine et sa logique de fonctionnement sont conditionnées par les dispositifs du *New public management* à la française. Nous examinons ainsi quatre caractéristiques du mode de gouvernance de la télémédecine dont nous pensons qu'elles peuvent expliquer les tensions dans la chaîne de production de l'action publique : (i) l'externalisation de la production hospitalière, (ii) le renforcement du rôle de l'État dans les mécanismes de coordination de la production médicale, (iii) les modalités de rémunération des actes de télémédecine et (iv) l'évaluation de la performance de la pratique. La caractérisation du modèle productif de la gouvernance de la télémédecine permet la mise en évidence des tiraillements entre, d'une part, le respect des principes du *New public management* et, d'autre part, l'insertion dans les dispositifs institutionnels sectoriels. Ces tiraillements sont à l'origine d'une déviation du modèle productif hybride de la télémédecine par rapport à l'axe fixé par le comité de pilotage national (Pyun, 2013).

Le chapitre 5 cherche ensuite à analyser ces réorientations successives du modèle productif de la gouvernance de la télémédecine. À cet effet, nous décryptons les trajectoires de ce modèle en termes de rapports de force entre les échelles de régulation de la gouvernance de la pratique. Pour cela, nous mettons en évidence trois échelles de régulation : nationale, régionale et professionnelle. À chacune de ces échelles correspondent des mécanismes de coordination idiosyncrasiques qui révèlent des spécificités en termes de représentations et de jugement de la règle de coordination (Rebérioux, et al., 2001). En mobilisant les instruments de l'Économie des conventions en matière de coordination des individus (Batifoulier, et al., 2011a), nous discutons alors la possibilité qu'ont les organes en charge du déploiement de la télémédecine de comprendre la nature réelle de ces conflits compte tenu du cadre idéologique du référentiel de marché qu'elles mobilisent pour analyser la situation.

Chapitre 3

Le *New public management*, système productif hybride de l'action publique

Introduction

A priori, la télémédecine et le *New public management*, entendu comme mouvement contemporain de réformes de l'État et contestataire du modèle bureaucratique public, ne semblent pas avoir grand-chose en commun. La pratique de la télémédecine, qui plus est dans la sphère libérale de l'activité médicale, apparaît comme une problématique bien éloignée de celle de la crise de légitimité de la bureaucratie publique et de la réforme de l'action publique[51] qui lui est associée. Toutefois, nous avons mis en évidence dans le chapitre précédent, qu'en tant que pratique institutionnalisée depuis sa reconnaissance juridique, l'organisation de la télémédecine est, à partir de 2009, pleinement dépendante de règles et de normes qui émanent de la puissance publique. Or, ce cadre réglementaire, nous l'avons vu, est le résultat de l'application d'un référentiel d'actions et d'idées particulières.

Le référentiel du *New public management*, dit de marché, influence dès lors la mise en œuvre de toute politique publique, y compris celle de la télémédecine. Le modèle organisationnel de la télémédecine est en effet entièrement dépendant des directives de la politique qui lui sont associées. Ainsi, la pratique de la télémédecine quel que soit l'acteur considéré, professionnel médical, de santé, ou paramédical, et son statut libéral ou salarié, est conditionnée par le respect de ce modèle idéel et organisationnel. Le *New public management*, peut alors être défini comme une nouvelle modalité d'action de l'État qui détermine la mise en œuvre de toute politique sectorielle, dont celle de la télémédecine.

L'objectif de ce chapitre est alors de caractériser les modalités de production de l'action publique au sens du *New public management*. Il s'agit de définir ce modèle productif de l'action de l'État et de montrer en quoi le référentiel sur lequel il repose en détermine la forme. Pour ce faire, nous nous attachons dans ce chapitre à déterminer le modèle productif global de l'action publique, c'est-à-dire à l'échelle nationale. L'interdépendance entre le modèle national de production de l'action publique et celui de l'organisation du déploiement de la télémédecine sera traitée dans le chapitre suivant.

[51] Pour rappel, nous avons défini la notion d'action publique dans la section 3 du chapitre précédent.

Afin de caractériser le modèle productif du *New public management*, entendu comme processus de production de l'action publique, il est nécessaire de présenter au préalable l'origine et les postulats sur lesquels reposent ces nouvelles modalités d'action. Cette présentation nous amène à identifier une multitude de formes du *New public management* selon la temporalité et l'espace considérés.

Partant d'un cadre idéologique commun, une pluralité de modèles hybrides est reconnue dans la littérature. L'hybridation[52], entendue au sens de Robert Boyer (1997), se présente alors comme l'adaptation d'un modèle productif à un espace institutionnel local afin d'en faciliter l'introduction. Malgré cette multitude de modèles, quatre principales formes productives hybrides du *New public management* peuvent être caractérisées (Dunleavy et Hood, 1994 ; Hood et Peters, 2004 ; Pyun, 2013). À partir de cette cartographie des formes hybrides, nous définissons le modèle productif de l'action publique en France (1).

Bien qu'il existe une pluralité d'applications du *New public management*, toutes sont construites sur un référentiel commun. C'est d'ailleurs là une caractéristique fondamentale de l'hybridation. Afin de comprendre la façon dont est pensé tout le processus de production de l'action publique, nous présentons ce référentiel idéologique commun à partir d'exemples heuristiques du champ de la santé. En effet, à l'origine du *New public management*, se trouvent les postulats des théories du choix public, des coûts de transaction et de l'agence. Ainsi, les deux premières théories ont influencé les modalités organisationnelles de la production de l'action publique, au sens du *New public management* et la dernière est le support théorique sur lequel reposent l'encadrement, le contrôle et l'évaluation de l'action (2).

1. *New public management*, prise en compte d'un problème global et adaptation productive locale

Depuis le début des années 1980, la production de l'action publique s'inscrit dans un mouvement international de réforme des États, le *New public management*. La présentation de ce mouvement met en évidence que si la volonté initiale est la même dans tous les pays, *i.e.* moderniser l'action publique, la forme effective de ces réformes diffère largement selon le territoire considéré (1.1). Il semble alors que les modèles de production issus du *New public management* puissent être associés à une représentation hybride du référentiel de marché. Il convient dès lors de caractériser les modèles productifs constitutifs de cette hybridation (1.2)

[52] Cf. la section 1.2 de ce chapitre pour la définition de l'hybridation au sens de Robert Boyer.

et de définir l'organisation dominante dans la production française de l'action publique (1.3). Malgré l'existence d'une pluralité d'applications du *New public management*, toutes ces organisations puisent leur origine dans un référentiel idéal commun. Nous mettons alors en évidence les supports idéologiques de ce référentiel (1.4).

1.1. Une volonté globale de réformer le sens et les modalités de l'action publique

Les différentes formes de *New public management* partagent toutes la volonté de réformer l'action publique et plus encore les modalités de fourniture des services publics (1.1.1). Dès lors ces réformes marquent le passage d'un modèle productif à un autre et donc un changement de référentiel de l'action publique (1.1.2). Toutefois, au sein du nouveau modèle, celui du *New public management*, il semble impossible de caractériser précisément la forme de l'État, laissant penser l'existence de modèles hybrides (1.1.3).

1.1.1. Le socle commun des réformes de l'État

L'expression *New public management* désigne le mouvement global de réforme de l'État et des politiques publiques dans les pays occidentaux à partir des années 1980 (Hood et Peters, 2004). Il s'agit alors de proposer un nouveau modèle de production de l'action publique. Le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont les premiers à mettre en place une réorganisation profonde de leurs secteurs publics (Merrien, 1999). Ces pays seront ensuite suivis par les États-Unis et de nombreux autres pays de l'OCDE. L'attrait pour le *New public management* apparaît comme la conjonction de quatre phénomènes de nature différente, observables dès le milieu des années 1970 dans les pays occidentaux : (i) l'enlisement dans des problèmes économiques (dette publique, déficit commercial, délocalisation de la production, …) ; (ii) la montée en puissance des idées néo-libérales face aux idées keynésiennes (l'État social keynésien est présenté comme illégitime et producteur d'effets antiéconomiques) ; (iii) la constitution de réseaux d'experts internationaux qui diffusent des recommandations de réformes par le biais d'institutions telles que l'Organisation mondiale du commerce (OMC), l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et le Fond monétaire international (FMI) ; et enfin (iv) la recherche politique de nouvelles théories fédératrices (Hood, 1991).

L'ouvrage de référence en la matière est celui de Davis Osborne et Ted Gaebler (1992) qui propose de réinventer le mode de gouvernement jugé irresponsable et gaspilleur. Les premiers travaux académiques portant sur le *New public management* sont affiliés à l'École de Chicago et reposent sur les postulats fondateurs de l'économie des choix rationnels (Merrien, 1999). Le mode de gouvernement de l'État est alors présenté comme inefficace de par son extension démesurée et dépourvue d'évaluation et ses prestations sociales désinciteraient au travail. L'État social anéantirait le sens des responsabilités, de la famille et de l'effort. L'idée principale diffusée est de suivre l'esprit d'entreprise au sein des organisations publiques. L'objectif premier est de réduire les coûts des dépenses publiques par le biais non seulement de programmes de privatisations massives, mais également en transformant les modalités d'action dans la sphère publique (Pollit, et al., 2007 ; Pollitt et Bouckaert, 2011 (1999)). Le concept de quasi-marché émerge alors et renvoie à l'idée que les relations contractuelles client-fournisseur sont plus efficientes que les relations hiérarchiques. Le modèle contractuel est dès lors présenté comme efficient. Le terme de gouvernance, emprunté au secteur marchand est introduit dans la sphère publique.

Le *New public management* devient populaire à travers sa promesse de réduction des impôts et celle de responsabiliser les acteurs économiques publics à travers les comptes qu'ils devront rendre aux citoyens en apportant la preuve de la réussite de leurs actions menées avec les fonds publics. Les réformes du système public de santé britannique, le *National health service* en sont un exemple typique (Hannigan, 1998 ; Kuhlmann, et al., 2009). Dans ce système, une logique managériale, empruntée au modèle de la sphère entrepreneuriale, se développe et s'accompagne de diverses formes d'externalisations à travers la création d'agences semi-autonomes d'évaluation et de contrôle (Benamouzig et Besançon, 2005). Nous reviendrons, pour le cas français, sur la création des différentes agences dans le champ de la santé dans le chapitre suivant.

À travers les réformes du secteur public britannique et néo-zélandais, l'objectif de rationalisation des coûts, voire de rentabilité de l'intervention publique est clairement assumé, pour ne pas dire revendiqué (Merrien, 1999). Dès la fin du XXe siècle, des rapports gouvernementaux sont publiés et énoncent la nécessité de mettre en place des indicateurs de performance et de mener des évaluations systématiques de l'efficience des politiques publiques. Les politiques publiques de santé sont alors particulièrement pointées du doigt pour leur manque de transparence et le niveau des dépenses engagées. Une rupture est donc amorcée dans les modalités de production de l'action publique. Le terme *New public management* marque le passage d'un ancien à un nouveau modèle productif.

1.1.2. *From old public administration to new public management*[53]

Parler de *New public management* renvoie à l'idée qu'il en existerait un ancien. Dans le cas contraire l'adjectif *New* aurait déjà été abandonné puisque le *New public management* existe depuis maintenant plus de trente ans. Le maintien de cet adjectif tient donc à la volonté de marquer la différence avec d'anciennes formes productives et de fonctionnement de l'action publique. Il est dès lors nécessaire d'analyser le contexte dans lequel s'insère l'évolution du modèle productif.

Dans ses diverses formes d'application, le *New public management* se fonde sur une remise en cause profonde du modèle hiérarchique wébérien (Bartoli et Blatrix, 2015). La logique est de dépasser les dysfonctionnements de l'organisation administrative dite traditionnelle dans les secteurs de l'offre de services publics. Le modèle de gestion participative, comme peut l'être à sa création la Sécurité sociale en France, est particulièrement pointé du doigt (Palier, 2010). Les confusions liées à l'affectation des responsabilités sont principalement mises en évidence. Le concept de *steering at distance* sert alors de nouveau principe d'action et de contrôle dans le *New public management* (Ferlie, et al., 1996).

Entre l'ancienne et la nouvelle action publique, la révolution managériale s'entend par le passage du monopole au marché, de la contrainte administrative à la diversité et de l'administration irresponsable à l'administration responsable (Merrien, 1999). En contrepartie de ces modifications structurelles, le *New public management* est censé apporter avec lui l'efficience et l'équité et l'organisation des systèmes de santé n'échappe pas à cette logique. Il convient alors de revenir sur les fondements du modèle bureaucratique wébérien, support de l'État social et sa remise en cause néo-libérale. Le modèle bureaucratique wébérien est né à la fin du XIXe siècle (Bartoli et Blatrix, 2015). Il est présenté comme un modèle conforme au principe légal-rationnel à la fois dans le respect de la primauté de la sphère politique au sein du système organisationnel et le respect de la démocratie dans le fonctionnement de l'organisation (*Ibid.*).

D'après les travaux de Weber, six grands principes de fonctionnement s'appliquent au modèle bureaucratique (Weber, 1921). Le premier est la division du travail. Le poste, les tâches et les responsabilités de tout individu doivent être clairement définis et distincts. Les règles doivent être explicitées et généralisées, afin qu'il n'y ait pas de traitement de

[53] Le titre de cette sous-partie est repris de l'article de Hood (1994).

favoritisme ou d'individualisation des considérations. Le deuxième principe est la structure hiérarchique qui repose sur un cadre pyramidal. L'objectif est de maximiser la rapidité d'exécution des ordres et de déléguer les responsabilités sans qu'aucun échelon de la hiérarchie ne puisse s'approprier un pouvoir qu'il n'a pas. Le troisième principe est la neutralité dans le recrutement du personnel. La sélection du personnel se base exclusivement sur la formation et les connaissances techniques des candidats. La qualification reconnue par un diplôme est la seule base d'attestation des compétences. Le quatrième principe est la rémunération des employés en fonction de leur niveau de qualification, de leur ancienneté et des compétences qui leur sont demandées. L'objectif est de lutter contre toute forme de favoritisme. Le cinquième principe est la normalisation de la réglementation de l'organisation. L'uniformité du travail et la normalisation des actes accomplis sont mis en pratique par le biais de règles, de codes, de méthodes, de procédures précises. Enfin, le dernier principe est celui de dépersonnalisation des relations. Afin d'éviter toute forme de déviance au sein de l'organisation entre les différents échelons hiérarchiques, leurs relations doivent être impersonnelles. L'application des règles et des règlements évite tout conflit de personnalités.

Le *consensus* autour de la forme organisationnelle, alliant fourniture des services publics et forme de l'État est hégémonique jusqu'à la fin des années 1970 (Merrien, 1999). Au cours de la crise économique qui traverse la décennie 1970 les arrangements institutionnels, supports du référentiel en vigueur sont remis en question par l'avènement d'idées néo-libérales (Bartoli et Blatrix, 2015). Une crise de la légitimité de l'action publique se fait sentir dans les pays occidentaux (Hood, 1991). La forme de l'État est pointée du doigt et serait à l'origine de crise économique. Elle ne permettrait plus le maintien de l'égalité sociale. La croissance de l'État et des services publics n'est donc plus justifiée. Le *New public management* se caractérise alors par le jugement normatif négatif porté sur le fonctionnement des bureaucraties et la volonté d'imposer l'esprit d'entreprise dans les organisations publiques.

Dans la littérature, dès le début des années 1940, le modèle bureaucratique essuie ses premières critiques (Simon, 1947). Le poids des règles est présenté comme un dysfonctionnement de l'organisation et un manque d'adaptation à l'environnement. La lourdeur de la ligne hiérarchique est principalement critiquée. Il devient nécessaire d'alléger les formes de contrôle interne à l'organisation. Ainsi, Herbert Simon (1947) pointe l'inefficacité des règles trop générales d'une part et trop contraignantes d'autre part. La structure bureaucratique devient alors contradictoire. C'est ensuite la dimension humaine qui

est critiquée par Michel Crozier (1963) qui met en évidence la démotivation des acteurs. La dimension humaine entre également en compte dans une autre critique, puisque dans les idées partagées par les opposants au modèle wébérien, l'opportunisme des agents publics est mentionné comme élément de disfonctionnement du modèle bureaucratique. Les modalités de contrôle des administrations bureaucratiques favoriseraient l'asymétrie d'information entre les agents de l'État d'une part et entre la puissance publique et les citoyens d'autre part. Le *New public management* marque alors une rupture non seulement organisationnelle mais également idéologique de l'action publique. L'expression est ainsi pleine de sens. Dans la littérature francophone, différentes traduction sont proposées et chacune véhicule un ensemble de représentation différente de l'idéologie du *New public management* (*Cf.* encadré ci-dessous).

Encadré 8 – Débat autour de la traduction française du terme *New public management*

Nous prenons le parti de ne pas traduire l'expression *New public management* en français. En effet, dans la littérature francophone, deux expressions distinctes se retrouvent dans la littérature : *nouveau management public* et *nouvelle gestion publique*. Les économistes ont tendance à les utiliser comme synonymes, il semblerait pourtant qu'elles renvoient chacune à une dimension précise du *New public management*.

Dans la littérature issue des sciences de gestion, le terme *New public management* est traduit pas *nouvelle gestion publique* (Bartoli et Blatrix, 2015) alors que dans celle recensée dans le *corpus* des sciences sociales le terme *nouveau management public* est privilégié (Boussaguet, et al., 2015). Si les sciences de gestion préfèrent le terme *gestion* à celui de *management* c'est pour lever certaines ambigüités au sujet du champ d'application. En effet, Annie Bartoli et Cécile Blatrix (2015) mettent en évidence l'existence de confusions lorsque le terme management est utilisé. Tout d'abord, dans l'esprit collectif le terme management ne renverrait qu'à l'idée de commandement en laissant de côté les aspects en lien avec la stratégie, l'organisation et le pilotage, éléments faisant partie intégrante du *New public management* dans la vision gestionnaire. Ensuite, le management renvoie fréquemment à l'idée de manager en tant que décideur de l'entreprise. Pourtant, le management fait davantage référence à un ensemble de processus qu'aux acteurs qui y sont liés. Enfin, le management a une connotation négative liée à l'idée de profit. Le management, tel qu'il est entendu par les sciences de gestion, et notamment dans le cas du *New public management* renvoie davantage à la performance en tant qu'efficience sans pour autant être associé à une finalité lucrative. Pour éviter cet ensemble de confusion, les gestionnaires traduisent donc *New public management* par Nouvelle gestion publique.

Au contraire, les sociologues traduisent davantage *New public management* par *Nouveau management public*. La justification se trouve cette fois-ci sur l'origine du mot management. Malgré l'idée reçue, le terme management est français d'origine latine, venant de la racine *manus* qui signifie la main et deviendra manier, conduire, mais également ménagement et qui signifie l'art de gouverner sa maison (Domin, 2016 ; Rey, 2010). Il a longtemps été oublié pour être ensuite officialisé par l'Académie française en 1973. Management n'est donc pas synonyme de gestion. Henri Fayol (1916) sera par ailleurs le premier auteur, avant même d'apparaître dans la littérature anglo-saxonne à utiliser le terme management. Il l'utilise pour définir la science de l'administration. Le champ d'application du management est par ailleurs mis en évidence par les sciences sociales. Historiquement, le champ d'application du management n'est pas clairement défini. Les théoriciens du management mettent en évidence que les premiers écrits mentionnant le terme management ne renvoient pas nécessairement au secteur privé, pour la bonne raison que la distinction entre organisation administrative et entrepreneuriale n'est pas encore abordée dans la littérature. Les théoriciens du

management mettent alors en évidence que l'influence entre le secteur privé et public en terme de vocable va dans les deux sens, ainsi à titre d'exemple, les termes *cadre* et *gouvernance* sont désormais utilisés dans le secteur privé et dans le secteur public étant pourtant originellement affiliés uniquement à l'un ou à l'autre (Bartoli et Blatrix, 2015).

La traduction en français de l'expression *New public management* peut donc constituer à elle seule un objet de recherche renvoyant à différentes considérations méthodologiques et théoriques. Afin de ne pas être assimilé à tort dans la défense de l'une des deux parties, l'objet de notre thèse n'étant pas de cette dimension, nous conserverons dans nos écrits l'expression anglo-saxonne *New public management*.

S'il est possible de présenter de façon globale les raisons de l'apparition du *New public management* il n'est pas envisageable d'en faire de même pour sa mise en œuvre. En effet, le *New public management* peut être présenté comme un modèle productif hybride dont chaque forme comporte des caractéristiques qui lui sont propres et dépendent du contexte institutionnel dans lequel il s'insère.

1.1.3. Le *New public management*, une dimension plurielle de l'action publique

La littérature internationale s'accorde pour dire que les travaux les plus conséquents sur le *New public management* sont ceux réalisés par Christopher Hood (1991, 1995) puis par Christopher Hood et Guy Peters (2004). Ces auteurs ont tenté de retracer l'histoire *du New public management*, de le cartographier et de le synthétiser. Ils tirent comme conclusion de leurs recherches qu'il est impossible de réaliser cette entreprise.

Ils mettent alors en évidence qu'il existe autant de définitions du *New public management* que d'auteurs ayant écrit sur le sujet et que de cas d'étude. Il est toutefois possible de dater les premiers travaux portant sur les réformes administratives à la fin des années 1970. Les auteurs mettent en évidence que le terme est apparu pour parler des nouvelles façons de concevoir l'administration publique dans sa globalité et que le mouvement s'est intensifié dans les années 1990. Les mouvements des politiques de santé en France et leurs modalités de mise en œuvre corroborent cette idée (Boussaguet, et al., 2015). Christopher Pollitt et Geet (2000) puis Christopher Pollitt (2001) expliquent quant à eux cette difficulté de définition par l'adaptation du *New public management* aux différents contextes historiques et politiques des pays dans lesquels il est mis en œuvre. Cette adaptation contextuelle le rend alors impossible à délimiter et certaines mesures peuvent apparaître en contradiction les unes avec les autres selon les pays dans lesquelles elles sont appliquées. Enfin, Ewan Ferlie, et al. (1996) identifient entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990 quatre vagues successives de réformes de l'administration publique dans les pays

occidentaux, toutes constitutives du *New public management*. Le *New public management* devrait dès lors être utilisé comme expression plurielle et non au singulier.

Nous avons réalisé un recensement des publications internationales mentionnant le terme « *New public management* » dans leurs titres, résumés ou corps de texte à l'aide du moteur de recherche Google scholar[54]. Les résultats obtenus sont mentionnés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10 - Recensement des publications sur le *New public management* par période

Période	Nombre de références bibliographiques mentionnant le mot clé « *New public management* »
Avant 1980	40
1980-1989	39
1990-1999	2 750
2000-2009	21 000
2010-2015	24 500

Ces résultats confirment le développement significatif des recherches portant sur le *New public management* au début des années 1990. La pluralité des définitions données au terme renforce l'idée selon laquelle le *New public management* peut être associé à un modèle productif hybride de l'action publique.

1.2. Le *New public management*, un modèle productif adaptatif

L'hybridation se présente comme l'adaptation d'un modèle productif à un espace institutionnel local, permettant des modifications profondes, si nécessaires, de sa logique de gestion. Les théories de l'hybridation reposent sur le postulat qu'il n'existe pas de *best way* ou de *world model*. Nous présentons dans un premier temps ces théories (1.2.1). À partir de ce cadre théorique nous proposons de caractériser les formes hybrides de production de l'action publique afin de mettre en évidence le modèle organisationnel français (1.2.2).

[54] Recensement réalisé le 28 octobre 2015.

1.2.1. Les modèles productifs hybrides dans la littérature

Hae-Ok Pyun (2013) est la première à faire le lien entre le *New public management* et la théorie de l'hybridation qu'elle applique aux modalités de production des administrateurs territoriaux. Elle met en évidence que la multiplication des recherches et des définitions du *New public management* est liée à la grande variété du modèle et qu'il est donc logique de ne pas pouvoir agréger les résultats issus d'une recherche bibliographique sur le *New public management*. Nous proposons une nouvelle lecture, complémentaire de celle de Hae-Ok Pyun (2013), afin de l'adapter au modèle productif du déploiement de la télémédecine en tant qu'application d'un modèle hybride du *New public management*. En effet, à chaque hybridation correspond un modèle unique. Ce qui explique la grande difficulté de définition du concept.

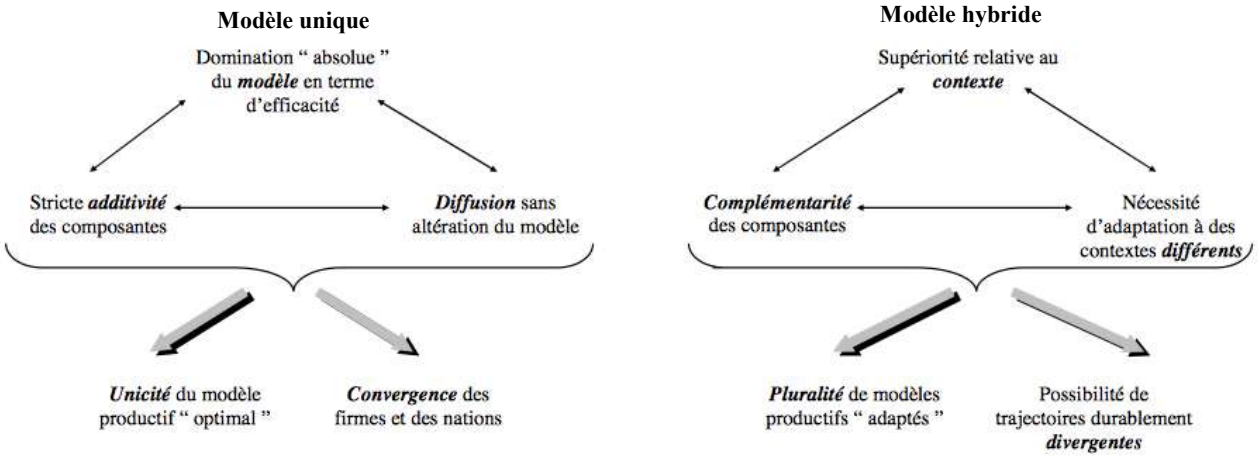
Robert Boyer (1997) définit un modèle productif comme : *« Un processus de mise en cohérence interne et pertinence externe des pratiques et dispositifs techniques, organisationnels et économiques des firmes visant à réduire les incertitudes du marché et du travail et susceptible de dégager des principes généraux s'appliquant sur des espaces géographiques variés et d'assurer une certaine prédictibilité de l'évolution de la firme au cours du temps au point de conduire à plusieurs configurations macro-économiques et sociétales* »

Il précise ensuite la différence entre un modèle productif canonique[55] (de type fordiste) et un modèle productif hybride censé représenter la mise en place de modèles productifs vertueux de la période post-fordiste[56] (firmes japonaises) (*Cf.* figure 16 *infra*).

[55] Dans notre cas nous pouvons considérer que le modèle canonique est associé à une représentation Wébérienne de la bureaucratie. Nous présenterons cette organisation dans la section 1.4.1.

[56] La période fordiste correspond aux années de forte croissance qui ont suivi la seconde guerre mondiale. À cette période précise de l'histoire sont associés un model productif et un mode de gouvernance particulier qui se caractérisent par la production de masse standardisée et la consommation de masse. Afin de répondre à la forte demande, les firmes suivent toutes la même logique de production et d'échange adaptée à la période mais qui se révèle par la suite rigide et dont le mode de régulation n'est plus en phase avec les logiques de consommation post-fordistes (Boyer et Freyssenet, 2000). Masahiko Aoki (1986) met alors en évidence que dans ce contexte de mutations de l'environnement, les firmes japonaises (firme J) qui reposent sur un modèle productif plus souple et plus diversifié que celui des firmes américaine (firme A) de type fordiste, s'adaptent davantage à la période. C'est à partir de ce constat que Robert Boyer (1997) réalise une analyse de l'hybridation.

Figure 16 – Les modèles productifs canonique et hybride



Source : Boyer (1997)

L'analyse réalisée par Robert Boyer (1997) est menée à l'échelle de la firme, Hae-Ok Pyun (2013) la reprend pour l'adapter à la production des administrateurs territoriaux en France. L'analyse de la figure ci-dessus met en évidence que dans un modèle de production unique (représenté à gauche) le référentiel repose sur la croyance en l'existence d'un modèle-type qui peut s'adapter à toute structure puisqu'il est optimal. Au contraire dans un modèle de production hybride (représenté à droite) c'est l'adaptation de la configuration à son contexte qui va permettre d'atteindre le plus haut niveau de performance. L'analyse faite à l'échelle de la firme peut être transposée à celle de l'action publique.

Il est alors possible de définir le *New public management* comme un modèle productif hybride de l'action publique dans le sens où il organise la fourniture de services publics en s'adaptant à son environnement tout en cherchant à améliorer sa performance (Pyun, 2013). Boyer met en évidence que l'hybridation d'un modèle productif est favorisée par l'internationalisation des échanges. De la même façon, l'internationalisation des politiques publiques entraine une hybridation de la production de l'action publique. La diffusion de recommandations générales par des institutions internationales telles que l'OCDE et l'OMS favorisent la diffusion du *New public management* comme modèle productif.

L'hybridation d'un modèle productif n'est pas instantanée, différentes phases d'adaptation au contexte local sont nécessaires. Robert Boyer (1997) met en évidence que dans un premier temps, le nouveau modèle productif est calqué sur un modèle existant à l'étranger ou dans un autre secteur d'activité. Ce modèle reste statique le temps d'adaptation au contexte local. Dans un second temps l'hybridation se met en place et doit être analysée de façon dynamique puisqu'elle est en perpétuelle évolution afin de s'adapter à son

environnement. Au cours de cette phase, un mimétisme perdure avec le modèle productif original puis s'estompe pour laisser place à une nouvelle forme organisationnelle et de nouveaux arrangements institutionnels. Lorsque le processus d'hybridation est abouti, le nouveau modèle productif possède une configuration complètement différente du modèle initial. C'est parce que le modèle s'adapte qu'il est viable. Cette analyse est donc complètement en rupture avec l'analyse classique d'un modèle productif tel qu'il peut être présenté dans la littérature libérale.

L'hybridation peut alors être présentée comme un des éléments du nouvel esprit du capitalisme, la performance passe par l'adaptation. Cette performance dépend alors de la marge de manœuvre laissée à chaque modèle hybride. Ainsi, Robert Boyer montre que la performance de l'hybridation est dépendante du contexte institutionnel. Dans un espace institutionnel où la réglementation est souple, l'hybridation sera facile mais de faible portée dans l'espace considéré. En revanche, dans un espace institutionnel où la régulation, entendue comme réglementation est élevée, l'hybridation sera difficile mais aura une portée plus importante. Si la performance du modèle est le maître mot, il devient toutefois très compliqué de comparer les performances des modèles hybrides dans le sens où toute hybridation est unique puisqu'elle reflète l'adaptation du modèle au contexte local. Nous proposons alors d'associer les différentes formes d'hybridation des modèles productifs décrits par Robert Boyer aux différents modèles de *New public management* recensés dans la littérature.

1.2.2. Les modèles productifs de l'action publique

Christopher Hood et Guy Peters (2004), à défaut de donner une définition précise de ce qu'est le *New public management*, ont recensé dans la littérature les grands principes généraux communs aux différents modèles d'action publique. Le principe saillant est la mise en concurrence des secteurs publics et privés d'une part et des fournisseurs des services publics d'autre part. L'objectif affiché est d'améliorer la qualité des services rendus tout en encadrant l'augmentation des dépenses publiques. Cette situation est alors qualifiée de quasi-marchande au sein du secteur public. Dans cette situation, l'amélioration de la compétitivité passe par la contractualisation ou quasi-contractualisation. Le deuxième principe général recensé dans la littérature par Christopher Hood et Guy Peters (2004) est la modification du cadre de rémunération. Les principes du management par objectifs sont introduits dans les organisations publiques et se traduisent par la mise en place de rémunérations conditionnelles à l'atteinte de résultats prédéfinis. Enfin le troisième point caractéristique du *New public*

management est la définition de normes explicites et quantifiables afin de pouvoir en mesurer la performance. L'objectif est de rendre possible l'évaluation de l'efficience de chaque service rendu en vue de le comparer à un référentiel de qualité-quantité minimal. La puissance publique doit être à même de justifier l'usage fait des fonds publics et de l'efficacité de l'allocation des ressources. Par ailleurs, Patrick Dunleavy et Christopher Hood (1994) ont précédemment mis en évidence que le *New public management* se met en place en côtoyant les différentes formes initiales de management public. En fonction du niveau de réglementation et du niveau de distinction entre public et privé, ils définissent quatre modèles de management public. La mutualisation des travaux de Patrick Dunleavy et Christopher Hood (1994) avec ceux de Christopher Hood et Guy Peters (2004) et de Hae-Ok Pyun (2013) permet de caractériser l'hybridation de la production de l'action publique. Cette hybridation tend vers quatre modèles productifs adaptatifs d'un modèle de référence tout en tenant compte du contexte local initial (*Cf.* tableau 11 ci-dessous).

Tableau 11 – Les quatre modèles productifs hybrides du *New public management*

Distinction public/ privé / Réglementation	Faible	Forte
Faible	**État petit consommateur** - Niveau très élevé de contractualisation - Forte coopération public/privé ➔ Imitation du modèle de référence sans hybridation et donc sans adaptation au contexte local. Viabilité du modèle de *New public management* fortement compromise.	**Gouvernance sans pilote** - Distinction forte public/privé dans l'organisation de la production de l'action publique - Réglementation faible qui facilite le dynamisme organisationnel et l'innovation - Responsabilités mal définies - Risque de détérioration de la qualité du service ➔ *New public management* facile à mettre en place mais hybridation du modèle à faible portée à cause de la faible réglementation
Forte	**Gros embouteillage institutionnel** - Suprématie de la réglementation - Fourniture de services publics assurée conjointement par les secteurs public et privé - Absence de médiation politique ➔ Forme d'hybridation la plus prometteuse à condition que la forte réglementation n'entraine pas un échec du processus d'hybridation avant son terme. Le *New public management* est un *guidline* dans la réforme du modèle productif.	**Bureaucratie publique** - Fourniture des services publics par le secteur public - Le secteur public conserve toutes ses compétences ➔ Modèle resté au point de départ de l'hybridation. Co-existence de l'ancien et du nouveau modèle productif.

Source : D'après Dunleavy et Hood (1994), Hood et Peters (2004) et Pyun (2013)

Le cadre analytique donné dans ce tableau sera le fil conducteur de nos recherches pour les chapitres suivants. Les noms des différents modèles sont une traduction[57] de ceux présentés par Patrick Dunleavy et Christopher Hood (1994) et le contenu est une synthèse des travaux de Christopher Hood et Guy Peters (2004) et de Hae-Ok Pyun (2013). Le modèle productif de l'*État petit consommateur* est le stéréotype du *New public management* vers lequel toutes les réformes souhaitent se diriger : un État faible et une privatisation forte de la

[57] Dunleavy et Hood (1994) utilisent les termes *Minimal Purchasing State* (État petit consommateur), *Gridlock Model* (Gros embouteillage institutionnel), *Public Bureaucracy State* (Bureaucratie publique) et *Headless Chiken Model* (Gouvernance sans pilote). Cette dernière expression renvoie à la légende de *Mike the Headless Chicken,* poulet qui aurait vécu plusieurs mois sans tête. Le *Headless Chiken Model* fait ainsi référence à un modèle productif en sursis, dont l'espérance de vie est très limitée.

production de l'action publique. Cependant, il s'agit plus d'un idéal-type que d'un modèle opérationnel. Toutes les relations sont basées sur un cadre contractuel et les partenariats public-privé dans la production de l'action publique sont la règle. L'intervention de la puissance publique est donc minimaliste, d'où le nom de petit consommateur. Toutefois, ce modèle est difficilement viable. Il ne permet pas de s'ajuster au contexte local, en tant qu'idéal-type il n'est pas adaptatif. Il s'agit d'une imitation stricte d'un modèle de référence et non d'une réelle hybridation. Son manque de cohérence avec le contexte institutionnel dans lequel il s'insère compromet son développement. L'échec est généralement perçu avant même que la phase d'hybridation se mette en place.

Le modèle de *Gouvernance sans pilote* fait référence à une organisation productive dans laquelle le niveau de réglementation est très faible, ce qui permet une dynamique importante avec une phase d'innovation rapide et une forte croissance dans un premier temps. Toutefois, le faible niveau de réglementation est également le point faible du modèle. Sans pilotage, le dynamise organisationnel se transforme rapidement en une grande confusion dans la répartition des responsabilités productives, même si une distinction persiste entre les secteurs public et privé. L'absence de principe organisationnel dominant permet une insertion rapide et facilite l'hybridation mais le taux de viabilité est faible, les situations de crise se multiplient et aucun organe de pilotage n'est légitime pour les résoudre. L'hybridation se fait sans présence de principe fort qui caractériserait un nouveau modèle propre au contexte dans lequel il s'insère.

L'organisation productive de type *Bureaucratie publique* fait quant à elle référence à une évolution très faible du modèle initial, l'organisation wébérienne. La distinction entre les secteurs publics et privés dans la fourniture de services publics reste très prononcée et la réglementation très forte rigidifie les relations. La place de l'État reste forte et les arrangements institutionnels demeurent ceux de la période précédente. L'hybridation n'est que partielle et deux modèles coexistent avec d'une part l'ambition d'introduire le référentiel de marché et d'autre part le maintien d'une intervention publique forte.

Le *Gros embouteillage institutionnel* représente un modèle où les distinctions entre les missions des secteurs privé et public ne sont pas claires. L'action publique est menée simultanément par les deux, la réglementation est la même et les conditions de production sont identiques. L'objectif est de déléguer les missions de service public au secteur privé tout en garantissant le respect de l'intérêt général dans l'allocation des ressources. Toutefois, cette réglementation est très lourde et son respect entraine un embouteillage institutionnel. Le modèle est marqué par une forme très procédurale de l'encadrement des missions de service

public, l'objectif est de limiter au plus les zones d'incertitude quant aux décisions à prendre dans le processus de production, toutes les règles doivent être précisées *a priori*. Cela permet de réduire les phases d'arbitrage mais les conflits sont difficiles à résoudre. L'hybridation du modèle représente une forme de production contraignante de l'action publique mais peut être prometteuse si le modèle réussit à aller au terme de l'hybridation. La forte réglementation est autant la force du modèle que sa principale limite.

Il n'existe pas de modèle hybride idéal, l'hybridation est par définition une réponse à un environnement donné. Chaque forme d'hybridation possède des forces et des faiblesses qui se révèlent en fonction du contexte dans lequel elle s'insère. La réussite de l'hybridation du *New public management* repose alors sur l'interaction du modèle productif avec son environnement institutionnel. Nous proposons de caractériser la forme du *New public management* dans le paysage institutionnel français.

1.3. L'hybridation dans l'environnement institutionnel français : confrontation des points de vues

En France, c'est la Loi organique relative aux lois de finance (LOLF) votée en 2001 qui marque un tournant dans l'application des principes du *New public management* dans la production de l'action publique. Le mode de gestion des organisations publiques est alors dominé par un pilotage par la performance. La LOLF, initialement présentée comme la mise en place d'indicateurs de processus, permettant d'étudier les moyens, est en réalité un outil d'évaluation des pratiques individuelles et collectives (Jany-Catrice, 2012a). L'objectif affiché est alors de responsabiliser les agents de l'État dont le comportement peut être, dans certaines situations, jugé non efficace et opportuniste par les partisans des réformes (Jany-Catrice et Méda, 2013). La création d'indicateurs de performance devient une nouvelle forme de gestion du personnel. Le principal outil de gestion est alors la rémunération à la performance.

Suite à l'introduction des modalités de paiement liées à la performance par la LOLF, c'est une révision de l'ensemble des modalités de fourniture des services publics qui est mis en place en 2007 par le biais de la Révision générale des politiques publiques (RGPP). Il s'agit alors d'évaluer de façon globale tout service public. Dans la lignée du *New public management*, la généralisation du paiement à la performance à tout fournisseur de service public est présentée comme une procédure efficiente permettant d'évaluer la qualité et

l'efficacité de ces services. La modernisation des services publics est alors présentée comme la mise en place d'une plus grande transparence vis-à-vis du citoyen contribuable et usager et serait donc une forme d'approfondissement de la démocratie.

Dès lors, le *New public management* est, selon la formule utilisée par Philippe Bezes (2009), avant tout un puzzle doctrinal plutôt qu'un modèle théorique unifié. Cela corrobore alors l'idée d'une forme productive hybride. Son application repose sur des technologies issues de principes managériaux conçus par des gestionnaires (audits, évaluations, indicateurs de performance, *benchmarks*, classement, encouragement à la réussite, mise en compétition des acteurs, rémunération sur objectifs). Afin d'illustrer la difficulté à délimiter les contours du modèle productif de l'action publique au sein d'un même environnement institutionnel, celui de la France, nous proposons de détailler deux approches différentes. Celle des sociologues (1.3.1) et celle des gestionnaires (1.3.2). Si ces deux approches comportent un certain nombre de points communs, elles ne mettent pas l'accent sur les mêmes particularités du *New public management*. Il ressort de cette double analyse que le modèle français est une forme organisationnelle elle-même issue de deux hybrides, la *Bureaucratie publique* et le *Gros embouteillage institutionnel* (1.3.3).

1.3.1. Le point de vue sociologique : le paradoxe du moins d'État, mais plus de règles

Philippe Bezes et Didier Demazière (2011) notent que malgré l'hétérogénéité de la conceptualisation du *New public management* cinq grands principes managériaux et organisationnels se retrouvent dans les différentes configurations conceptuelles du modèle français. Le premier est la séparation entre d'une part les fonctions de stratégies, de pilotages et de contrôle et d'autre part celles opérationnelles de mise en œuvre. La deuxième est la fragmentation des bureaucraties verticales par le biais de la création d'unités administratives indépendantes. La troisième est le recours systématique aux mécanismes de marché. La quatrième correspond à la mise en place d'incitations et particulièrement des formes d'incitations individuelles. La cinquième correspond à la gestion des résultats fondée sur une évaluation des performances et cela passe notamment par la mise en place de programmes de contractualisation.

Pour ces auteurs, le *New public management* considère que l'introduction de mécanismes marchands est nécessaire dans le fonctionnement de l'action publique, que la mise en concurrence des acteurs est indispensable pour réduire les coûts et augmenter l'efficacité des différents secteurs publics. Le point central du *New public management*, dans

cette perspective sociologique est l'amincissement du poids de l'État. En France il aurait été introduit dans les administrations publiques dès le début des années 1980 par des experts gestionnaires partisans d'une réforme en profondeur des administrations jugées, par ces mêmes experts, inefficaces et trop lourdes bureaucratiquement. L'objectif initial du *New public management* est donc de réinventer le management des administrations en transférant aux administrations publiques les méthodes managériales des secteurs privés. Plus particulièrement des entreprises privées qui sont jugées, selon des critères d'évaluation des résultats comptables, plus efficaces. Des indicateurs de performance des services publics doivent alors être mis en place. En France, un ensemble de recommandations en vue de mettre en place la bonne méthode d'évaluation des politiques publiques va être proposé. La mise en œuvre du *New public management* dans les administrations publiques françaises a donc pour vocation d'augmenter l'efficacité, le contrôle et la transparence de l'action publique tout en réduisant ses coûts. Pour cela, le contrôle des administrations doit être réalisé par des agences extérieures afin d'autonomiser la gestion des services de l'État.

Philippe Bezes (2009, 2012) note que le *New public management* devient une boite à outil de la réforme de l'intervention de l'état à partir des années 1970 dans les pays anglo-saxons et se diffuse par la suite aux autres pays occidentaux. Les institutions internationales telles que l'OCDE, le FMI ou encore l'OMS reprendront les préceptes du *New public management* dans leurs recommandations faites à leurs pays membres pour différents domaines d'application. C'est par le biais de ces recommandations que la France a introduit les mécanismes du *New public management.* L'adaptation des recommandations internationales au modèle organisationnel français se traduit ainsi par un retrait de l'État dans la fourniture directe de services publics.Toutefois, cette délégation de tâches est compensée par une augmentation des règles qui encadrent la nouvelle forme de production de missions d'intérêt public. Dans le champ de la santé, le phénomène d'*agencification* (Pierru, 2011) et celui de privatisation (Pierru, 2007) en sont des exemples caractéristiques (*Cf.* Chapitre 5 p. 284).

1.3.2. Le point de vue gestionnaire : la performance du management public

Yvon Pesqueux (2006) dresse également un tableau des modalités d'application du *New public management* en France. Il montre que l'accent est mis sur la notion de mérite et l'individualisation des modalités de rémunération. Cette individualisation des carrières va de pair avec la mise en place de contrôle de la performance des activités. Dès lors, la

programmation, la coordination, la contractualisation, l'évaluation et le contrôle de gestion sont les maîtres mots du *New public management* à la française. La recherche de la performance, définie comme l'alliance efficacité-efficience, se base sur l'introduction de principes de mise en concurrence des acteurs, à l'image du fonctionnement des marchés.

Yvon Pesqueux (2006) recense alors cinq axes à travers lesquels la puissance publique française tente de mettre en œuvre les dispositifs du *New public management* afin d'améliorer la performance publique. Le premier axe est l'introduction systématique des TIC. Ces dernières doivent permettre d'assurer l'amélioration de la performance des services publics, non seulement par le biais de la hausse de la productivité, mais également par la possibilité qu'elles offrent de rationaliser et de normaliser de travail des producteurs de services publics.

Le deuxième axe est le management participatif. Le contrôle interne par l'organisation et par des agences de qualité doit s'accompagner d'un contrôle citoyen externe. L'évaluation de la performance d'une organisation publique par les citoyens usagers peut, dès lors, être comparée à celle d'une entreprise privée par les actionnaires. Dans le champ de la santé, cela se traduit par l'instauration d'une démocratie sanitaire où le patient-usager est placé au cœur de la relation de co-production (Domin, 2014).

Le troisième axe est celui du management par la qualité. Le *New public management* introduit une notion nouvelle en plein essor, celle de l'économie de la qualité. Cela traduit l'idée que l'organisation est capable de s'adapter aux demandes des usagers par le biais de *feedbacks* qui suivent l'évaluation de la satisfaction des citoyens. Des études de besoins et des enquêtes de satisfaction sont alors intégrées au projet d'établissement. Ici encore, la démocratie sanitaire peut être interprétée comme l'application de cet axe au système de santé.

Le quatrième axe est celui de la planification stratégique. Comme pour une entreprise, les offreurs de services publics ont des objectifs à atteindre[58]. Ces objectifs sont quantifiés et une valeur monétaire leur est attribuée.

Le cinquième axe est le contrôle de gestion. Celui-ci renvoie à l'ensemble des outils managériaux permettant le pilotage du *New public management*. Il s'agit donc d'un axe transversal. De manière générale, le *New public management* poursuit un objectif d'efficacité qui n'a pas de frontière ni de temporalité. L'hybridation apparaît cependant comme une nécessité pour s'adapter à l'environnement institutionnel du modèle productif.

[58] Le jour de la rédaction de cette section de thèse, le 20 octobre 2015, le journal télévisé de France3 Champagne-Ardenne s'ouvre par un reportage sur un médecin de Sermaize-les-Bains (Marne) qui a décidé de cesser son activité libérale suite à la demande de la Caisse primaire d'assurance maladie de réduire le nombre de prescriptions d'arrêts maladie. La CPAM de la Marne lui pose un *ultimatum* : pendant 4 mois, ce médecin doit s'engager à réduire le nombre d'arrêts maladie de 24 %, sinon une sanction financière pouvant aller jusqu'à 6 258 euros lui sera adressée.

1.3.3. Le modèle français : hybridation des modèles *Bureaucratie publique* et *Gros embouteillage institutionnel*

Nous proposons ici de réaliser une synthèse globale du modèle productif de l'action publique en France. Nous présenterons la configuration propre à l'organisation productive de la télémédecine dans le chapitre suivant. D'après la présentation sociologique et celle managériale du *New public management* à la française, il est possible de situer le modèle productif entre les modèles hybrides *Bureaucratie publique* et *Gros embouteillage institutionnel*. Le modèle français est donc le résultat de la mutualisation de deux hybrides. Cela renvoie à l'idée que chaque modèle est unique et représente l'adaptation d'autres modèles.

Qu'il s'agisse de la vision sociologique ou de celle managériale, la suprématie de la réglementation est clairement affichée. Il n'est donc pas possible de classer le cas français dans un modèle à réglementation faible. En revanche, les deux analyses sociologiques et managériales révèlent une grande diversité dans l'appréhension de la réglementation. Les deux pointent l'encadrement normatif fort dans la mise en place des principes managériaux dans le *New public management* à la française. Toutefois, la vision sociologique met l'accent sur l'encadrement de l'organisation en tant que telle alors que la vision gestionnaire porte davantage d'importance à l'analyse de la normalisation des techniques d'évaluation des résultats. L'une porte donc sur la réglementation des moyens et l'autre sur la réglementation des résultats.

Par ailleurs, la distinction public-privé reste forte en France, ce qui ne permet pas de classer le cas pleinement dans le modèle *Gros embouteillage institutionnel*. L'intensification des partenariats public-privé montre une évolution du modèle du management public traditionnel français. Toutefois, le maintien des compétences du secteur public dans un nombre important de secteurs met en évidence la forme de contractualisation atypique dans le cas français comparativement à d'autres modèles productifs nationaux de *New public management*.

Placer le modèle français à cheval entre le modèle *Gros embouteillage institutionnel* et le modèle *Bureaucratie publique* montre également le maintien important de la structure précédente de management public sur laquelle vient se superposer de nouveaux arrangements institutionnels propres au *New public management*. Cela est particulièrement visible dans le cas de la télémédecine. C'est ce que nous mettrons en évidence dans le chapitre suivant.

Caractériser le modèle productif du *New public management* français étant fait, il convient à présent de revenir sur la sémantique de l'expression afin de clarifier la distinction entre ancien et nouveau modèle productif de l'action publique.

2. Les théories économiques au fondement du *New public management*

S'il est évident que le *New public management* renvoie à une diversité de modèles productifs, il n'en reste pas moins que toutes ces formes puisent leur origine sur un support théorique commun. C'est d'ailleurs l'une des caractéristiques d'un modèle productif hybride que d'avoir un socle initial commun avec les autres formes hybrides (Boyer, 1997). Nous proposons donc de présenter, dans cette partie, les supports théoriques communs des différents modèles organisationnels du *New public management*. Ces supports sont de deux ordres. Le premier est issu des nouvelles théories managérialistes qui prônent la liberté de gestion de l'équipe par le manager (2.1.). Le second n'est pas associé au management. Il renvoie aux théories économiques institutionnelles d'inspiration néo-libérale. Nous proposons d'analyser ces théories dans l'ordre croissant d'importance qu'elles occupent dans les fondements du *New public management*. Nous étudions dans un premier temps l'influence de la théorie du choix public (2.2) puis celle de la théorie des coûts de transaction (2.3) et enfin celle de la théorie de l'agence (2.4).

2.1. Le *New public management*, un mouvement sans ancrage théorique ?

Les partisans du *New public management* affirment que la réussite et l'adaptation de l'action publique menée dans le cadre du référentiel de marché sont liées à l'avènement du *free to manage* (2.1.1). Toutefois, la littérature met en évidence que les principes du management public relèvent avant tout d'une application de principes issus de trois théories économiques néo-libérales (2.1.2).

2.1.1. Le *New public management*, avènement du *free to manage*…

L'émergence du *New public management* est généralement attribuée à la montée en puissance d'idéologies managériales. L'idée partagée dans le référentiel de marché est que les responsables gestionnaires, et donc les managers ont un rôle majeur à jouer dans le processus

de changement. Peter F. Drucker (1954), désigné par ses pairs comme le fondateur théorique du management, met en évidence que ce sont les managers et le management qui font que les institutions réussissent. Le mouvement dit de libération du management dans le secteur public, qui prend forme au début des années 1990, prône l'idée que les managers n'ont pas à suivre de théorie particulière dans leur activité. Le slogan *free to manage* en est la démonstration (Hood, 1991). D'après ses promoteurs, tout ce dont a besoin l'administration publique est de laisser faire les managers (Drucker, 1974). En laissant les managers libres de gérer leurs unités, en leur donnant davantage de pouvoir, de responsabilité et de marge de manœuvre, l'inefficacité des administrations publiques disparaîtra.

L'esprit du *New public management* semble donc reposer sur la liberté de gestion. La logique des résultats prévaut alors sur la logique de moyens. Les politiques doivent se cantonner à la détermination d'objectifs à atteindre et les managers doivent être libres de choisir les moyens pour y parvenir. Ils sont donc censés être les nouveaux concepteurs de dispositifs d'encadrement de l'action publique. Le rôle des experts du managérialisme semble alors primer sur les travaux académiques proposant des méthodes de gestion en fonction des objectifs à atteindre. L'intervention publique, en cherchant à orienter les moyens d'action, risque alors de réduire l'atteinte d'un *optimum* au sens de Pareto.

Toutefois, la littérature met en évidence le fait que, si le *New public management* est effectivement ancré dans l'application du managérialisme, ses fondements n'en sont pas moins issus de la littérature économique. Ainsi, Christopher Hood (1991) précise que le *New public management* est un mariage entre deux opposés : *« One way of interpreting NPM's origins is as a marriage of two different streams of ideas. One partner was the 'new institutional economies'. It was built on the now very familiar story of the post-World War II development of public choice, transactions cost theory and principal-agent theory .(...)The other partner in the 'marriage' was the latest of a set of successive waves of business-type 'managerialism' in the public sector, in the tradition of the international scientific management movement » (p. 6).*

De la même manière, Linda Kaboolian (1998) réitèrera cette idée que le *New public management* puise ses origines conceptuelles dans les théories économiques néo-libérales : « *The institutional reforms of the New Public Management are heavily influenced by the assumptions of the public choice approach, principal-agent theory, and transaction coast economics* » (P. 190).

Dans la littérature française, Philippe Bezes (2005c) met également en évidence que le *New public management* repose indéniablement sur les travaux d'économie publique : « *La*

théorie du Public Choice (William Niskanen), celle des coûts de transaction (Oliver E. Williamson) ou celle de l'agence (M. Jensen et W. Meckling) font partie des corpus *scientifiques mobilisés pour élaborer de nouvelles recommandations et de nouvelles pratiques* » (p. 27).

Si le managérialisme a joué un rôle important dans le mouvement de réforme de l'action publique, les théories économiques se rattachant au modèle de fonctionnement des marchés n'en sont pas moins les dénominateurs communs dans les différents pays d'application du *New public management*. Il convient alors de présenter ces trois théories économiques et leur lien avec la conceptualisation du *New public management*.

2.1.2. … sous l'influence de l'économie institutionnelle néo-libérale

Le *New public management* repose sur un ensemble de concepts théoriques dont l'origine peut être associée à l'économie institutionnelle néo-libérale. En effet, l'analyse du rôle et de la place des institutions est prépondérante dans le référentiel du *New public management* et cette analyse repose sur des postulats néoclassiques (Gow et Dufour, 2000 ; Hood et Peters, 2004). Ces théories au fondement du *New public management* sont la théorie du choix public, la théorie des coûts de transaction et la théorie de l'agence. Au sein du référentiel marchand, ces théories s'accordent toutes pour questionner l'efficacité absolue du marché comme forme unique d'allocation des ressources, mais proposent une analyse différenciée des dispositifs alternatifs à cette modalité des échanges. Ces trois courants, tout en étant affiliés à la pensée néo-libérale, ont donc pour point commun de questionner l'équilibre de marché à travers l'étude de l'environnement institutionnel (les règles du jeu) et des arrangements institutionnels (l'utilisation des règles du jeu) (North, 1990) qui interagissent dans les modalités de l'échange entre agents économiques.

Le rôle des relations contractuelles et les différents types de contrats permettant d'optimiser les modalités de l'échange sont analysés par ces trois théories. La mise en évidence de l'incomplétude des contrats entraîne l'analyse des actions collectives menées pour y remédier (Arrow, 1963). Il convient alors de définir si les institutions sont des situations de substitution au marché qui ne permettent alors d'atteindre qu'un optimum de second rang au sens de Pareto, ou si le marché est une institution parmi d'autres et le choix de l'organisation la plus à même d'encadrer l'échange dépend des modalités mêmes de cet échange. Il convient alors de préciser que la définition d'institution représente une réelle nébuleuse au sein même du courant institutionnaliste libéral (Ménard, 2012).

Des trois théories supports du *New public management*, la plus grande différence repose sur la qualification du comportement de l'agent économique. En effet, alors que l'école du *Public choice* et la théorie de l'agence[59] s'inscrivent dans les préceptes de la théorie du choix rationnel avec pour définition de l'agent économique celle de l'*homo œconomicus*, la théorie des coûts de transaction pose l'hypothèse d'une rationalité limitée. Ainsi, Herbert Simon (1976) introduit la différence entre la rationalité substantive et la rationalité limitée. Le postulat de départ de la rationalité parfaite, ou substantive est qu'il est possible de faire « comme si » tout agent était capable de probabiliser toutes les issues possibles et de déterminer le choix optimal de chaque situation (Friedman, 1953).

Au contraire, la rationalité limitée est une forme de rationalité imparfaite, autrement dit, les capacités cognitives, les connaissances de leur environnement, ne permettent pas aux agents de posséder une information parfaite. L'analyse de la rationalité imparfaite ne se limite pas aux seuls travaux sur la rationalité limitée issus de la théorie standard étendue. Elle s'inscrit alors dans un ensemble plus vaste de terminologies dont certaines semblent éloignées les unes des autres puisqu'étant rattachées pour certaines au théories économiques orthodoxes et pour d'autres aux théories hétérodoxes. Il est alors possible de retrouver dans la littérature les notions de rationalité cognitive (Walliser, 1989), de rationalité interactive (Ponssard, 1998), de rationalité située (Orléan, 1994), de rationalité procédurale (Favereau, 1989), ou de rationalité interprétative (Batifoulier, 2001 ; Buttard, 2008c).

Toutefois, dans les théories supports du référentiel du *New public management*, si ces approches diffèrent en termes de postulats de rationalité des agents, elles reposent sur les mêmes hypothèses en matière de motivations humaines. Tout agent économique cherche à maximiser son bien-être personnel. La satisfaction des intérêts privés prime sur l'intérêt collectif et la maximisation du bien-être trouve, en contre-partie, la minimisation des peines. La lutte contre l'opportunisme et l'égoïsme devient alors le fer de lance de ces trois théories et la mise en place d'incitations est alors une question centrale. Il convient alors de corriger ces motivations par un encadrement institutionnel collectif, qu'il s'agisse du marché ou non, qui incarne l'intérêt général. Nous proposons à présent de détailler chacune de ces théories et de définir en quoi elles ont influencé le cadre idéologique du référentiel de marché auquel se rattache l'organisation de la production de l'action publique.

[59] Sur ce sujet nous ferons la différence entre les théories positive et normative dans le chapitre 5.

2.2. Théorie des choix publics et rôle de l'État dans l'action publique

Deux postulats de l'école des choix publics doivent être mis en évidence pour comprendre le rôle que ce courant de pensée a eu dans la mise en place du *New public management*. Le premier porte sur le questionnement de l'efficacité de l'intervention publique. En effet, si les défaillances de marchés sont reconnues, pour autant, les théoriciens du choix public s'interrogent sur l'efficacité de l'intervention publique comme alternative au marché (2.2.1). Le second postulat porte sur la rationalité de l'*homo politicus* et le lien entre les choix publics et l'efficacité de la bureaucratie (2.2.2).

2.2.1. Les raisons de l'intervention publique dans le champ de la santé et leurs limites

Nous venons de mettre en évidence dans la section précédente que le point commun entre les trois théories économiques supports du *New public management* est qu'elles questionnent toutes l'efficacité absolue du marché. Le point de départ est donc la reconnaissance de défaillances de marché. Dès lors, les théoriciens du choix public s'interrogent sur les justifications de l'intervention publique comme alternative efficace aux défaillances de marché (Buchanan et Tullock, 1962). Toutefois, avant de présenter les travaux qui portent sur l'analyse de l'efficacité de l'intervention publique, il convient de présenter les raisons pour lesquelles la puissance publique intervient, notamment dans le champ de la santé.

Kenneth Arrow (1963) est considéré comme le premier auteur à avoir mis en évidence des imperfections du marché de la santé. Le marché de la santé est, en effet, couramment présenté comme un marché défaillant, c'est à dire qui ne permet pas d'atteindre l'*optimum* au sens de Pareto. Traditionnellement, l'intervention publique dans la sphère économique est délimitée aux fonctions régaliennes : justice, défense et sécurité de la nation afin de ne pas entraver les échanges de biens et services sur les différents marchés. L'État n'intervient que dans la production de biens possédant les propriétés de non-exclusion et de non-rivalité pour lesquels il n'existe pas de marché, il est alors question de biens publics purs par opposition aux biens privés. La mise en place d'un État social a élargi les compétences d'action de la puissance publique dans la sphère économique, notamment dans la mesure où l'État devient légitime pour gérer les imperfections du marché (*Cf.* encadré ci-dessous).

Encadré 9 – Les défaillances du marché en santé

À la suite de Kenneth Arrow l'activité médicale s'étudie à l'aide du schéma classique de l'offre et de la demande laissant penser qu'il est naturel d'étudier la santé à l'aide des concepts de marché et de concurrence parfaite, bien qu'il soit systématiquement rappelé dans la littérature que la santé n'est pas un bien comme un autre. La concurrence parfaite est alors la norme et tout écart à la norme représente une imperfection.

La première imperfection est due au non-respect du principe de l'information parfaite et de la complétude des contrats. Il existe une asymétrie d'information entre le médecin et son patient et entre le médecin et la tutelle. Cette situation entraîne alors l'existence d'incertitude sur le marché de la santé. L'existence d'un pouvoir de marché des producteurs-médecin est la deuxième imperfection de marché de la santé (Ellis et McGuire, 1990). Les médecins sont en situation de monopole concurrentiel et peuvent donc décider de fixer leur tarif à un prix supérieur au coût marginal. C'est pourquoi l'intervention de la tutelle permet de limiter la réduction du bien-être collectif. Toutefois, selon les modalités de rémunération du médecin, un ajustement par les quantités peut être réalisé par le médecin afin de maximiser son profit. Par ailleurs, il n'existe pas non plus d'homogénéité de la production médicale. En effet, il n'est pas aisé de définir l'output de la production médicale puisqu'il s'agit d'une co-production avec le patient (Gadrey, 1994a) et qu'il existe une distinction entre l'output et l'*outcom*. Enfin, d'autres imperfections sont même le résultat de l'intervention d'institutions sociales pour garantir un niveau de qualité minimum de la production de soin. Il s'agit des barrières à l'entrée (études, spécialisation).

Au-delà de ces imperfections en rapport direct avec l'organisation des échanges, d'autres se matérialisent de façon indirecte. Il s'agit alors d'externalités positives ou négatives (Pigou, 1952). En effet, entre les biens publics purs et les biens privés il existe un ensemble d'autres biens et services pour lesquels la production peut entrainer des effets secondaires positifs ou négatifs sur les agents économiques sans que ces externalités ne puissent être prises en considération au sein de la formation du prix de ces biens et services dans la mesure où, en présence d'externalité, les contrats sont nécessairement incomplets. Ces effets externes peuvent émaner soit de la production soit de la consommation de ces biens et services. En ce sens, l'amélioration de l'état de santé d'une population est une externalité positive issue de la production de soins. L'intervention de la puissance publique est alors justifiée par l'incapacité du marché à prendre en considération ces effets externes dans la formation des prix des biens et services. L'intervention publique n'est pas nécessairement synonyme de production publique. C'est le cas pour de nombreux systèmes de santé, dont le système français. Un ensemble d'arrangements institutionnels est mis en place entre les producteurs de soins et les institutions de financement de la protection sociale.

Par ailleurs, dans le cas de la santé, les individus peuvent sous-estimer les bénéfices tirés de la consommation de biens et services médicaux ou au contraire surestimer le besoin de cette consommation ou encore sous-estimer les effets néfastes de certains comportements nuisant au niveau de bonne santé. Dans ce cas, la puissance publique se substitue à l'individu pour déterminer le niveau optimal de leur consommation (campagne de prévention médicale, de dépistage de pathologie, mise en place d'un parcours de soins coordonné, …).

Les imperfections de marché et la présence d'externalités sont les deux premières justifications de l'intervention de la puissance publique dans l'allocation des ressources. La recherche d'équité en est une troisième. En effet, lorsque le fonctionnement d'un marché est libre, l'allocation des ressources n'a *a priori* aucune raison d'être juste ou équitable. La puissance publique peut alors intervenir dans l'objectif d'entretenir une justice sociale entre les individus. C'est le cas pour l'accès à la santé. L'intervention de la puissance publique est alors jugée nécessaire pour prévenir une crise sociale.

Dès lors, au-delà de l'équité, d'après l'économie du bien-être, au sein d'une économie de propriété privée, l'allocation optimale des ressources à travers un système de prix concurrentiels peut nécessiter une redistribution des richesses. Cette redistribution est socialement couteuse puisqu'il s'agit d'une redistribution de second rang (Chambaretaud et Hartmann, 2004). La mise en place de missions de services publics de santé peut alors être présentée comme une alternative efficace. La fourniture de service de santé par le biais de

transferts financiers réalisés par les services de l'État permet alors un processus de redistribution plus efficace de par les mécanismes de marché.

Suite à la mise en évidence de ces défaillances de marché et des mécanismes de l'intervention publique pour les corriger, toute une littérature se constitue sur l'analyse de la rationalité de l'intervention publique. En effet, après que les défaillances de marché aient été mises en évidence, les théoriciens du choix public vont questionner les limites de l'intervention publique pour les corriger, il est alors question de discuter les *State failures*.

D'après la théorie du choix public, suite à la mise en évidence de ces imperfections un ensemble de justifications validant l'intervention publique comme alternative efficace doit être apporté. Les questionnements des théoriciens du choix public peuvent alors être résumés comme suit : Comment garantir que l'État fait le meilleur usage des instruments qu'il a en sa possession ? Comment garantir l'efficacité de l'intervention publique ? Comment vérifier l'adéquation entre la forme de l'intervention publique et la structure des préférences de la collectivité ? Comment garantir que les résultats de l'action publique sont conformes aux intentions du législateur ?

D'après l'école du choix public, l'action publique est un construit social et son efficacité est donc dépendante des agents qui en impulsent les initiatives. Dès lors, l'intervention publique, pour pallier les défaillances de marché, est le résultat de croyances idéologiques. Les théoriciens du *public choice* vont alors s'intéresser au *processus* de prise de décision dans le cadre des politiques publiques. Cela les amène alors à questionner le fonctionnement politique des démocraties occidentales.

2.2.2. Public choice et *New public management* : croisade contre l'inefficience bureaucratique

Les questionnements des théoriciens du choix public font partie du référentiel idéologique sur lequel est fondé le *New public management*. Dès lors, la mise en œuvre de la production de l'action publique, au sens du référentiel de marché, doit permettre d'atténuer différents *government failures* issus du fonctionnement bureaucratique. En effet, d'après l'école du *Public choice* l'action de l'État ne serait pas toujours aussi efficace qu'elle pourrait l'être théoriquement (Tullock, 1972) (*Cf.* encadré ci-dessous).

Encadré 10 – Les postulats de l'école des choix publics : *Homo œconomicus*, *homo politicus* et rationalité des électeurs

Dans ses fondements, le *Public choice* peut-être résumé en trois présupposés : l'individualisme méthodologique, le choix rationnel et la vision d'une politique comme échange. Les travaux fondateurs de James Buchanan et Gordon Tullock (1962) ont pour but de formaliser une théorie des choix publics qui doit mettre en lumière les processus politiques et institutionnels qui aboutissent à l'action publique.

Dans leur ouvrage fondateur James Buchanan et Gordon Tullock (1962) proposent d'analyser comment se construisent et comment sont prises les décisions collectives. L'objectif est de chercher à comprendre par quels mécanismes les agents économiques acceptent de céder une part de leur souveraineté, et donc une part de leur décision à une entité publique. Autrement dit, comment se formalise le consentement des agents économiques à céder une part de pouvoir à la puissance publique. La question est alors de comprendre le processus de formation des politiques publiques.

La théorie moderne des marchés repose sur la figure de L'*Homo œconomicus* dont la motivation principale est la recherche de la satisfaction de l'intérêt privé (Von Neumann et Morgenstern, 1953). Non pas qu'il soit un être volontairement égoïste, mais parce que, lorsqu'il est confronté à un choix entre plusieurs alternatives dont les issues ont des conséquences différentes sur son bien-être, il choisira la solution qui lui apportera la plus grande satisfaction, quelles que soient les conséquences sur le bien-être collectif. L'agent économique réalise donc un calcul coût-avantage. Lorsqu'il prend cette décision un ensemble de contraintes pèse sur son choix : le système de sanctions et de récompenses déterminé par son environnement. Le rôle de ce cadre incitatif introduit par l'environnement est de canaliser le comportement de l'agent économique afin de l'orienter vers l'adoption de comportements favorables aux intérêts collectifs. D'après les premières théories libérales, dans la lignée de Adam Smith (1776), intérêt individuel et intérêt collectif tendent naturellement vers les mêmes objectifs aboutissant à un *optimum* social.

L'école du *Public choice* a développé un modèle analogue pour décrire le mécanisme des décisions dans la répartition des biens publics. Il s'agit alors de chercher à expliquer comment la puissance publique choisit la structure de son budget, le montant et la forme des impôts, ou encore la forme de l'intervention publique. Pour cela il est nécessaire de tenir compte des motivations et des intérêts particuliers des différents agents économiques concernés : les citoyens à qui sont destinés ces produits et qui expriment leur intérêt personnel à travers les élections politiques et les représentants politiques qui, eux aussi, ont un ensemble d'intérêts individuels qui se manifeste par l'utilité escomptée de renouveler ou gagner un mandat électoral (Tullock, 1972).

L'école du choix public cherche ainsi à mettre en évidence les différentes fonctions d'utilité des agents concernés et des contraintes qui pèsent sur le choix qu'ils opèrent lorsqu'ils prennent une décision. Ainsi, de la même façon que l'*Homo œconomicus* cherche à poursuivre un intérêt individuel, l'homme politique cherche également à satisfaire ses intérêts privés. Les théoriciens du *public choice* expliquent les comportements empiriquement observés des décideurs par une analyse rationnelle des motivations et des contraintes qui déterminent leurs comportements et leurs choix.

Les travaux de Gordon Tullock (1965), de William Niskanen (1971) et de Thomas Borcherding et Robert Deacon (1972) vont alors porter sur la modélisation des comportements et des attitudes des agents économiques face à des choix non marchands. Le point de départ est de considérer que tout individu, quel que soit son statut, est animé par les mêmes objectifs : la satisfaction de l'intérêt privé. Gordon Tullock (1965) met alors en évidence que dans les organisations publiques, le degré d'autonomie des agents est beaucoup plus élevé que dans les entreprises privées. Dans les entreprises privées, les actes individuels, toutes choses égales par ailleurs, ont le plus de chances de coïncider avec l'intérêt général. Au contraire, dans les organisations publiques, les agents ont plus de possibilités de laisser libre cours à la maximation de leurs intérêts individuels et celui-ci ne converge pas nécessairement avec l'intérêt collectif.

D'autres travaux tels que ceux d'Anthony Downs (1957) et de William Riker (1962) vont présenter l'homme politique comme un *political entrepreneur*. L'*homo politicus* est considéré comme un agent économique semblable à tout autre. Il cherche à maximiser le nombre de ses électeurs en leur offrant le panier de consommations collectives qu'ils désirent. Le marché électoral possède des caractéristiques propres mais qui

jouent le même rôle que le marché économique, c'est-à-dire adapter l'offre de biens publics à la demande des citoyens.

Selon ces auteurs, les institutions politiques sont semblables à un marché composé de relations contractuelles et dont le fonctionnement repose sur des calculs de coûts-avantages individuels. Le comportement du citoyen, lors d'un vote électoral, est comparable au comportement du consommateur et toutes choses égales par ailleurs, il votera davantage pour le représentant politique dont il espère que l'action maximisera son utilité personnelle que pour celui dont le programme lui apportera une désutilité, c'est à dire une hausse relative des taxe comparativement aux services et biens publics consommés. James Buchanan et Gordon Tullock (1962) étudient dans ce sens les raisons rationnelles du mauvais fonctionnement du système national de santé britannique. Il montre que 1'électeur anglais ne donne pas les moyens financiers qui permettent de produire en termes qualitatifs et quantitatifs les prestations que ce même électeur demande au *National Health Service,* cette fois-ci en tant que client consommateur de soins de santé. En France, ce référentiel a eu une incidence directe sur les réformes des modalités de financement des établissements hospitaliers depuis les années 1980 (Launois, 1981 ; Mougeot, 1998, 2000). La répartition du budget discrétionnaire serait le résultat de jeux de pouvoir et ne permettrait pas d'atteindre un *optimum* social collectif. L'influence de groupes sociaux sur la gouvernance hospitalière est alors jugée par les partisans des réformes libérales comme nuisible à la pérennité du fonctionnement hospitalier (Domin, 2015).

La mise en évidence des postulats de l'école des choix publics permet de comprendre pourquoi les partisans du *New public management* cherchent à séparer les tâches administratives publiques de la prise de décision de la sphère politique. La construction de toute forme hybride du *New public management* s'imprègne des postulats de l'école des choix publics. Or, cette théorie présuppose que le fonctionnement des organisations publiques est, toutes choses égales par ailleurs, moins efficaces que le recours au marché et cela pour trois raisons (Tullock, 1965). La première est l'absence de concurrence dans les bureaucraties qui aboutirait à la maximisation des intérêts privés des agents de l'État. Les fonctionnaires ne subiraient pas de pression à la minimisation de leurs coûts de production.

La deuxième raison est la surproduction supposée des services publics. Pour satisfaire l'électorat ou pour atteindre des objectifs de production, les monopoles publics auraient tendance à produire davantage que ce qu'une allocation des ressources par le marché aurait été. Cela privilégierait une catégorie de la population au détriment des autres. Les représentants politiques sont alors, au sens de ce cadre théorique, incapables de gérer de façon optimale la production des organisations publiques. Cette situation serait par ailleurs renforcée par la capacité des groupes d'intérêt, les classes moyennes, à faire fonctionner l'État en leur faveur en s'octroyant des rentes de situation. C'est alors sur les postulats de ce référentiel qu'a été pensée la réforme de la tarification à l'activité dans le Plan hôpital 2007.

Enfin, si les agents de l'État sont soumis à différents types de contrôles hiérarchiques, ces derniers seraient inefficaces puisqu'il n'existe pas de transfert d'information parfaite au sein du fonctionnement bureaucratique. Les responsables administratifs sont alors jugés

incapables d'opérer des choix rationnels dans un fonctionnement bureaucratique, les flux d'informations délivrés par les niveaux hiérarchiques inférieurs étant trop importants pour pouvoir les gérer de façon optimale. Les agents auront tendance à avoir une attitude qui coïncide avec les intérêts de l'administration, sans pour autant que ces intérêts soient ceux partagés par la collectivité. Au sein des administrations publiques, les responsables des différents services chercheraient en effet à maximiser leur propre intérêt et fonderaient les différents contrôles des échelons inférieurs sur l'atteinte d'objectifs qui leurs sont favorables.

Selon William Niskanen (1971), si les responsables bureaucratiques se comportent ainsi c'est en partie en raison de l'absence de rémunération élevée et notamment par l'absence de rémunération flexible. Le responsable bureaucrate type, à l'image de la direction d'un hôpital, chercherait alors inévitablement à maximiser la taille des budgets de son espace administratif afin d'en retirer différents avantages en nature. Faute d'augmenter son revenu il cherche à augmenter son prestige. L'augmentation du pouvoir et de la zone d'intervention participent alors davantage à la maximisation de son utilité que la résolution des problèmes pour lesquelles son administration ou organisation a été créée. L'État social est ainsi, d'après le cadre théorique de ce référentiel, détourné de ses buts premiers et la justification des dépenses publiques ne serait pas contrôlée faute de modalités d'évaluation de leur performance. Le phénomène d'*agencification* proposé dans le cadre du *New public management* permettrait alors d'encadrer et de recadrer les zones de compétences des acteurs en charge du pouvoir central. Nous analyserons ce point en détail dans le chapitre suivant en présentant le rôle des ARS. Il convient à présent de détailler la façon dont la théorie des coûts de transaction a influencé la construction des formes hybrides du *New public management*.

2.3. La théorie des coûts de transaction et l'*homo contractus* : le choix du contrat optimal dans le *New public management*

Nous proposons de présenter à deux échelles différentes l'influence de la théorie des coûts de transaction[60] sur le modèle organisationnel du *New public management*. Nous

[60] Le point de départ de la théorie des coûts de transaction est le constat empirique mis en évidence par Ronald Coase (1937) : le système de prix n'est pas le seul mécanisme de coordination présent dans l'économie. D'autres arrangements institutionnels existent et un en particulier attire son attention, le mode de coordination au sein de la firme. Pour Ronald Coase (1988, 1992), la firme se définit comme une relation d'autorité. La coordination ne se fait pas par les prix, mais par un entrepreneur coordinateur et le rapport salarial implique, via le contrat de travail, une relation d'autorité. La question qui se pose est alors de savoir pourquoi il existe des firmes et donc pourquoi le marché n'est pas le seul mécanisme de coordination existant. Ronald Coase introduit alors la notion d'efficacité organisationnelle. Une forme d'organisation économique est efficace lorsqu'elle minimise les coûts de fonctionnement. Ces coûts de fonctionnement sont appelés les coûts de transaction. En effet, l'unité d'analyse est la transaction et celle-ci fait toujours l'objet d'un contrat dont la nature caractérise une forme

présentons dans un premier temps son influence sur l'idée d'externaliser la production des services publics de façon globale (3.2.1), puis nous approfondissons l'analyse pour le modèle productif français de l'action publique (3.2.2).

2.3.1. Service public, faire ou faire-faire ?

Alors que le modèle bureaucratique est largement critiqué dans la littérature à partir du milieu des années 1960 (*Cf. supra* p. 169), la théorie des coûts de transaction, portée par Oliver E. Williamson s'intègre dans le nouveau référentiel de l'action publique qui rend légitime le modèle de gouvernance fondé sur la hiérarchie. Dans ce référentiel, la bureaucratie ne doit pas disparaître des formes organisationnelles puisque dans un certain nombre de cas, elle permet de minimiser les coûts de transaction (*Cf.* encadré ci-dessous).

Encadré 11 - Les caractéristiques des transactions comme déterminants de la structure de gouvernance

La délimitation de ce que représente un coût de transaction ne fait pas consensus au sein des théoriciens orthodoxes de l'Organisation au sens large (Chavance, 2012). Ainsi, pour Ronald Coase (1988) il s'agit des coûts de recours au marché, c'est à dire de la détermination du prix, pour Kenneth Arrow (1969) cela fait référence aux coûts de friction du système économique. Pour Oliver E. Williamson (1979), enfin, cela fait référence aux coûts de fonctionnement du système économique, renvoyant à tous les modes de coordination. Si la définition n'est pas stabilisée, la nature des coûts fait consensus et renvoie à une vision contractuelle de l'économie. Les coûts de transaction sont les coûts de contractualisation. Williamson met en évidence qu'il existe des coûts *ex ante* qui sont liés à l'écriture du contrat (ex : la recherche de la modalité optimale d'organisation de la pratique de la télémédecine entre le médecin requérant et le médecin requis peut, au sens de cette définition est considérée comme un coût *ex ante*) et des coûts *ex post* qui sont les coûts de renégociation (ex : l'adaptation de l'organisation télémédicale pour chaque patient) à la contractualisation. Dans tous les cas, les caractéristiques des transactions feraient varier le montant de ces coûts en fonction de la forme de coordination retenue. L'objectif est alors de mettre en place la forme organisationnelle qui va minimiser les coûts de transaction, c'est à dire les coûts de contractualisation. Les modalités transactionnelles, et donc contractuelles, n'appartiennent initialement pas à la même logique organisationnelle. Les coûts de transactions

spécifique d'organisation. Si le marché était systématiquement le mode de coordination le plus efficace il n'existerait aucune alternative. Or, dans les faits, des coûts existent sur le marché. Il s'agit des coûts de découverte des prix, des coûts de négociations des contrats ou encore des coûts de recherche d'un partenaire dans la réalisation de l'échange. Cependant, selon Ronald Coase (1988), la firme ne peut néanmoins faire l'objet que d'une préférence relative et non absolue. Seulement dans certaines conditions la firme est une forme de coordination préférable au marché dans le sens où les coûts de transactions y sont inférieurs.

L'enjeu est alors pour la théorie des coûts de transaction de définir pourquoi, dans certains cas, les coûts de fonctionnement peuvent être plus élevés que dans d'autres. Si Ronald Coase a mis en évidence l'existence de ces coûts de transaction, c'est Oliver E. Williamson (1979) qui matérialise les hypothèses du cadre théorique des coûts de transaction. Dans les travaux fondateurs de la théorie des coûts de transaction, le niveau d'analyse n'est pas l'agent économique ni la firme ou le marché, mais la transaction. Celle-ci se définit comme le transfert d'un bien ou d'un service entre deux entités technologiquement séparables. La transaction se différencie donc de l'échange dans le sens où elle n'est pas instantanée. Le cadre théorique de la théorie des coûts de transaction est alors un support privilégié pour l'organisation de la télémédecine dans la mesure où la production télémédicale est asynchrone. À la différence du colloque singulier traditionnel, la télémédecine est marquée par une segmentation dans le temps et dans l'espace.

sont alors interdépendants de la transaction elle-même et de la forme qu'elle prend. Oliver E. Williamson (1985) identifie trois caractéristiques des transactions : la spécificité des actifs, le niveau d'incertitude et la fréquence des transactions.

La spécificité des actifs est la source la plus importante de coûts de transaction selon Oliver E. Williamson (1985). Un actif est dit spécifique lorsqu'il revêt un caractère de non-redéployabilité pour tout autre usage que la transaction initiale pour laquelle il est mobilisé. Les actifs spécifiques peuvent l'être de par leur localisation géographique (spécificité de site ou de destination), leurs caractéristiques physiques, la taille du marché, leurs connaissances dans le cas d'actifs spécifiques humains (ex : l'Art médical), de leur réputation ou encore de leur temporalité. L'existence d'actifs spécifiques peut entrainer des situations de quasi-rente. Selon le mode de coordination, c'est à dire selon le modèle d'organisation de la transaction, les risques ne seront pas les mêmes.

L'incertitude de la transaction, quant à elle, renvoie à différents éléments. En prenant appui sur les travaux de Friedrich Hayek Hayek (1945), Oliver E. Williamson (1989) met en évidence deux types d'incertitudes : l'incertitude environnementale et l'incertitude comportementale (ou stratégique). Le premier fait référence aux perturbations exogènes auxquelles peuvent être soumis les contractants tels que les états de la nature. Le second, quant à lui, fait référence aux perturbations endogènes et renvoie à l'opportunisme des agents et aux comportements stratégiques des contractants face à l'incomplétude des contrats.

La dernière caractéristique des transactions est leur fréquence. Quelle que soit la fréquence des transactions celle-ci pourrait engendrer des coûts importants selon le mode de gouvernance retenu pour coordonner les échanges. Si la fréquence des transactions est importante, cela pourrait, d'après la théorie des coûts de transaction, entraîner des coûts de répétition (Saussier et Yvrande-Billon, 2007). En revanche, si la fréquence des transactions est faible, cela signifie que le nombre d'acteurs est restreint. L'opportunisme des contractants aurait alors plus de chance de se révéler et d'augmenter l'incertitude autour de la transaction. Ici encore, dans la considération du référentiel de marché, se pose donc la question de la forme organisationnelle optimale de la pratique de la télémédecine.

D'après les postulats théoriques mobilisés, les coûts de transaction varieraient donc en fonction des caractéristiques des échanges. La diversité des transactions justifierait dès lors l'existence de différentes formes contractuelles. Ce sont les caractéristiques des échanges qui détermineraient les structures de gouvernances efficaces, c'est-à-dire qui minimiseraient les coûts de transaction et les coûts de production.

Oliver E. Williamson (1985) identifie trois structures de gouvernance susceptibles d'encadrer les transactions : la firme, le marché et les formes hybrides[61]. Chacune de ces structures de gouvernance est considérée comme un lieu d'encadrement des contrats et possède des avantages et des inconvénients. L'efficacité de la forme organisationnelle de gouvernance varie en fonction de la transaction. Le mode de gouvernance vient donc compléter les contrats. Chaque structure de gouvernance possèderait ainsi des caractéristiques qui lui sont propres et qui s'articulent autour des contrats qui lui sont associés (*Cf.* Figure ci-dessous).

Figure 17 – Type de transaction et forme contractuelle

		Caractéristiques de l'actif		
		Non spécifique	Mixte	Spécifique
Fréquence des transactions	Faible	Gouvernance marchande (Contrat classique)	Gouvernance hybride (Contrat néoclassique)	
	Forte		Gouvernance hiérarchique (Contrat de substitution)	

Source : D'après Coriat et Weinstein (1995)

[61] Pour une présentation détaillée des formes hybrides se référer à Ménard (2012).

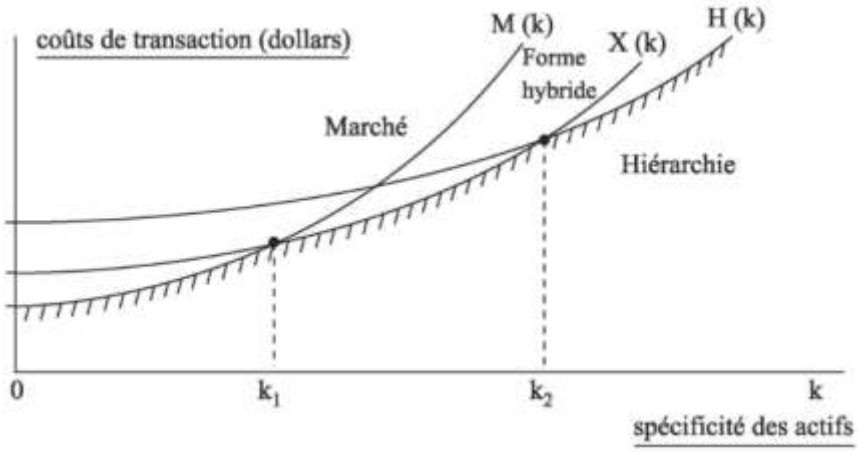
Chaque structure de coordination se distingue donc par la forme de l'adaptation (autonome ou intégrée) qu'elle est censée engendrer et par l'intensité avec laquelle elle doit compléter les contrats. Cela se matérialise par le degré d'incitation que le mode de coordination doit mettre en œuvre pour encadrer le comportement des contractants. Chaque structure de coordination possède ses propres propriétés, qui se différencieraient par leur efficacité intrinsèque à minimiser les coûts de transaction selon le niveau d'incertitude lié aux caractéristiques de la transaction.
La théorie des coûts de transactions propose alors un cadre analytique du comportement contractuel. Le principal postulat repose sur la volonté de minimiser les coûts de transaction et les coûts de production. La forme du contrat optimal dépendrait alors de sa capacité à limiter l'opportunisme des agents en minimisant l'incertitude.

Selon la théorie des coûts de transaction, en dehors des situations où la hiérarchie permet de minimiser les coûts, l'administration publique doit déléguer la gestion de certaines missions de service public (Chavance, 2012). En effet, d'après le cadre théorique des coûts de transaction, les organisations publiques devraient dans un certain nombre de cas se défaire du mode de gouvernance bureaucratique pour conserver uniquement les missions de service public dont la spécificité des actifs ne permet pas de les déléguer à d'autres formes organisationnelles et contractuelles. En dehors de ces activités spécifiques, la fourniture des services publics, tout comme sa gestion devrait être externalisée.

Toute activité dont la spécificité des actifs ne justifie pas l'organisation hiérarchique doit alors être déléguée soit pas externalisation (*contracting out*) soit pas la délégation de certaines missions à des agences autonomes (*agencification*) dont la création des agences de notation ou d'évaluation en est la formalisation (Benamouzig et Besançon, 2005). Ce phénomène d'*agencification* s'intensifie au sein du système de santé en France depuis la réforme dite Juppé de 1996. La théorie des coûts de transaction incite donc à la multiplication des partenariats publics-privés et à la création d'agences autonomes, filiale du secteur marchand.

En effet, la théorie des coûts de transaction ne s'est pas uniquement intéressée aux organisations privées. Dans ses premiers écrits, (Williamson, 1975) s'intéresse d'ailleurs au secteur public et à la gouvernance des producteurs de service public. De la même façon que pour les firmes privées, la question qui se pose dans la production de services publics est de savoir s'il est préférable de faire ou de faire-faire. En d'autres termes, si l'intégration verticale ou l'externalisation est la meilleure des stratégies, l'intégration peut représenter des gains de coordination qui réduiraient les coûts de transaction (Saussier et Yvrande-Billon, 2007). Ainsi, l'organisation hiérarchique ne doit pas être vue comme un mode de gouvernance à réduire au néant. Comme le montre la figure ci-dessous, à chaque degré de spécificité des actifs correspondrait un mode de gouvernance approprié.

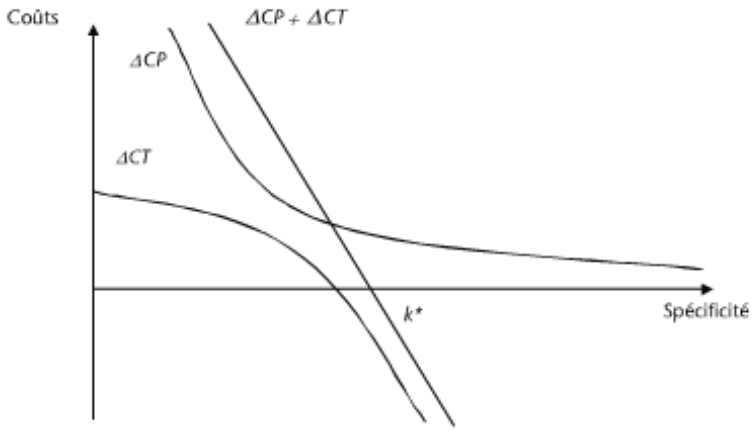
Figure 18 – Spécificité des actifs et mode de gouvernance



Source : Baudry et Chassagnon (2014)

D'après cette figure, pour un niveau de spécificité donné, correspondrait une structure de gouvernance minimisatrice de coûts de transaction. Les coûts de transaction ne doivent néanmoins pas être les seuls à être pris en compte pour déterminer la structure organisationnelle la plus efficace. Le choix de l'organisation pertinente pour réaliser les transactions doit se faire au sein d'un programme de minimisation de la somme des coûts de transaction et des coûts de production (Baudry et Chassagnon, 2014).

Figure 19 – Programme de minimisation des coûts de transaction et de production



Source : Saussier et Yvrande-Billon (2007)

Dans ce schéma, ΔCP représente la différence entre les coûts de production d'un bien par l'organisation elle-même et les coûts d'acquisition du même bien sur le marché par le biais d'un contrat classique. La courbe ΔCT représente quant à elle la différence des coûts de

transaction entre un contrat de subordination et un contrat classique. Enfin k représente le degré de spécificité des actifs mobilisés dans la transaction. Si $k > k^*$, le contrat le plus adapté est le contrat de subordination, autrement dit l'organisation hiérarchique, puisqu'il permet de minimiser la somme des coûts de production et de transaction. Au contraire, si $k < k^*$, le niveau de spécificité des actifs est assez bas pour faire faire et donc le contrat classique permet de minimiser la somme des coûts de production et de transaction. L'arbitrage qui est fait ici pour la spécificité des actifs peut l'être également pour la durée des contrats, leur degré de complétude et la fixation des prix.

La théorie des coûts de transaction relance ici le débat ouvert dans les années 1960 et théorisé par Harold Demsetz (1968) puis par Armen Alchian et Harold Demsetz (1972) au sujet de la réglementation qui entoure la production de services publics. Au début des années 1970 se pose la question des formes de concurrence qu'il est possible de mettre en place pour répondre à ce qui est caractérisé comme un problème des monopoles naturels. Harold Demsetz (1967) ira jusqu'à parler du marché comme d'un état idéal de Nirvana. Même dans le cas de la production de services publics, la « main invisible » d'un système de prix devrait permettre de réaliser la production sans coût de coordination et donc de transaction. Les monopoles naturels sont alors définis dans ce cadre comme source d'inefficacité. La mise en place d'appels d'offre concurrentiels reposant sur les mécanismes de marché est alors présentée comme la solution à ces problèmes.

La théorie des coûts de transaction met alors en évidence qu'il n'existerait pas de forme organisationnelle *a priori* plus efficace qu'une autre dans la fourniture des services publics, tout comme dans le secteur marchand. Le recours au marché concurrentiel représente un certain nombre de limites dans la fourniture de services publics. En effet, l'externalisation doit être mise en place pour minimiser la somme des coûts de production et de transaction. Dans certains cas, il est toutefois préférable d'internaliser la production.

Les théoriciens du *New public management* se sont donc inspirés de ces recommandations. Lorsque les actifs sont peu spécifiques, l'externalisation sur le marché est la forme organisationnelle qui est retenue. Nous montrerons dans le chapitre suivant que cette recommandation est appliquée à la lettre dans la politique sectorielle du *New public management.*

De la même façon, tant que l'environnement de la transaction n'est pas complexe et est prévisible, la réalisation du service public et son encadrement doivent être délégués. Seules les situations où l'incertitude et la complexité sont élevées justifieraient l'intégration de la production et donc la réalisation de contrat de subordination. Dans le référentiel du *New*

public management, l'enseignement retenu est que dès qu'il est possible d'externaliser, c'est à dire que le contrat classique permettrait de minimiser la somme des coûts de transaction et de production, le recours à des agences autonomes et à des partenariats public-privé (mode de gouvernance hybride et contrat néoclassique) est privilégié.

2.3.2. L'externalisation des services publics français

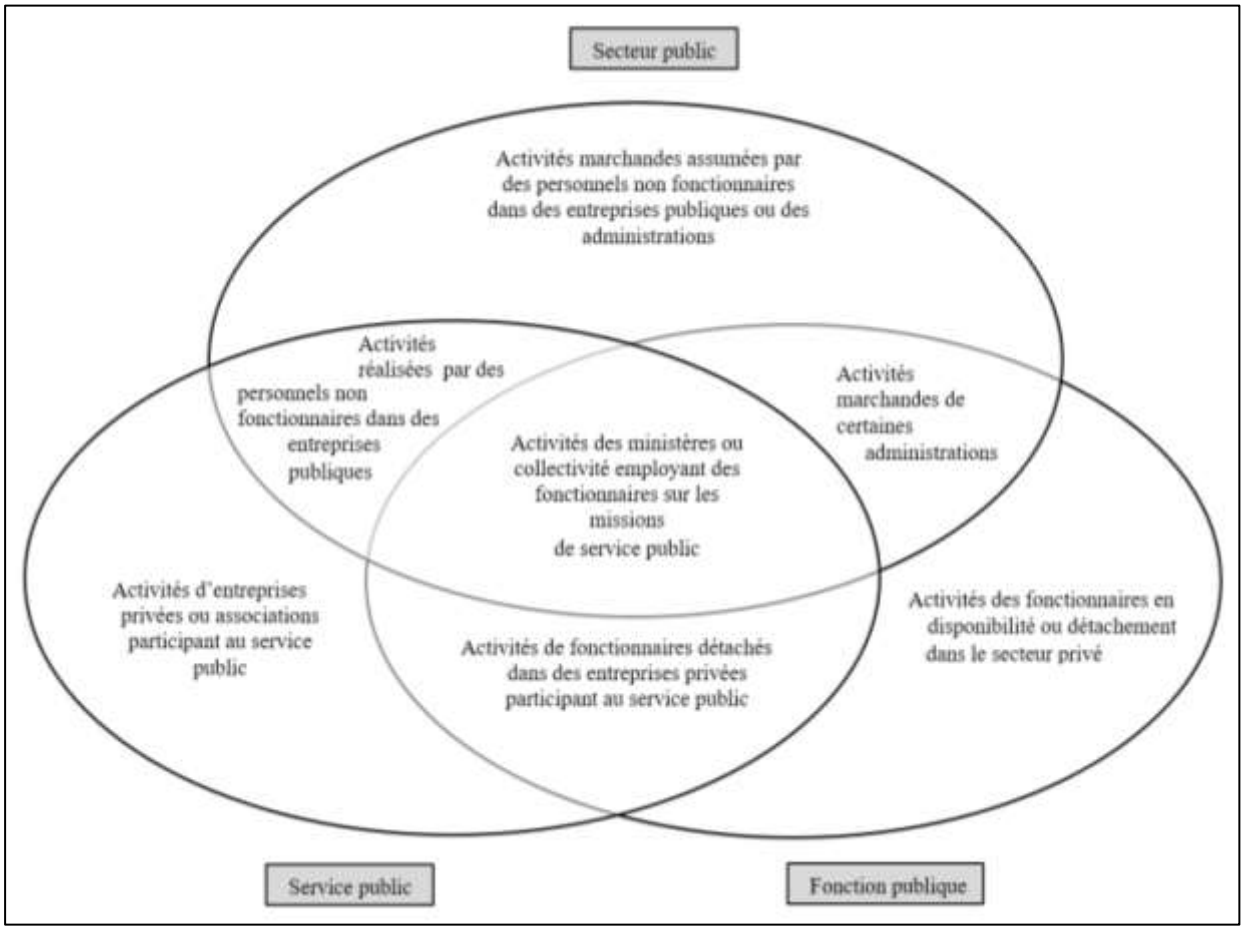
La théorie des coûts de transaction s'est donc intéressée à la fourniture des services publics mettant en évidence trois modes de gouvernance des transactions de ces services. En France, il n'est pas toujours évident de distinguer secteur public, service public et fonction publique. Le secteur public peut se définir comme l'ensemble des organisations gérées de façon directe ou indirecte par l'État central ou local (Bartoli et Blatrix, 2015). Le secteur public recouvre donc toutes les organisations où le pouvoir de décision de l'État est majoritaire dans les objectifs de l'organisation et où l'État possède une part dominante de moyens. La fonction publique renvoie, quant à elle, à deux dimensions qui doivent être conjointes, le statut de fonctionnaire et l'attribution d'un régime juridique spécifique (*Ibid.*). Enfin, le service public, élément de notre étude dans le cas présent, se définit comme la production de toute activité d'intérêt général (*Ibid.*). Le service public peut alors être externalisé et confié à un fournisseur privé. Si le changement de nom du service public hospitalier pour celui de mission de service public semble anodin, cela est en réalité lourd de sens[62]. Il s'agit en effet d'intensifier la part de fournisseurs privés de soins dans la production hospitalière. La télémédecine peut alors être interprétée comme une forme de sous-traitance de l'activité hospitalière. Trois grands principes sont retenus pour qualifier le service public : la continuité (les services publics fonctionnent de façon continue et régulière), l'égalité (tous les usagers bénéficient des services publics sans discrimination ni avantage) et la mutualité (les prestations fournies doivent être adaptées aux besoins).

Il existe en France trois grands types de services publics. Les services régaliens, qui ne sont pas externalisés, et correspondent au noyau dur de compétence de la puissance publique. Ces services sont ceux de la justice, de la police, de la défense nationale ou encore de la

[62] Bien que les médecins, mêmes hospitaliers, ne soient pas fonctionnaires, la suppression par la loi HPST de la notion de service public hospitalier pour la remplacer par celle de mission de service public marque la volonté d'ouvrir davantage la pratique hospitalière contractuelle. La loi du 31 juillet 1991 a, en effet, institué le statut de praticien contractuel pour donner plus de souplesse aux établissements hospitaliers. Les praticiens hospitaliers, en France, sont nommés dans un établissement public de santé après proposition du chef d'établissement au Directeur Général du Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers. Cela est réalisé après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. Pour prétendre au statut de praticien hospitalier, il faut réussir le concours national de praticien hospitalier.

finance publique. Les autres services publics sont tous au moins en partie externalisés et sont concernés par l'*agencification*. Il s'agit des services socio-culturels qui recouvrent l'éducation, la santé, la protection sociale ou encore l'action culturelle et les services à caractère économique qui sont pour leur part quasiment tous externalisés. Il s'agit des services publics des domaines de l'énergie, du transport et de la communication. À l'exception des services publics régaliens, les recommandations du *New public management* ont été appliquées dans le cas de la production de service public et dès lors que la mise en place de contrats classiques est rendue possible, au sens de la théorie des coûts de transaction, les activités ont été externalisées. Le schéma ci-dessous permet de synthétiser le phénomène.

Figure 20 – Les producteurs de services publics en France



Source : D'après Bartoli et Blatrix (2015)

D'après la figure ci-dessus, au sein de la production de service public, la patrie centrale renvoie aux fonctions non externalisables, au sens de la théorie des coûts de transaction, et donc faisant l'objet d'un contrat de subordination. Au contraire, les activités conjointes au secteur public et à la fonction publique renvoient à des formes hybrides

d'organisation et donc d'externalisation partielle. Il s'agit de contrats néoclassiques. En revanche, les activités uniquement recensées comme étant du service public sont considérées comme des activités externalisables et donc se rapportant à des contrats classiques.

La production de service de santé n'échappe donc pas à la règle et le fonctionnement de l'offre de soins est concerné par l'externalisation. La mise en place d'agences autonomes d'encadrement de la pratique médicale en est la conséquence directe. Ainsi, le fonctionnement contractuel de l'organisation des soins télémédicaux, et le rôle d'agence de contrôle et d'évaluation des ARS en est la matérialisation. Cela sera développé dans le chapitre suivant.

2.4. Théorie de l'agence et rémunération à la performance : préceptes du *New public management*

Dans le référentiel de marché, l'application des recommandations de la théorie de l'agence est présentée comme un moyen de soigner les maux liés à l'inefficience de l'action publique bureaucratique. Ainsi, la rémunération incitative, l'opportunisme des agents fournisseurs de services publics et la performance des organisations publiques sont les principales thématiques issues de la théorie de l'agence à être abordées dans les manuels de gestion proposant d'étudier le *New public management* (Chelle, 2012)[63]. La mise en œuvre de tout modèle de production de l'action publique doit, dès lors, tenir compte de ces paramètres. L'introduction d'une part variable dans la rémunération des agents fournisseurs de services publics, généralement sous forme de rémunération incitative ou à la performance, apparaît alors comme un outil privilégié du *New public management* et se présente comme un moyen, si ce n'est de résoudre, d'encadrer l'opportunisme. Nous proposons dans un premier temps de rappeler brièvement les postulats de la théorie de l'agence (4.2.1). Puis nous présentons l'application des recommandations de cette théorie dans les modalités de rémunération à la performance, mises en place dans les pays de l'OCDE. L'OCDE fait partie des organisations qui promeuvent la diffusion des principes du *New public management* (4.2.2). Nous nous

[63] Elisa Chelle a réalisé en 2009 une revue de la littérature des manuels pédagogiques portant sur le *New public management.* Son analyse propose une typologie de ces manuels : « *L'objet de l'enquête est de proposer une lecture de l'offre pédagogique en matière de nouveau management public* ». Elle résume ainsi la revue de la littérature : « *L'étude se base sur un corpus de plus de soixante manuels publiés en français et en anglais. Cette littérature prescriptive donne à voir les attendus d'un groupe professionnel et leur objectivation dans des énoncés qui font effet de science. (...) D'un contenu original, le nouveau management public est un ensemble composite de savoirs préexistants, issus des sciences de gestion, de la sociologie des organisations, ou de l'économie néoclassique. Une sociologie de ces militants réformateurs donne à voir des profils variés. Du consultant à l'universitaire, en passant par le haut-fonctionnaire, les stratégies convergent vers un affaissement des barrières entre fonction publique et secteur privé. Et, au-delà du cercle des initiés, contribuent à légitimer les discours sur la performance et à conforter la vision d'un "citoyen-consommateur"* ».

intéressons ensuite à la mise en place de ces critères de rémunération à la performance pour les médecins dans les pays de l'OCDE (4.2.3).

Il convient par ailleurs de préciser que, si les théories du choix public et des coûts de transaction servent de supports idéologiques aux modalités organisationnelles de la production de l'action publique, les hypothèses de la théorie de l'agence structurent quant à elles la forme de l'encadrement et du contrôle de la production.

2.4.1. La théorie de l'agence, au fondement des incitations économiques

La théorie de l'agence s'est construite au cours des années 1970 autour des travaux de Stephen Ross (1973), Bengt Holmstrom (1979), Sanford Grossman et Oliver Hart (1983), et John Winsor Pratt et Richard Zeckhauser (1985) dont la thématique repose de façon conjointe sur les incitations. Le point de départ est la mise en évidence d'une relation d'agence qui s'établit entre un mandant (le principal), le patient ou la tutelle dans notre cas, et un mandataire (l'agent), le médecin. En d'autres termes, le principal délègue l'exécution d'une tâche à l'agent, *i.e.* le patient et la tutelle délèguent au médecin la réalisation du diagnostic médical. Dès lors, il est également question ici de relation contractuelle entre deux parties. Stephen Ross (1973, p.134) définit ainsi une relation d'agence : « *We will say that an agency relationship has arisen between two (or more) parties when one, designed as the agent, acts for, on behalf of, or as representative for the other, designated the principal, in a particular domain of decision problems* ». Ce sont Mikael Jensen et William Meckling (1976, p. 307) qui introduisent la notion de contrat dans la définition de la relation d'agence : « *We define an agency relationship as a contract under which one or more persons (the principal(s)) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf wich involves delegating some decision making authority to the agent.* »

Plusieurs hypothèses comportementales sous-tendent la théorie de l'agence. Comme dans les théories précédemment exposées, les agents économiques cherchent à maximiser leur utilité. Le postulat de rationalité limitée[64] est également posé et les individus, opportunistes ici encore, cherchent à tirer profit de l'incomplétude des contrats (Charreaux, 1987). Ce sont ces hypothèses qui vont être reprises dans le référentiel de marché et vont structurer le modèle organisationnel de la production de l'action publique.

[64] Nous montrerons à ce sujet qu'une distinction existe entre les théories positive et normative de l'agence (*Cf.* Chapitre 5).

Dans la théorie de l'agence, l'existence d'une asymétrie d'information entre le principal et l'agent et la divergence d'intérêt entre les deux fait naitre une relation d'agence. C'est parce qu'il existe une divergence dans la répartition des préférences entre le principal et l'agent que l'asymétrie d'information va poser problème[65] au sens de l'agence. L'asymétrie d'information est donc à l'origine de l'engagement contractuel entre le principal et l'agent. La théorie de l'agence étudie en premier lieu les relations d'agence au sein de la firme entre les actionnaires et les dirigeants (Jensen et Meckling, 1976) puis la relation informationnelle asymétrique entre les managers et les salariés sera étudiée (Baudry et Chassagnon, 2014). Dans ce cadre théorique, les principaux et les agents possèdent des fonctions d'utilités différentes et cherchent à les maximiser, en d'autres termes, ils cherchent à minimiser leurs efforts tout en servant leur propre intérêt. Dès lors, les producteurs de l'action publique n'échappent pas à la règle et sans contrat incitatif leurs modalités productives ne sont pas efficientes.

Pour les mêmes raisons que celles évoquées dans le cas de la théorie des coûts de transaction, les problèmes d'agence sont donc liés aux coûts d'établissement et de d'exécution des contrats, à l'incertitude et à l'impossibilité pour le principal de mesurer l'effort de l'agent. Différents risques apparaissent alors en amont (antisélection) et en aval (risque moral) de la signature du contrat (Cahuc, 1993) (Cf. encadré ci-dessous).

Encadré 12 – Les incitations comme mécanisme de réduction des risques en amont et en aval de la signature des contrats

L'antisélection désigne une situation d'asymétrie d'information avant la signature d'un contrat entre les parties. L'agent possède une information privée que ne connaît pas le principal ou qu'il connaît de façon imparfaite et dont la révélation ne peut se faire, d'après la théorie de l'agence, sans coût. En ce sens, les décisions de l'agent dépendent de son information privée et peuvent affecter de façon adverse l'utilité du principal. C'est George Akerlof (1970) qui a mis en évidence le plus célèbre effet de sélection adverse en prenant pour exemple la vente de voitures d'occasion. L'exemple a ensuite été repris pour illustrer l'asymétrie d'information entre les offreurs et les demandeurs sur le marché du travail. Une situation d'antisélection existe lorsqu'une entreprise (le principal) embauche un salarié (l'agent). L'incertitude sur la qualité, en termes de compétences des candidats, conduit à un risque de sélection adverse. En effet, dans le cas où l'entreprise établit un salaire d'équilibre équivalent à la productivité moyenne des travailleurs, les candidats les plus productifs se retireront du marché. Cette situation apparaît du fait que le principal a une connaissance imparfaite des capacités productives des candidats. Il y a un risque d'embaucher un candidat dont les capacités sont relativement faibles. On parle alors d'opportunisme précontractuel.

Pour limiter le risque de mauvaise sélection, le principal peut avoir intérêt à mettre en place un contrat incitatif qui vise à augmenter le salaire de façon à attirer les individus les plus performants. Pour comprendre

[65] Nous montrerons par la suite qu'il est au contraire possible de considérer que la relation d'agence n'est pas un problème mais une solution (Favereau, 1997). En effet, cette relation existe justement parce que le principal a besoin des services d'un agent mieux informé que lui pour lui confier une tâche à exécuter. Si le patient était en capacité de poser un diagnostic sur son état de santé il n'aurait pas besoin de consulter le médecin. L'agent possède des capacités particulières que n'a pas le principal.

cela, il faut poser l'hypothèse qu'avant d'être embauchés, les candidats ont fixé un salaire minimum auquel ils sont prêts à travailler et en-dessous duquel ils ne souhaitent pas travailler. Cette information est privée et ce niveau de salaire est une fonction croissante des capacités individuelles. Ainsi, les candidats les plus performants fixent un salaire minimum de réserve plus élevé. Une entreprise qui propose de faibles rémunérations risque donc d'attirer que les travailleurs les moins productifs. Il est alors souhaitable de proposer des rémunérations à l'embauche plus élevées.

Le principal a donc la possibilité de proposer deux types de contrats. Le premier associe un niveau de performance élevé et un salaire élevé. Le second associe quant à lui un salaire moins élevé et donc une performance plus faible c'est-à-dire une productivité moins élevée. Selon les contrats proposés, les réactions des candidats seront auto-révélatrices de la stratégie des agents. Cela entraine néanmoins la nécessité de mettre en œuvre des incitations monétaires afin de révéler une partie de l'information privée de l'agent. Cette situation est modélisée par Michael Spence (1973), qui introduit la théorie du signal dans l'analyse du marché du travail. Nous avons déjà mis en évidence que la rémunération préconisée dans le cadre du *New public management* est la rémunération qui discrimine le niveau de compétence, cette hypothèse est donc issue du cadre théorique de l'agence. Ce modèle permet de modéliser la situation d'asymétrie d'information en amont de la transaction, toutefois les risques encourus après signature du contrat se matérialisent différemment. Il s'agit de l'aléa moral. Il est donc nécessaire d'encadrer les risques en amont et en aval de la production de l'action publique.

L'aléa moral définit la situation dans laquelle l'agent, une fois engagé contractuellement, fourni un niveau d'effort inférieur à ce qu'il devrait ou pourrait être. L'agent fournit ce niveau d'effort minimal en raison du fait que l'observation de son niveau d'effort est impossible par le principal. Les premiers travaux portant sur l'aléa moral ont été réalisés dans le secteur de l'assurance (Arrow, 1970) et ont ensuite été étendus aux organisations (Milgrom et Roberts, 1982). Au sein de la firme, le manager ne connaît pas le niveau d'effort de l'agent. Le principal est donc confronté à une situation d'agence après signature du contrat pour deux raisons. La première est qu'il lui est très couteux de mesurer la difficulté effective de la tâche entreprise par l'agent. Le principal ne peut qu'apprécier le résultat sans connaître véritablement le niveau d'effort nécessaire à sa réalisation. Le principal ne rémunère donc pas l'agent en fonction de sa contribution réelle mais en fonction d'une approximation de sa participation au processus de production. Ensuite, sachant qu'il existe effectivement des aléas, l'agent ne peut pas être tenu pour unique responsable du niveau de production. Le risque supporté est trop élevé.

C'est à partir de ce cadre analytique que les partisans du *New public management*, tous systèmes hybrides confondus, envisagent la forme de l'encadrement et du contrôle de l'action publique. Cet encadrement passe notamment par le caractère incitatif de la rémunération des producteurs de services publics.

2.4.2. Modalités de rémunération et *New public management* dans les pays de l'OCDE

Maya Bacache-Beauvallet (2016) met en évidence que les organisations internationales promeuvent l'introduction de modalités de rémunérations variables dans les différentes formes de production de l'action publique. Ainsi, l'OCDE vante les formes de rémunérations qui lient la rétribution à la productivité de l'agent. La part variable de la rémunération est présentée par l'OCDE comme incitative et permet également une meilleure allocation des agents de l'État. En d'autres termes, l'OCDE montre que la rémunération

variable permettrait aux organisations publiques de se prémunir contre l'aléa moral et l'antisélection. L'OCDE (OCDE, 2006a, p. 10) met en évidence que les modalités de rémunération liées à la performance se développent dans le secteur public depuis la fin des années 1970 au sein de ses pays membres et explique que : « *les raisons d'adoption des politiques de rémunérations liées à la performance sont multiples, mais s'expliquent principalement par la volonté de stimuler la motivation individuelle et la responsabilité des fonctionnaires, afin d'améliorer leurs performances* ».

Sans contrat incitatif, les fournisseurs de services publics ne produiraient donc pas un effort optimal. Il serait alors nécessaire de mettre en place des mécanismes contractuels permettant d'améliorer leur performance. L'OCDE affirme que les rémunérations liées à l'ancienneté ne sont pas garantes d'une amélioration de la performance des agents concernés et mentionne que : « *L'adoption de la rémunération à la performance dans l'administration témoigne de l'influence de la culture d'incitation et de responsabilisation individuelle en vigueur dans le secteur privé* » (*Ibid.*, p.11). Selon cette institution, la forme efficiente de rémunération doit être composée de trois éléments, le salaire de base, la rémunération liée au poste et les différents éléments liés à la performance. L'OCDE définit la performance comme « *tous rendements, résultats ou autres bilans mesurables d'activité du secteur public* » (Ketelaar, et al., 2007, p. 8). Ainsi, la gestion de la performance est « *l'ensemble des procédures mises en œuvre pour définir et mesurer les réalisations, et pour les relier aux mesures d'incitation ou aux sanctions appliquées par un supérieur hiérarchique (organisme ou individu) à l'égard d'un subordonné et souvent associées à une plus grande autonomie de gestion du subordonné* » (*Ibid.*, p. 8).

La performance du secteur public revêt plusieurs aspects : (i) les résultats produits (*outputs*), mesurés par leur quantité et leur qualité ; (ii) l'efficience, soit les coûts unitaires des produits ; (iii) l'efficacité évaluée par le fait d'atteindre les objectifs fixés ; (iv) la prise en compte des besoins des usagers évalués notamment par la satisfaction de ces derniers ; et enfin, du point de vue politique, (v) la responsabilité et l'intégrité du pouvoir public. En 2006, l'étude menée par l'OCDE révèle que, dans le secteur public, la rémunération liée à la performance représente en moyenne entre 10 et 20 % de la rémunération des agents publics[66] (OCDE, 2006a).

La modernisation des modalités de rémunération serait un moyen efficace d'améliorer la performance des agents producteurs de service public pour quatre raisons. La première est

[66] Pour une présentation détaillée de la nature et des plafonds par pays membre de l'OCDE des rémunérations liées à la performance se référer à OCDE (2007 pages 62 à 64).

que la rémunération liée à la performance doit améliorer la motivation. Les rémunérations traditionnelles reposent sur un système d'avancement progressif et de façon implicite la progression se fait de façon automatique, le lien avec l'effort de l'agent n'étant pas direct. La rémunération liée à la performance est censée introduire un lien direct entre l'effort fourni et la rétribution, ce qui est censé motiver les agents de l'État à fournir davantage d'efforts. La deuxième raison avancée par l'OCDE pour promouvoir la rémunération liée à la performance est que cette dernière attire les agents « *talentueux et dynamiques* » (*Ibid.,* p.37). L'argument, présenté ici par l'OCDE, est que les cadres du secteur privé sont généralement mieux payés que ceux du secteur public. Afin d'attirer les agents les plus performants, il est alors nécessaire de leur proposer un niveau de rétribution supérieur.

La mise en place d'une rémunération liée à la performance devrait alors permettre d'attirer la main d'œuvre la plus performante tout en garantissant, une fois le contrat signé, le maintien de leur niveau d'effort à un niveau optimal. L'OCDE préconise alors d'appliquer les méthodes de rémunération à la performance issues du secteur privé. La troisième raison est l'élargissement de la zone d'effort qui est prise en compte dans la rémunération à la performance. Il ne s'agit pas uniquement de rémunérer l'agent pour la tâche qu'il doit accomplir, l'incitation doit être plus large. Ainsi, les dispositifs de rémunération à la performance permettent d'inclure des conditions préalables à la rémunération variable telles que le suivi de stage ou de formation, l'utilisation de procédures ou de méthodes de travail nouveaux. Les formes de rémunération à la performance doivent permettre d'introduire de la souplesse dans le périmètre de la rémunération de l'agent. Elle doit permettre de récompenser la prise de risque.

Enfin, l'OCDE, reprenant les termes de la théorie de l'agence, met en évidence que la rémunération liée à la performance est un moyen d'envoyer un signal. Les contrats dans lesquels une part variable de la rémunération est mise en place permettraient de signaler les compétences des agents et non leur ancienneté. Le niveau de rémunération d'un agent signal dès lors sa performance et ses capacités.

2.4.3. La rémunération à la performance des médecins dans les pays de l'OCDE

D'après l'OCDE (2015), il semblerait que le comportement des médecins puisse s'étudier comme celui de n'importe quel autre agent économique et donc comme celui de tout autre fournisseur de service public. En effet, il semble que les préceptes du *New public management*, tels qu'ils sont décrits pour présenter l'efficacité des modes de rémunération

peuvent s'appliquer également au cas de la rétribution des professionnels de santé. Ainsi, selon les modalités de rémunération, les médecins seraient influencés par un ensemble de dispositifs incitatifs. Les modalités de rémunération influencent donc le volume d'actes réalisés, l'efficacité du médecin et la qualité des soins. Les trois modes de rémunération classiques des professionnels de santé (salaire, capitation et paiement à l'acte) ne sont pas porteurs d'incitations suffisantes.

Tableau 12 - Mode de rémunération des médecins et risque sur la performance

	Paiement à l'acte	**Capitation**	**Salariat**
Modalités de rémunération	Rémunération dépendante du nombre d'actes, de leur prix et de leur composition	Rémunération forfaitaire généralement annuelle par patient. Le montant du forfait peut dépendre des caractéristiques de la patientèle et des pathologies prises en charge.	Rémunération par le biais d'un salaire mensuel indépendant du volume d'actes et des caractéristiques de la patientèle.
Variations possibles du revenu	Augmentation du nombre d'actes	Augmentation du nombre de patients	Augmentation du nombre d'heures travaillées
Risques potentiels sur la dépense de santé, la qualité et l'accès aux soins	- Surproduction de soins (multiplication des actes) - Demande induite - Diminution de la durée de consultation pour augmenter le nombre d'actes - Préférence pour les actes curatifs au détriment des actes préventifs - Inégalité d'accès aux soins en cas de tarifs variables	- Réduction du volume d'actes par patient - report des patients vers d'autres professionnels médicaux - Sélection des patients	- Faible incitation à la qualité - Baisse de la productivité - Absence d'incitation à la satisfaction du patient - Sélection des patients

Source : réalisé à partir de Samson (2009)

La diversification des modes de rémunération est considérée comme une première solution pour encourager les comportements vertueux mais ne semblent pas suffisante aux yeux de l'OCDE. C'est pourquoi l'institution encourage ses pays membres à mettre en place des mécanismes de rémunération à la performance[67] (Paris et Devaux, 2013). Le tableau ci-dessous récapitule les différentes modalités de rémunération des médecins dans les pays membres de l'OCDE.

[67] Pour un panorama complet de la situation en France se référer à Da Silva (2014).

Tableau 13 - Modalités de rémunération des médecins dans les pays de l'OCDE

Type d'institution prédominante pour les soins primaires	Liste pays	Paiement des institutions					Paiement des médecins			
		Budget global	Capitation	À l'acte	À la performance	Autre	Salaire	Capitation	À l'acte	Autre (dont performance)
Médecine en pratique individuelle	Allemagne*								X	
	Autriche*								X	
	Belgique*							X	X	
	Corée*								X	X
	France*								X	X
	Grèce*								X	
	Rép. Tchèque*							X	X	
	Suisse*								X	
Centres publics	Espagne		X		X		X	X		X
	Finlande	X					X			
	Islande	X					X			
	Portugal	X	X		X		X			
	Suède		X	X	X		X			
Cabinets de groupe privés avec médecins et autres professionnels	Australie			X					X	X
	Danemark		X	X				X	X	
	Irlande		X					X		
	Norvège		X	X				X	X	
	N.-Zélande		X	X			X			X
	Pays-Bas*	X	X	X				X	X	
	Royaume-Uni		X	X		X		X	X	X
	Pologne*		X					X	X	
Cabinet de groupe avec médecins seuls	Canada		X	X		X			X	
	Italie		X					X	X	X

* Pays avec système d'assurance maladie (par opposition aux systèmes nationaux de santé).

Source : Paris et Devaux (2013)

En France, par exemple, les soins primaires sont principalement réalisés par des médecins libéraux généralistes qui exercent en cabinet individuel ou en groupe (Paris et Devaux, 2013). Avec la réforme du médecin traitant, la rémunération à l'acte est complétée par des rémunérations forfaitaires correspondant au suivi des patients (réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004). L'introduction du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) par la loi de financement de la Sécurité sociale 2008, puis celle de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), à la suite de la signature de la convention médicale de 2011, viennent également compléter le paiement à l'acte (*Ibid.*). Ces formes de rémunérations représentent 10 % de la rémunération totale des médecins généralistes (*Ibid.*). La situation est à peu de chose près identique dans tous les pays qui fonctionnent avec un système d'Assurance maladie (*Ibid.*). En revanche, dans les pays qui possèdent un système

national, les modalités de rémunération des structures et les formes de redistributions aux médecins de ces structures sont présentées comme particulièrement incitatives à la qualité et à la performance. Ces formes organisationnelles sont également présentées comme plus avantageuses à la coopération entre les professionnels de santé. Ici encore, les principes du *New public management* semblent donc s'appliquer.

Les modalités de rémunération des autres spécialités, dans les pays de l'OCDE sont à quasi part égale entre salariat et paiement à l'acte (*Ibid.*). En revanche, leur lieu d'exercice de l'activité ambulatoire varie fortement d'un pays à l'autre (cabinet individuel, de groupe, hôpital public). En France, les spécialistes sont 40 % à exercer uniquement en libéral et sont rémunérés à l'acte. Par ailleurs, 38 % sont salariés des hôpitaux et 9 % d'autres structures (*Ibid.*). Pour les autres, ils ont une activité mixte (*Ibid.*). Au sein des systèmes nationaux de santé, les spécialistes pratiquent majoritairement leur activité dans les hôpitaux publics et la rémunération peut se faire soit sur un budget global (Espagne, Irlande, Nouvelle-Zélande, Portugal, Suède, Royaume-Uni) soit à l'acte (Finlande) ou les deux (Norvège, Suède). Ces modalités de rémunérations peuvent être complétées par des modalités autres telles que le paiement à la performance, le paiement sur l'atteinte d'objectifs ou encore l'utilisation de la télémédecine et la e-santé (*Ibid.*). Dans la majorité des pays de l'OCDE, les médecins spécialistes autres que généralistes peuvent exercer une activité mixte publique-privée. En France, les médecins qui ont un exercice mixte sont rémunérés sous deux modalités différentes (à l'acte et salariat).

Selon l'OCDE, les modalités de rémunération sont un enjeu primordial dans les politiques publiques de santé. C'est pourquoi depuis le milieu des années 1990 les pays membres ont engagé des réformes qui suivent les recommandations des théories supports du *New public management* en matière de rémunération des médecins. Quinze pays de l'OCDE ont instauré un paiement à la performance pour les institutions ou les médecins qui dispensent des soins primaires (OCDE, 2015). Par ailleurs, sept pays ont également mis en place cette forme de rémunération pour les médecins spécialistes, hors généralistes, qui pratiquent une activité ambulatoire (OCDE, 2015). Ces modalités de rémunération font alors l'objet d'évaluation puisque leur rémunération est directement liée au recensement d'informations sur la pratique du professionnel médical.

D'autres modes de rémunération intéressent particulièrement le comité de pilotage du déploiement de la télémédecine en France. Il s'agit notamment du système de rémunération mis en place dans le cadre de *Medicare* aux États-Unis ou encore aux Pays-Bas : le paiement

lié. Les modalités de paiements des *Health maintenance organization* (HMO) intéressent également les acteurs de la télémédecine en France. Ces modes de rémunération prennent la forme de forfaits qui rétribuent les médecins pour la prise en charge d'un patient, soit sur une année (maladies chroniques), soit de façon épisodique. Ces forfaits sont directement versés à la structure dans laquelle intervient le professionnel de santé. Ces paiements incitent donc à la prévention et au contrôle de la qualité et de la quantité des soins. Nous approfondissons la question de la rémunération dans le chapitre suivant (*Cf.* p. 246).

Conclusion

Depuis les années 1980, les pays occidentaux, portés par les recommandations de l'OCDE, procèdent à des réformes des modalités de l'action publique afin de faire face aux critiques faites à l'égard des difficultés des États à maîtriser leurs dépenses. La caractéristique principale du *New public management*, entendu comme réforme de l'État, est d'introduire une logique de type marchande ou quasi-marchande dans l'organisation publique afin de rompre avec la prétendue lourdeur administrative de la bureaucratie (Hood, 1991).

La modernisation de l'État passe alors par la diffusion d'un esprit d'entreprise. Si l'ambition de moderniser le sens et les modalités de l'action publique est commune à tous les pays de l'OCDE, les mesures diffèrent largement d'un pays à l'autre. Les partisans du référentiel de marché ont ainsi tiré des leçons des expériences passées et le modèle organisationnel du *New public management*, tel celui de la firme J (Aoki, 1986), est pensé pour s'adapter à son environnement local et institutionnel. Dès lors, la force du *New public management* semble être sa capacité d'hybridation. Ainsi, en croisant les travaux de Patrick Dunleavy et Christopher Hood (1994) avec ceux de Christopher Hood et Guy Peters (2004) et de Hae-Ok Pyun (2013), nous avons mis en évidence l'existence de quatre principales formes hybrides de production de l'action publique : (i) l'*État petit consommateur* (l'action publique est tant le résultat de la production du secteur privé que public et la réglementation qui encadre cette production est faible) ; (ii) la *Gouvernance sans pilote* (maintien d'une séparation stricte entre le public et le privé dans la production de l'action publique et faible réglementation) ; (iii) la *Bureaucratie publique* (évolution minimale comparativement à la bureaucratie wébérienne, maintien d'une séparation entre public et privé et niveau élevé de réglementation de la production) ; (iv) *le Gros embouteillage institutionnel* (faible distinction entre public et privé dans la production mais forte réglementation). Cette caractérisation nous

a permis de déterminer le modèle productif du *New public management* à la française qui est lui-même une hybridation de la *Bureaucratie publique* et du *Gros embouteillage institutionnel*.

La réussite du *New public management*, d'après ses partisans, reposerait justement sur cette capacité d'hybridation et son adaptation au contexte local. Toutefois, malgré cette multitude de formes productives de l'action publique, les supports idéologiques sont les mêmes pour tous les modèles et puisent leurs origines dans trois théories économiques, les théories du choix public, des coûts de transaction et de l'agence.

En France, le déploiement de la télémédecine est conditionné par la mise en œuvre d'une politique publique dédiée à cette activité. La question qui se pose alors est : pourquoi, si la politique de télémédecine suit le modèle hybride, prétendu vertueux, du *New public management* à la française, la pratique ne se développe pas ? En d'autres termes, si la politique de télémédecine respecte le modèle productif de l'action publique du référentiel de marché, pourquoi les résultats observés ne sont pas ceux attendus ? Afin de répondre à ces questions, nous présentons de façon détaillée le modèle de gouvernance du déploiement de la télémédecine dans le chapitre suivant afin d'identifier les raisons effectives de l'inefficacité du modèle.

Chapitre 4
La gouvernance de la télémédecine, modèle productif hybride du *New public management* à la française

Introduction

« *Je veux faire de la télémédecine l'un des piliers de la modernisation de l'organisation des soins.* »
Extrait du discours de Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la Santé, en ouverture de la journée scientifique sur les innovations technologiques en télésanté, jeudi 20 octobre 2011, Assemblée nationale.

Le *New public management* est le maître d'œuvre de la modernisation des États dans les pays de l'OCDE. En France, cette modernisation est en route depuis le vote de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) en 2001. Elle a ensuite été renforcée par la Révision générale des politiques publiques (RGPP) en 2007, elle-même remplacée par le Mouvement de modernisation de l'action publique depuis 2012 et le changement de couleur politique de la majorité. Dans les faits, les objectifs restent similaires : moderniser le modèle productif de l'action publique et sa mise en œuvre à travers les politiques publiques.

Nous avons précédemment mis en évidence les caractéristiques propres au modèle productif hybride du *New public management* à la française, ce chapitre vise à présent à caractériser la manière dont la politique de télémédecine est influencée par le modèle national et ses supports théoriques. Nous proposons ainsi de mettre en évidence la façon dont le système de télémédecine et sa logique de fonctionnement sont conditionnés par les dispositifs issus du *New public management* à la française qui caractérisent l'environnement du système.

En effet, la définition du système productif de télémédecine a mis en évidence son articulation avec le système de soins, tant du point de vue organisationnel et institutionnel, que du point de vue des conditions de production, d'échange et de consommation (*Cf.* Chapitre 1 p. 69).

L'objectif de ce chapitre est alors de montrer en quoi le *New public management* a une influence directe sur le mode de gouvernance du déploiement de la télémédecine. Dès lors, il

sera possible de mettre en évidence le fait que la gouvernance de la télémédecine est prise entre deux eaux : il s'agit de mettre en place une stratégie de déploiement qui s'insère dans les dispositifs institutionnels sectoriels de la production de soins, tout en respectant les préceptes du modèle national du *New public management* à la française.

Le modèle de gouvernance de la télémédecine est composé de quatre caractéristiques différentes que nous identifions et caractérisons dans ce chapitre, afin de positionner le modèle productif de la gouvernance de la télémédecine en le définissant relativement au modèle national du *New public management*.

La première caractéristique est la mise en œuvre de dispositifs facilitant l'externalisation de la production de service de soins hospitaliers. La modernisation de l'action publique passe alors par un transfert de compétences entre les structures publiques et privées de production de soins. L'objectif affiché par le comité de pilotage est d'introduire, conformément aux idées du référentiel de marché, une forme de concurrence entre les producteurs de soins (1).

Toutefois, cette introduction de mécanismes concurrentiels ne peut pas se faire sans l'instauration de dispositifs technologiques interopérables à l'échelle nationale. Dès lors, nous montrons, dans un second temps, que le corollaire de la marchandisation de la production de soins est le renforcement du rôle de l'État dans l'encadrement des dispositifs technologiques. L'externalisation d'une partie de la production ne peut pas se faire sans l'encadrement par la puissance publique de la production et de l'utilisation des technologies télémédicales. Le déploiement de la télémédecine dépend alors de la réglementation de ces technologies. Si l'ambition de la gouvernance de la télémédecine est de suivre le modèle productif hybride du *Gros embouteillage institutionnel*, dans les faits, la mise en œuvre de l'action publique se traduit par une forme plus proche du modèle de la *Bureaucratie publique* (2).

La troisième caractéristique du modèle de gouvernance de la télémédecine concerne ensuite la définition des modalités de rémunération des actes. Si le comité de pilotage affiche le souhait de suivre les enseignements de la théorie des contrats en proposant des modes de rémunération incitatifs en rupture avec la forme historique de rémunération des praticiens libéraux, dans les faits les compromis se font autour de dispositifs comparables au modèle historique. Ici encore, les idées sont celles du modèle du *Gros embouteillage institutionnel* et les applications correspondent, quant à elles, à celui de la *Bureaucratie publique* (3).

La quatrième caractéristique du modèle productif de la gouvernance de la télémédecine est l'importance portée à la performance de l'action publique. La politique

publique de télémédecine ne peut être légitime, selon les partisans du *New public management*, que si l'action publique est plus performante que les mécanismes de marché (4).

La mise en évidence de ces quatre caractéristiques du modèle productif du déploiement de la télémédecine permet alors de définir la forme hybride de ce modèle et d'étudier sa conformité au modèle national. Il s'agit alors de déterminer, selon les enseignements de Robert Boyer (1997), la viabilité sur le long terme du modèle de gouvernance de la télémédecine (5).

1. La télémédecine, mise en œuvre de l'externalisation de la production de services hospitaliers

Telle qu'elle est présentée par le comité de pilotage de la télémédecine, la stratégie de déploiement de la pratique semble respecter à la lettre le modèle national du *New public management*. Elle a en effet pour ambition de *moderniser* l'organisation des soins à travers une externalisation de la production hospitalière. D'après les partisans de cette modernisation, une partie de la production des soins hospitaliers mais également des activités annexes aux soins, qui ne nécessite pas la mobilisation d'actifs très spécifiques, pourrait être réalisée dans d'autres structures, notamment en médecine ambulatoire dans le secteur libéral. La télémédecine, en permettant une participation à distance de médecins experts pour les actes complexes, apporte une solution à la mise en œuvre de cette externalisation de la production hospitalière. La production peut être réalisée en dehors de l'hôpital et l'avis d'un expert, si besoin, peut être demandé par le biais des dispositifs technologiques de télémédecine (1.1). Toutefois, pour que la télémédecine puisse être un dispositif d'externalisation des soins, il devient nécessaire de procéder à un réaménagement de l'organisation des soins qui impose une distorsion entre les dispositifs institutionnels et les logiques socio-économiques traditionnelles. Dès lors, si sur le papier, le déploiement de la télémédecine se fait sur le modèle parfait du *New public management* à la française, dans les faits il est plus proche de la forme hybride de la *Bureaucratie publique* (1.2).

1.1. La structure des transactions dans la production de soins

Au sens des théories supports du *New public management,* le modèle productif des soins n'est pas efficient, une partie des soins réalisés et des activités annexes ne mobilise pas

d'actifs très spécifiques et ne justifie donc pas sa production dans un établissement hospitalier. En prenant appui sur les principes idéologiques issus des théories du choix public et des coûts de transaction, les promoteurs de la modernisation de l'action publique pointent alors la nécessité d'externaliser une partie de la production de services médicaux hospitaliers[68] (Simon et Acker, 2008). La télémédecine devient le vecteur de cette externalisation. En effet, le cadre classique de la production de soins ne permet pas d'envisager cette externalisation (1.1.1). La télémédecine est alors censée lever les freins à cette externalisation. La gouvernance du déploiement de la télémédecine suit alors à la lettre les préceptes du *New public management* à la française (1.1.2).

1.1.1. L'externalisation, incarnation de l'idéologie marchande dans la production médicale

La loi HPST peut être interprétée comme le cahier des charges de la mise en œuvre opérationnelle du modèle productif du *New public management* à la française dans le secteur du soin. Telle qu'elle est présentée par la loi HPST, la télémédecine, comme bien d'autres dispositifs avant elle (Buttard, 2008c ; Domin, 2003 ; Pierru, 2007), doit renforcer les liens entre la ville et l'hôpital. Ainsi, cette loi précise que la télémédecine « *consiste en un transfert d'activités ou d'actes de soins, voire en une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients, dans la limite des connaissances et de l'expérience des professionnels de santé. Ces derniers, quel que soit le secteur ou le cadre de leur exercice, peuvent s'engager dans une telle démarche, à leur initiative, si celle-ci répond à un besoin dans un territoire de santé* ». Le transfert d'activité doit alors se faire de l'hôpital vers la ville (Simon et Acker, 2008).

L'hospitalisation est coûteuse, l'introduction de dispositifs tels que la tarification à l'activité (T2A) a permis d'encadrer la durée des séjours hospitaliers. Désormais l'objectif de la télémédecine est d'éviter le recours à l'hospitalisation. L'organisation des soins en médecine ambulatoire et plus particulièrement de ville permet quant à elle de faire sortir des comptes de la santé une partie de ces coûts en limitant la prise en charge du patient au strict champ du soin. En effet, en dehors de la sphère stricte du soin, selon les supports idéologiques du *New public management*, la faible spécificité des actifs des autres activités hospitalières (hôtellerie, restauration, service à la personne, etc.) ne justifie pas la fourniture par des

[68] Dans ce chapitre, le terme hôpital désigne exclusivement les centres hospitaliers publics.

structures hospitalières publiques. Si le patient est pris en charge en médecine de ville, des autres activités annexes sortent des comptes de la santé.

De la même manière, pour la fourniture de soins de premier recours, comme cela est généralement le cas dans les services des urgences hospitalières, il n'est pas efficient de faire appel à des professionnels médicaux possédant des actifs très spécifiques. Toutefois, le cadre traditionnel de la production ne permet pas d'envisager cette externalisation de soins hospitaliers. Il convient alors d'examiner les relations d'échange lors de la production de soins dans un cadre traditionnel, c'est-à-dire sans télémédecine afin de mettre ensuite en évidence en quoi la télémédecine permet d'externaliser la production de services hospitaliers selon les préceptes du référentiel de marché, externalisation impossible dans le cadre traditionnel de la pratique médicale.

Dans le cas de la pratique traditionnelle de la médecine hospitalière, la production intellectuelle et technique est réalisée par le même médecin expert et celui-ci possède des actifs très spécifiques. Au contraire, la télémédecine met en relation des professionnels médicaux dont les attributions diffèrent. Il y a d'une part les médecins experts, à qui il est possible de rattacher des actifs très spécifiques et d'autre part, les médecins de ville intervenant pour des actes médicaux dits de premiers recours, dont la spécificité des actifs associés est moins importante (Batifoulier et Rebérioux, 2001 ; Rebérioux et Bien, 2002). Dans la pratique traditionnelle de la médecine, les relations d'échange entre ces deux types d'acteurs médicaux sont très faibles. Les professionnels médicaux dont les actifs sont très spécifiques interagissent entre eux et n'effectuent que très peu de relations transactionnelles avec les professionnels médicaux dons les actifs sont moins spécifiques. Ces relations divisées entre la ville et l'hôpital sont caractérisées par le phénomène d'hospitalo-centrisme (Hassenteufel, 1997) et de cloisonnement de la médecine française par spécialisation médicale (Arliaud, 1987).

Selon le raisonnement propre aux théories supports du *New public management*, il est possible de mettre en évidence que pour le traitement de pathologies simples, les échanges se font entre professionnels de santé issus de structures de premiers recours dont les actifs tant matériels que de l'ordre des compétences ne nécessitent pas d'être très spécifiques. Les professionnels médicaux sont majoritairement libéraux. En revanche, pour la prise en charge de cas pathologiques complexes ou chroniques, cela implique une relation d'échange de long terme et donc la mobilisation d'actifs très spécialisés. Dans ce cas, les professionnels médicaux concernés sont majoritairement hospitaliers. Il est donc possible de retrouver ici une

organisation des échanges de type intégrée et donc hiérarchique au sens de Oliver E. Williamson (1973).

En effet, l'hôpital peut être qualifié d'organisation hiérarchique. Dans le cas d'une relation d'échange traditionnelle, les professionnels de santé qui fournissent le service médical sont des médecins hospitaliers, ils détiennent une capacité à répondre à des problèmes de diagnostic ou thérapeutiques complexes qui s'insèrent dans un champ restreint de la pathologie. Les professionnels de santé concernés par la relation d'échange possèdent des compétences particulières en matière d'interprétation des examens médicaux spécifiques. À titre d'exemple, seuls les services hospitaliers disposant d'experts en radiologie ou en traumatologie peuvent être capables de prendre en charge des patients dont les problèmes médicaux sont chirurgicalement difficiles à interpréter ou à opérer. Les actifs spécifiques concernent ici tant les compétences théoriques et techniques des professionnels médicaux que les moyens et équipements techniques nécessaires à la mise en œuvre de leurs compétences. Les différents facteurs de production, humains et techniques sont donc indissociables. Autrement dit, que ce soit dans la réalisation de l'acte technique ou intellectuel, des actifs très spécifiques sont mobilisés et sont indissociables.

Au contraire, dans les structures médicales de premiers recours, généralement associées à la médecine générale, le traitement de problèmes médicaux de routine nécessite la mobilisation d'actifs moins spécialisés et ne mobilise pas d'actifs technologiques spécifiques. En cas de pathologie complexe, les patients sont adressés à des structures médicales disposant d'actifs plus spécifiques tant en termes de compétences médicales que de moyens techniques.

1.1.2. Les freins à l'externalisation dans la pratique traditionnelle de la médecine

La haute spécialisation médicale et l'asymétrie d'équipement technique entre les professionnels médicaux de premier recours et les professionnels médicaux hospitaliers experts seraient à l'origine de comportements opportunistes qui ne permettraient pas d'externaliser la production de soins dans sa forme traditionnelle (Allard, et al., 2009 ; Baudry, 1993 ; Rochaix, 1997). Compte tenu de la forte spécificité des actifs détenus par les professionnels experts, ces derniers pourraient, au sens de la théories des contrats, exercer une pression sur les modalités des échanges avec les autres professionnels médicaux (Rochaix, 1989). Ils pourraient notamment influencer la désignation des partenaires médicaux pour le suivi des patients et l'organisation de l'échange.

En effet, les détenteurs d'actifs très spécifiques sont censés influencer le choix des méthodes de diagnostic et de décision thérapeutique (*Ibid.*). Ces comportements seraient inobservables par les autres parties dans la relation contractuelle de l'échange. Cela peut alors expliquer, au sens du référentiel de marché, les raisons pour lesquelles ces formes de productions médicales, dans le cas d'une pratique classique de la médecine, ne sont pas externalisées. Cela renvoie aux défaillances de marchés telles que nous les avons présentées à l'aune des postulats de l'école des choix publics (*Cf.* p. 189). La rédaction des contrats, compte tenu de la spécificité des actifs et de la temporalité des échanges, représente un coût prohibitif. Dans ce cas, les coûts de transaction et de production lors des échanges mettent en évidence l'inefficacité d'un marché.

L'intervention publique est donc justifiée et la production des soins dans le cadre hospitalier permet de minimiser les comportements opportunistes. Cette intervention est d'autant plus légitimée, au sens du référentiel de marché, que dans les zones de déserts médicaux, les structures spécialisées sont peu nombreuses et peuvent donc exercer un pouvoir amenant à une rente de monopole. Bien que les échanges entre les structures de premiers recours et les centres hospitaliers ne soient pas formellement contractualisés, c'est à dire qu'il n'existe pas de contrainte légale au maintien des échanges, la désertification médicale jouerait alors en la faveur des détenteurs d'actifs très spécifiques et la non-concurrence existante entre eux. *In fine*, selon le cadre d'analyse du référentiel de marché, l'opportunisme des détenteurs d'actifs spécifiques se répercute alors sur les payeurs, autrement dit l'assurance maladie et ses financeurs. La production de soins, dans le cadre traditionnel n'est donc pas optimale selon les préceptes de la modernisation de l'action publique. Une partie de la production pourrait être externalisée, mais l'existence de comportements déviants ne permet pas de mener à bien cette externalisation. La télémédecine apparaît alors comme une solution à cette situation. Toutefois, cela nécessite alors des aménagements importants dans le processus de production pour que le transfert d'actes entre la ville et l'hôpital puisse avoir lieu.

La mise en place de la télémédecine, vue comme une externalisation de la production de soins experts vers la médecine de premiers recours, souvent libérale, doit alors nécessiter des aménagements dans l'organisation de l'offre de soins afin de réduire les coûts de transaction et de production permettant de modifier les modalités contractuelles efficaces.

1.2. La gestion de la spécificité des actifs dans l'externalisation des activités hospitalières

Pour que le transfert d'actes entre l'hôpital et la ville puisse avoir lieu, cela engendre une distorsion entre les dispositifs institutionnels et les logiques socio-économiques traditionnelles de la production de soins. Ainsi, si les enjeux de l'externalisation et la mise en œuvre de nouvelles modalités contractuelles entrent dans la problématique de la modernisation de l'action publique, leur soutenabilité sous-entend une parfaite circulation des informations entre les producteurs de soins de la ville et de l'hôpital (1.2.1). En effet, l'externalisation d'une partie de la production hospitalière entraîne un allongement de la filière de production du soin et la circulation de l'information peut devenir un coût prohibitif (1.2.2). Dès lors, la mise en œuvre du modèle organisationnel de la télémédecine repose sur l'utilisation de technologies de communication spécifiques qui légitime l'intervention de la puissance publique dans la réglementation de ces équipements technologiques. Plus de marché va donc de pair avec plus d'État (Pierru, 2010). La télémédecine semble dès lors correspondre en tout point au modèle français du *New public management* (1.2.3).

1.2.1. Les enjeux de l'externalisation de production hospitalière

La télémédecine, quel que soit l'acte concerné, matérialise une relation d'échange entre professionnels de santé ou de façon plus restreinte entre professionnels médicaux. Il est alors possible de distinguer l'acte technique, réalisé par un professionnel de santé requérant qui se trouve avec le patient et l'acte intellectuel réalisé par un professionnel médical expert qui se situe sur un site requis et donc distant. Pour ce faire, les acteurs des centres hospitaliers, ceux des établissements privés de santé de proximité, les médecins libéraux et les acteurs du secteur médico-social doivent coopérer. Dans tous les cas, l'enjeu est d'éviter un recours permanent à l'hospitalisation. En tête de file des services à désengorger se trouvent les urgences. Il convient alors de rappeler que l'appel au centre 15 est dorénavant considéré comme un acte de télémédecine. Les appels aux urgences sont transférés au centre régulateur du SAMU (centre 15). Les médecins régulateurs qui reçoivent ces appels orientent donc les patients aux urgences en dernier recours. Dans la majeure partie des cas, ils privilégient le renvoi des patients derniers vers une organisation de permanence des soins ambulatoires, où les coûts inhérents à l'hôtellerie et aux services à la personne non médicaux sont nuls pour l'assurance maladie.

En lieu et place des urgences, un médecin de ville en concertation à distance avec un établissement de soins est donc chargé d'effectuer les soins de premier recours. Ces différents services d'accueil alternatifs à la prise en charge par les urgences hospitalières peuvent prendre différentes formes : maisons de santé pluri-professionnelles, centre de santé, réseau de santé (DGOS, 2012d). Lorsqu'un médecin libéral participe à la production de télémédecine par le biais de l'une de ces formes organisationnelles, il s'engage alors à respecter un contrat particulier[69]. La loi HPST, par le biais de la télémédecine, introduit alors un transfert de tâches de l'hôpital vers la ville (DGOS, 2012c).

Les soins de premiers recours ne constituent pas l'unique transfert de tâches vers la médecine libérale. La loi HPST prévoit également le suivi d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques par les médecins de ville en lieu et place de l'hospitalisation ou de l'hospitalisation de jour. Le ministère de la Santé précise dans ce cas que la télémédecine est un nouveau mode de coopération entre les professionnels de santé qui doit permettre de transférer une partie des activités de suivi des malades de l'hôpital vers la ville (DGOS, 2012c).

La coopération entre professionnels de santé n'est pas nécessairement une chose nouvelle, des réseaux de santé existent déjà. En revanche, la télémédecine introduit de nouvelles modalités de contractualisation qui vont permettre d'envisager l'externalisation d'une partie de la production hospitalière vers la ville. En effet, nous avons mis en évidence dans le chapitre 2 que tout projet de télémédecine doit faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS. Ainsi, toute partie prenante, même issue de la médecine libérale doit faire l'objet de cette contractualisation. La loi HPST a donc entraîné un prolongement de la profonde réforme du système de santé de l'hôpital à la ville. La télémédecine, tel que nous avons présenté son système, s'inscrit donc dans une redéfinition du périmètre d'intervention des professionnels médicaux, des zones géographiques d'action de chaque acteur, et surtout du pouvoir qui est donné à chacun.

Ici, la télémédecine incarne le transfert d'une activité hospitalière vers le secteur privé de l'offre de soins. Il s'agit alors, du choix par la puissance publique de faire faire. Cette externalisation nécessite dès lors de prendre en considération la spécificité des actifs qui interviennent dans la relation transactionnelle.

[69] *Cf.* le chapitre 2 pour la présentation des contrats de télémédecine signés avec les ARS.

1.2.2. Analyse transactionnelle de l'organisation de télémédecine

La télémédecine, telle qu'elle est pensée par le comité national de pilotage doit modifier en profondeur les modalités transactionnelles entre les offreurs de soins. Elle peut être interprétée comme une externalisation de l'activité médicale nécessitant des actifs très spécifiques. L'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2014 est la première concrétisation des expérimentations des actes de télémédecine en France dans un cadre contractuel. Nous avons mis en évidence dans les chapitres précédents les modalités de financement de ces expérimentations, il convient à présent d'en étudier les aspects organisationnels et leurs influences institutionnelles. Dans le cahier des charges des expérimentations de l'article 36, deux modèles transactionnels et organisationnels de la télémédecine sont proposés : celui de la téléconsultation et celui de la téléexpertise.

Ce cahier des charges de l'expérimentation de l'article 36 formalise l'externalisation de la production de soins hospitaliers en précisant que les médecins hospitaliers ne pourront pas être les médecins requérants dans les expérimentations : « *La présente expérimentation ayant pour objectif de déployer la télémédecine dans le cadre de prises en charge de patients se situant en ville (domicile, cabinet, structures d'exercices coordonnés) et en structures médico-sociales, les téléexpertises réalisées entre deux professionnels de santé hospitaliers ne feront pas l'objet du financement préfigurateur mentionné au 3.1 du présent cahier des charges. Les ARS veillent par tout moyen au respect de cette exigence* ».

Ainsi, dans le cadre des expérimentations de téléexpertise, les médecins hospitaliers souhaitant mettre en place un tel projet ne pourront pas bénéficier d'aide financière. Les professionnels médicaux hospitaliers ne peuvent être que les professionnels requis, mais ils ne peuvent pas être les professionnels requérants. L'objectif affiché est donc clairement le transfert d'une partie des activités hospitalières vers la ville. Cela marque également la distinction entre les producteurs d'actes intellectuels, les médecins experts et les producteurs d'actes techniques, les professionnels de santé de premier recours. La télémédecine doit permettre la réalisation d'actes intellectuels (de diagnostic) par les médecins experts, généralement hospitaliers, à distance et la réalisation d'actes techniques par des professionnels de santé disposant d'actifs moins spécifiques et se situant en dehors de l'hôpital. Dès lors cela permet d'éviter l'hospitalisation des patients. Les médecins experts peuvent traiter le cas à distance et la production de l'acte technique se fait dans le lieu de vie du patient, en dehors d'un établissement public. Les professionnels de santé, quel que soit leur statut, ont pour activité principale la fourniture d'un service particulier : le soin. Nous avons

mis en évidence précédemment que la différence de statut revient à considérer que les médecins experts, souvent hospitaliers, disposent d'actifs très spécifiques qui justifient la mise en place de formes contractuelles particulières concernant leurs échanges transactionnelles.

Il s'agit de détailler les modifications apportées par la télémédecine dans l'organisation du processus de production des soins. Ces modifications intègrent des évolutions dans le transfert d'informations au sein des transactions entre les producteurs de soins. Dès lors, la possession d'actifs très spécifiques et l'asymétrie d'information entre les professionnels de la ville et de d'hôpital sont modifiées. De ces évolutions aboutissent de nouvelles relations transactionnelles. De nouvelles formes contractuelles issues de la pratique télémédicale sont donc prévues dans le cadre de l'expérimentation de l'article 36. Comme nous l'avons montré précédemment, les expérimentations en cours de téléconsultation et de téléexpertise concernent la prise en charge des plaies chroniques.

Le cahier des charges mentionne que : « *En application de l'article R. 6316-1, 2° du Code de la santé publique, la téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient* ». Les professionnels sollicités à distance le sont donc en fonction de la spécificité de leurs actifs. Il est ensuite précisé que : « *Le médecin requis devra être sollicité en raison de sa spécialisation, de sa formation, de ses diplômes ou, à défaut, de son expérience clinique* ». Le professionnel médical requis est ensuite désigné dans l'ensemble du document par le terme *expert*.

Les actes de téléconsultations et de téléexpertise doivent donc rendre possible une transaction entre un professionnel de santé disposant d'actifs très spécifiques et un professionnel de santé disposant d'actifs moins spécifiques et évoluant dans un cadre de soins de ville. L'externalisation de l'acte passe donc par un transfert d'informations censé restreindre l'asymétrie informationnelle entre les acteurs de l'offre de soins. En effet, la télémédecine permet donc un allongement de la filière de soins avec une nouvelle forme de division du travail entre l'acte intellectuel et l'acte technique. En opérant cette division du travail, la télémédecine est censée rendre transparente un certain nombre d'informations médicales initialement considérées comme nécessairement privées puisqu'émanant d'actifs spécifiques non interchangeables.

Dans le cadre des expérimentations de l'article 36, la convention signée entre les parties prenantes et l'ARS détaille l'ensemble des tâches et des informations qui doivent

circuler entre les professionnels de santé concernés par le projet. La télémédecine, telle qu'elle est présentée par le comité de pilotage vient donc modifier le processus de production du soin. Le processus de prise de décision est partagé entre un agent requis et un agent requérant et l'organisation des soins est de façon conventionnelle partagée entre la réalisation d'un acte technique et la réalisation d'un acte intellectuel.

1.2.3. La prise en compte des nouveaux actifs spécifiques de la télémédecine

La pratique de la télémédecine requiert des échanges d'informations entre les différents acteurs de la transaction. Ces informations sont diffusées par le biais d'un ensemble de dispositifs numériques permettant la réalisation à distance de l'acte en question. Ainsi, pour qu'un acte de télémédecine puisse être réalisé, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs de la transaction soit équipé des mêmes outils technologiques (ASIPSanté, 2015). Dès lors, toute la réussite du déploiement de la télémédecine repose sur une normalisation[70] de l'équipement technique nécessaire à la réalisation d'un acte de télémédecine. Toutefois, bien que la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine ait amorcé cette normalisation, un ensemble de dispositifs technologiques hétérogènes coexiste toujours dans le paysage télémédical actuel (Salgues, 2013). Ainsi, l'investissement dans un dispositif particulier qui se réfère à un projet de télémédecine donné revient à investir dans un actif très spécifique. Actuellement, chaque logiciel et messagerie de santé s'avèrent être spécifiques à un projet ou à un territoire de santé précis ne permettant pas une opérabilité à grande échelle (*Ibid.*). Ainsi, lorsqu'un professionnel de santé s'insère dans un projet de télémédecine, cela revient à investir dans un actif très spécifique puisqu'il peut difficilement être redéployé pour un usage alternatif. L'investissement dans un dispositif télémédical restreint le professionnel en question à se limiter à la participation à des projets utilisant les mêmes dispositifs sous peine de se confronter à des problèmes d'interopérabilité nécessitant un nouvel investissement dans un autre actif technologique très spécifique (*Ibid.*).

Dès lors, la situation actuelle engendre une irréversibilité des alliances entre les acteurs investissant dans un même projet et la rupture contractuelle au sens de la théorie des coûts de transaction est donc coûteuse. Les médecins requis sont en effet dans l'impossibilité de répondre à la demande de professionnels requérants qui ne disposent pas des mêmes dispositifs technologiques. Cette situation n'est alors pas optimale selon les partisans de la

[70] *Cf.* chapitre 5 pour une présentation détaillée de la normalisation technique de la télémédecine.

modernisation de l'action publique. En effet, la technologie est censée faire disparaitre les coûts inhérents à la circulation des informations et non en ajouter de nouveaux.

L'externalisation d'une partie de la production hospitalière vers la ville au sein du système productif de télémédecine est présentée comme possible par la réduction de l'asymétrie d'information entre les acteurs de la transaction médicale. Toutefois, selon les préceptes du référentiel de marché, l'investissement dans des actifs difficilement redéployables peut entraîner l'apparition de risque moral. En effet, les professionnels médicaux requis peuvent adopter un comportement opportuniste compte tenu de leur faible nombre et de la spécificité des actifs qu'ils détiennent. L'utilisation actuelle des technologies médicales engendre des coûts importants d'entrée et de sortie.

Les coûts d'entrée représentent alors les coûts d'investissement technologiques et les coûts d'apprentissage technologique et de coopération. Mais, les coûts d'entrée représentent également des coûts de recherche de partenaire ayant investi dans les mêmes technologies. Les coûts de sorties représentent alors les coûts de l'irréversibilité de la relation transactionnelle et donc de redéploiement de l'actif spécifique lorsque la transaction cesse et que le professionnel de santé doit trouver d'autres partenaires transactionnels. C'est pourquoi, la normalisation des outils technologiques représente un des volets principaux de la stratégie de déploiement de la télémédecine et semble justifier l'intervention de la puissance publique dans ce processus de normalisation. En effet, la réussite du déploiement de la télémédecine repose, selon le comité de pilotage, sur l'interopérabilité des dispositifs technologiques. Pour que l'externalisation et le transfert de tâches entre la ville et l'hôpital soient effectifs, l'interopérabilité des technologies est le pré-requis indispensable. Tout repose sur la coordination par la technologie. C'est ce qu'il convient à présent de détailler.

2. L'interopérabilité des systèmes d'information : le rôle de la puissance publique dans l'introduction des nouvelles formes transactionnelles

L'externalisation d'une partie de la production de l'activité médicale hospitalière ne peut pas se faire sans l'introduction de technologies médicales dédiées. Dès lors, ici encore, paradoxalement, pour que le marché puisse se développer il est nécessaire de renforcer l'intervention de la puissance publique dans le secteur. En effet, pour que des mécanismes de marché se mettent en place dans l'offre de soins, la puissance publique intervient en amont pour encadrer l'utilisation de ces technologies. Le partage d'informations et l'interopérabilité

des dispositifs technologiques doivent permettre une substituabilité parfaite des producteurs de soins. Il ne doit plus y avoir de barrières ni géographiques, ni technologiques contraires au développement de la télémédecine. Il est donc du ressort de la puissance publique d'abaisser tous les freins à l'externalisation. Ici encore, il est nécessaire d'introduire plus d'État pour aboutir à plus de marché. Toutefois, le *New public management* à la française, introduit dans le secteur de la santé, rencontre rapidement plusieurs limites qui résultent de paradoxes dans sa mise en œuvre. L'exemple le plus criant est celui des marchés publics des plateformes technologiques de télémédecine (2.1). Dès lors, la télémédecine incarne une difficile mise en œuvre sectorielle du modèle hybride du *New public management* à la française. Dans la présentation de la stratégie nationale du déploiement tout semble mis en œuvre pour que la gouvernance repose sur un modèle hybride de type *Gros embouteillage institutionnel*, mais dans les faits, la forme de l'intervention publique est comparable à celle du modèle de *Bureaucratie publique* (2.2).

2.1. Le pilotage du Système d'information : nouvelle forme de gouvernance de la production de soins

Le système d'information de télémédecine, qui se matérialise par la mise en place de plateformes informatiques régionales de télémédecine, est la mise en œuvre de la nouvelle logique d'échange entre les acteurs, médicaux et non-médicaux, des systèmes de télémédecine. Dans le cadre d'une lecture par le *New public management*, l'objectif de cette nouvelle forme de gouvernance dématérialisée de la production de soins est d'harmoniser à l'échelle nationale toutes les transactions informationnelles. Le développement de ces plateformes est alors la condition *sine qua none* pour mener à bien l'externalisation d'une partie de la production hospitalière (2.1.1). Il convient alors de détailler les conditions de mise en œuvre de l'interopérabilité des systèmes d'information de télémédecine. Celles-ci semblent dès lors difficilement soutenables (2.1.2). En effet, la mise en évidence de différents freins à cette harmonisation permet de pointer les difficultés dans l'atteinte des objectifs performatifs définis par les partisans du *New public management* (2.1.3). L'externalisation de la fourniture de certains services techniques, notamment l'équipement des plateformes de télémédecine explique alors les résultats obtenus. Le recours aux marchés publics pour la fourniture des plateformes régionales de télémédecine se révèle paradoxalement contreproductif et permet de pointer une première limite du modèle du *New public management* à la française (2.1.4).

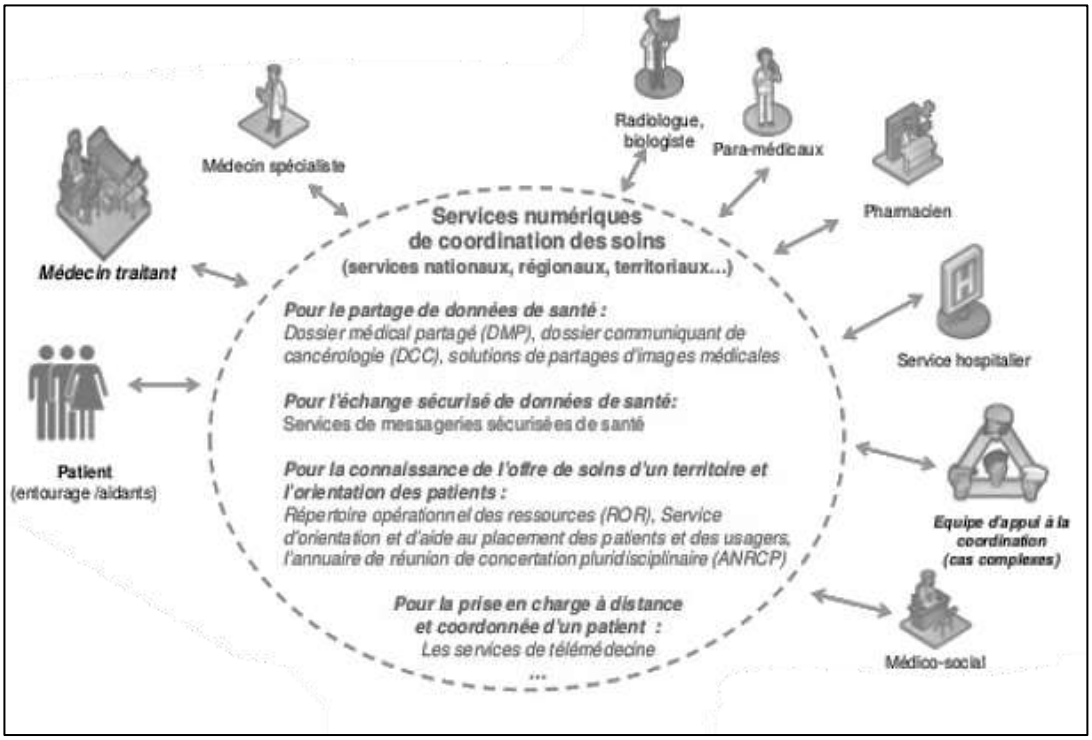
2.1.1. L'encadrement par la puissance publique du référentiel d'interopérabilité des systèmes d'information

L'ambition première de la stratégie de déploiement de la télémédecine est de permettre un rapprochement de la ville et de l'hôpital dans un projet commun de continuité des soins. Un allongement de la filière de production doit s'opérer et se matérialiser par une division du travail entre les actes techniques et les actes intellectuels. L'ambition est donc de permettre cette réunification de la ville et de l'hôpital en encadrant la détention d'actifs spécifiques dans le cadre de la mise en commun des savoirs médicaux, et donc de l'information médicale, par le biais des dispositifs technologiques de télémédecine. Les plateformes régionales de télémédecine sont alors présentées comme un outil au service de la mise en commun de l'information médicale entre les partenaires d'un même projet (Salgues, 2013). Une plateforme régionale de télémédecine est un espace dématérialisé, accessible par une connexion internet, qui s'intègre dans le cadre régional d'urbanisation des systèmes d'information partagés de santé (ASIPSanté, 2015). Ce dernier peut se définir comme l'organisation et la mise en cohérence des infrastructures dématérialisées d'échange de données médicales.

L'enjeu pour la puissance publique est de faire des plateformes régionales de télémédecine un Système d'information interopérable et unique d'échange d'informations entre (i) les professionnels de santé, (ii) les professionnels et la tutelle et (iii) les professionnels de santé, la tutelle et la puissance publique. L'objectif final est de pouvoir faciliter le transfert d'informations médicales et de réduire le coût de circulation de ces informations en vue d'encadrer la spécificité des actifs détenus par les professionnels médicaux. *In fine*, les plateformes régionales de télémédecine pourront également servir d'outil d'évaluation de la performance des pratiques de télémédecine puisque toutes les informations liées aux pratiques médicales y sont stockées.

Pour y parvenir, l'ASIPSanté, qui est l'institution nationale en charge du déploiement technique de la télémédecine, affirme que l'interopérabilité des systèmes d'information doit se faire de façon pérenne et harmonieuse (ASIPSanté, 2015). Il doit donc exister une interopérabilité de l'ensemble des systèmes d'information permettant de relier virtuellement tous les professionnels concernés par la télémédecine, ce qui justifie alors l'intervention de la puissance publique dans la réglementation de ces outils (*Cf.* figure 21 infra).

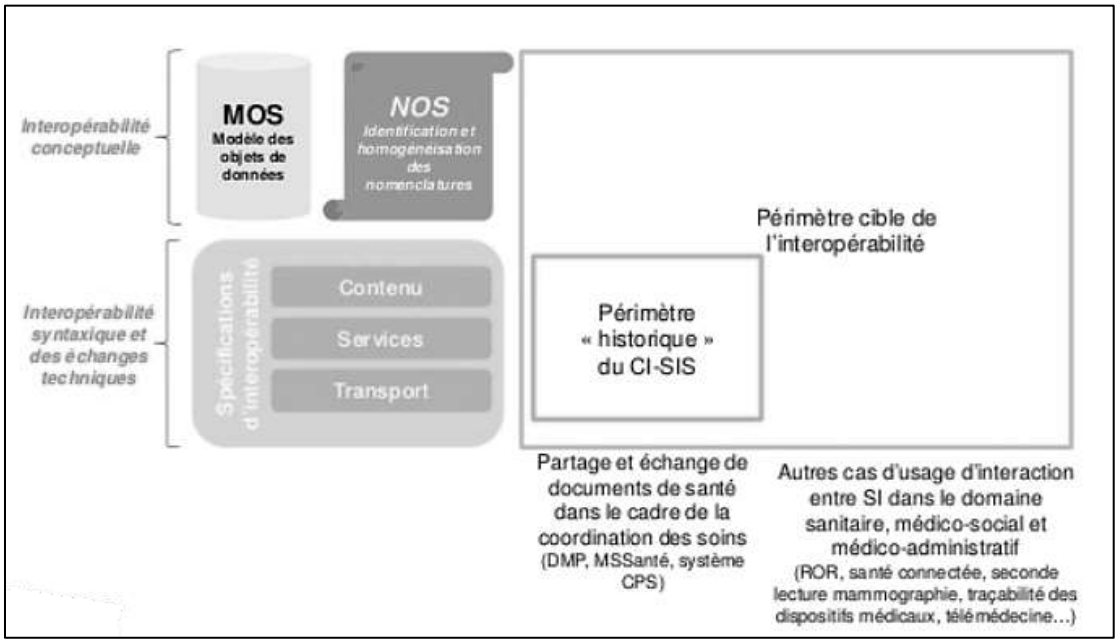
Figure 21 – Coordination virtuelle des acteurs de télémédecine



Source : ASIPSanté (2015)

Le référentiel d'interopérabilité élaboré par la puissance publique mentionne l'obligation d'améliorer les capacités des systèmes d'information en santé existant à fonctionner avec d'autres systèmes en diminuant les charges d'interfonctionnement, c'est-à-dire en réalisant un paramétrage des interfaces (ASIPSanté, 2015). Pour les nouveaux systèmes d'information partagés en santé, des normes et standards techniques doivent être respectés en matière d'interopérabilité (*Ibid.*). La puissance publique, par le biais de l'ASIPSanté, a donc publié un Modèle des Objets de Santé (MOS) et des Nomenclatures des Objets de Santé (NOS). L'objectif est que chaque plateforme, indépendamment du fournisseur industriel, possède une interopérabilité native. Ainsi, comme le montre la figure 22 (*Cf. infra*), le Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information en Santé (CI-SIS) doit être considérablement élargi pour permettre une harmonisation des systèmes d'information en santé. Le passage du cadre historique au périmètre cible est la condition indispensable à la mise en œuvre de la télémédecine (*Ibid.*).

Figure 22 – Le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information



Source : ASIPSanté (2015)

À terme, les dispositifs de télémédecine doivent donc permettre une substituabilité parfaite des producteurs de soins participant à des projets de télémédecine semblables n'importe où sur le territoire nationale métropolitain. Ainsi, l'objectif final de la télémédecine est que, quelle que soit la région du professionnel médical expert, celui-ci puisse être sollicité pour donner son avis quel que soit le projet de télémédecine en question (Salgues, 2013). Cela permettrait alors de faire disparaître les dernières barrières à l'externalisation d'une partie de la production hospitalière. Les projets les plus développés à l'heure actuelle sont ceux de téléAVC (Martin et Rivoiron, 2012b). À terme, l'objectif est que tout médecin participant à un projet de télémédecine puisse solliciter sur le territoire national un confrère pour une expertise. Un médecin participant au projet de téléAVC de Champagne-Ardenne pourra donc solliciter l'avis d'un expert téléAVC de Poitou-Charente. Pour que la frontière régionale disparaisse, il est donc nécessaire de prévoir en amont l'interopérabilité des plateformes régionales de télémédecine.

2.1.2. La mise en œuvre de l'interopérabilité des systèmes d'information de télémédecine : condition *sine qua non* de la performance[71] de télémédecine

Théoriquement, les modalités de mise en œuvre proposées par l'ASIPSanté semblent correspondre à une opérabilité parfaite des plateformes régionales de télémédecine. Toutefois, dans les faits la situation est plus complexe. Cela s'explique par le fait que dans de nombreuses régions, des applications numériques antérieures à la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine existent et continuent de servir de supports privilégiés des échanges. Ainsi, en 2008, une quinzaine de régions utilise déjà une plateforme commune d'échange de données et une messagerie de santé Apicrypt (ASIPSanté, 2015). Il s'agit des régions : Bretagne, Pays de la Loire, Lorraine, Picardie, Franche-Comté, Rhône-Alpes, Aquitaine, Midi-Pyrénées, PACA, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Limousin. Or, la messagerie de santé Apicrypt n'est pas reconnue par l'ASIPSanté comme faisant partie des Messageries de Santé Sécurisées (MSS). Plusieurs de ces régions (Champagne-Ardenne, Midi-Pyrénées et Limousin) ne possèdent pas de plateforme de télémédecine et de MSS puisqu'elles continuent d'utiliser les dispositifs préexistants aux recommandations de l'ASIPSanté.

Cela s'explique par le fait que les systèmes d'information en santé se sont construits graduellement depuis le milieu des années 1990 sans pour autant porter un intérêt particulier à leur interopérabilité aboutissant à un ensemble de ruptures (Salgues, 2013). Il est ainsi possible de recenser 5 problèmes majeurs des systèmes d'information de santé (*Ibid.*) : (i) la rupture des applications : les mises à jour des données ne sont pas répercutées dans tous les répertoires ; (ii) Rupture des identifications : il est nécessaire de se connecter avec différents identifiants pour accéder à une information médicale ; (iii) Rupture de la chaîne informatique : les échanges entre applications différentes peuvent être compromises lors de la mise à jour de l'une des applications ; (iv) Rupture temporelle : il existe des délais plus ou moins longs de répercussion des mises à jours d'informations entre différentes applications ; (v) Rupture géographique : les données sont stockées dans des applications implantées dans des lieux géographiques différents.

De ces différentes ruptures résultent des incohérences entre les systèmes d'informations. D'où la naissance de systèmes d'information partagés de santé dont l'objectif serait idéalement de faire disparaître l'ensemble de ces ruptures en permettant de créer un

[71] Le terme performance renvoie ici à la définition de la performance au sens du référentiel de marché (*Cf.* Jany-Catrice (2012 a et b)).

unique système d'information, ou du moins de permettre une interopérabilité entre les différentes applications du système d'information (ASIPSanté, 2015). L'échelle géographique retenue pour mettre en place ce système d'information partagée de santé est la région administrative (découpage avant 2016). Le choix du lancement d'un projet de système d'information partagé de santé doit s'appuyer sur une analyse cohérente de la stratégie régionale en termes de projet régionaux. C'est pourquoi le lancement du projet de système partagé de santé s'appuie généralement sur les trajectoires mentionnées dans le programme régional de télémédecine de chaque région. Les plateformes régionales de télémédecine sont alors définies comme des systèmes d'information partagés de santé. Ce sont des moyens de communication interopérables. Un système d'information partagée de santé est donc censé réduire les coûts liés à l'information de par la simplicité et la rapidité de sa diffusion en permettant une collaboration pluri-professionnelle.

L'urbanisation des systèmes d'information en santé est dès lors composée de trois niveaux (ASIPSanté, 2015). Le premier est celui de l'infrastructure du système. Cette infrastructure repose sur l'accès à la connexion internet et donc à la couverture du territoire par le réseau internet. Se pose alors la question de l'opérateur internet. La question de la mise en œuvre du très haut débit dans les régions n'est pas du ressort de l'ARS ou du comité de pilotage national de la télémédecine. Nous n'analyserons pas ce niveau en détail pour cette raison.

Le deuxième niveau est défini par les briques applicatives du système d'information. Dans le cadre des plateformes de télémédecine, les briques applicatives correspondent à l'ensemble des référentiels nécessaires au partage et à l'échange des documents contenant les informations médicales. Il en existe autant que d'applications de santé. Dans le cas des plateformes de télémédecine, ces briques applicatives sont les applications de web conférences, les applications de pilotage des projets de télémédecines, les applications d'espace collaboratif, les applications de messageries. Toutes les plateformes régionales de télémédecine ne sont pas toutes fournies par le même groupe industriel. Il existe donc des absences d'opérabilité entre les différentes briques applicatives. Par ailleurs, plusieurs d'entre elles pré-existaient à la mise en œuvre des systèmes d'information.

D'où l'existence d'un troisième niveau, celui des briques fonctionnelles. Les briques fonctionnelles permettent de rendre opérables et interopérables les briques applicatives. Différentes situations illustrent l'absence d'interopérabilité entre les briques applicatives. Chaque brique applicative est définie par un ensemble de flux structurés qui correspond à la

façon dont l'application envoie sous forme de code informatique les informations qu'elle contient. Dans de nombreux cas, ces flux ne sont pas directement lisibles par les autres applications et cela pour différentes raisons. La première est que les différentes briques applicatives n'ont pas été éditées par le même fournisseur, dû à l'obligation pour les régions de passer par des marchés publics[72] pour les équipements informatiques. Ainsi, lorsqu'il existe des projets transrégionaux, les systèmes d'informations partagés de santé doivent être équipés de briques fonctionnelles. Ces briques représentent bien souvent un prix supérieur au prix de la brique fonctionnelle en elle-même. Cela s'explique par le fait que cette brique fonctionnelle est généralement créée uniquement pour rendre opérable deux briques applicatives d'un même projet et les coûts de production ne bénéficient donc pas d'économie d'échelle. Ainsi, à l'échelle nationale, seulement deux régions utilisent la même plateforme de télémédecine (Aquitaine et Poitou-Charentes). De la même façon, deux régions utilisant des plateformes différentes ont un projet de télémédecine commun Domoplaie (régions Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie). Il est donc nécessaire d'intégrer des briques fonctionnelles pour que les applications du projet soient interopérables avec les plateformes respectives de télémédecine de chaque région.

La deuxième raison est qu'au sein d'une même région, les différents projets sont mis en place par des industriels différents. Des briques fonctionnelles doivent donc être installées également. La troisième raison s'illustre par la façon dont les marchés publics sont passés et négociés. Selon les dispositions initiales d'utilisation des briques applicatives, il peut être nécessaire d'ajouter des briques fonctionnelles pour que de nouveaux acteurs puissent obtenir des droits d'accès aux applications. Dans la plupart des marchés publics, le prix des briques est négocié de façon individuelle.

Enfin, la dernière raison est de rendre opérationnelle la plateforme régionale de télémédecine avec les différents logiciels métiers. Il convient par ailleurs de préciser que la plupart des plateformes propose en leur sein un éventail d'applications métiers. Ainsi, à titre d'exemple, l'entreprise Covalia, qui équipe plus de la moitié des régions avec l'outil Covotem, est aussi un agrégateur d'applications métiers dans le sens où elle achète des briques applicatives à d'autres fournisseurs en vue de proposer directement aux régions des plateformes complètes en termes d'applications de télémédecine et de logiciel métier.

[72] Le recours à un marché public fait partie des directives qu'il est possible d'associer à la mise en œuvre du *New public management*.

Ici s'illustre l'une des façons de contourner la réglementation des systèmes d'information partagée de santé qui mentionne l'obligation d'interopérabilité des systèmes. À travers la création de briques fonctionnelles, il est possible de rendre interopérable toute brique applicative, ce qui est donc conforme avec la loi mais représente un investissement supplémentaire conséquent pour les porteurs de projet, et/ou les utilisateurs des dispositifs. Il n'existe que deux grands groupes industriels (Covalia et Inovelan) dans la fourniture de plateformes de télémédecine et pourtant subsiste la nécessité d'utilisation de briques fonctionnelles. Cela peut alors s'expliquer par le poids du *lobbying* industriel.

De la même façon, tous les acteurs régionaux de la télémédecine ne disposent pas d'une Messagerie de Santé Sécurisée. Les éditeurs de messageries de santé, pour être accrédités par l'ASIPSanté, doivent faire partie du cercle de confiance de l'ASIPSanté. Pour rappel, Apicrypt ne fait pas partie des MSS. Ici encore il est nécessaire d'utiliser des briques fonctionnelles pour rendre opérable l'utilisation ce type de messageries. Différents logiciels tels que le logiciel *Efficience*, qui rend les messageries de santé DMP compatibles, doivent alors être accompagnés de briques fonctionnelles pour que la messagerie de santé puisse être compatible avec les briques de la plateforme de télémédecine. Dans les faits, l'interopérabilité des dispositifs technologiques de télémédecine devient difficilement envisageable. Il convient alors de mettre en évidence l'hétérogénéité des pratiques selon les territoires de santé à l'échelle régionale. La présentation que nous venons de faire apporte dès lors l'une des premières explications au très faible développement de la télémédecine dans la médecine de ville. La complexité de la procédure permettant l'interopérabilité des dispositifs représente un frein au développement. En voulant rendre interopérable les systèmes, la gouvernance de la télémédecine en bloque le développement.

2.1.3. Les difficultés d'harmonisation des dispositifs, freins à la coordination et à la performance

Afin de réduire les coûts et termes financiers mais également en termes temporels, les régions ont mis en place différentes stratégies pour faciliter la diffusion des informations médicales. Les Groupements Coopératifs Sanitaires[73] (GCS) e-santé ou télésanté intègrent dans leurs statuts des missions d'assistance à la maitrise d'ouvrages délégués par l'ARS.

[73] Nous définissons le rôle des GCS dans la section 2.2.1 de ce chapitre.

Ainsi, ces GCS assistent les ARS dans la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information et sont dès lors en charge de la mise en place de l'Espace numérique régional de santé, c'est-à-dire un lieu de rencontre dématérialisé pour les acteurs du champ de la santé. Cette compétence est reconnue par les autorités régulatrices de santé à l'échelle régionale et nationale (ASIPSanté, 2015). L'Espace numérique régional de santé est défini comme un espace de services dématérialisés dédiés aux professionnels de santé et aux utilisateurs du système de santé. Il y est notamment possible de consulter le répertoire ViaTrajectoire[74] ou d'interroger la base de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU)[75] (*Ibid.*). Selon les régions, les modalités effectives de l'interopérabilité varient fortement. Les raisons sont liées (i) au degré d'implication des ARS dans le déploiement de la télémédecine[76] mais également (ii) aux modalités de financement des dispositifs technologiques et (iii) à la contraction du marché des fournisseurs de ces dispositifs. Nous détaillons ces trois points.

Dans différentes régions, le GCS e-santé utilise la même interface pour le portail régional de santé et la plateforme de télémédecine, ce qui permet aux utilisateurs d'accéder à l'ensemble des services avec les mêmes identifiants et sur le même socle technique, c'est-à-dire sur la plateforme informatique (ASIPSanté, 2015). L'ARS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a par exemple fait le choix de mutualiser les systèmes d'information afin de réduire les coûts d'opérabilité (*Ibid.*). Ainsi, dans cette région les applications de la plateforme de télémédecine sont mutualisées à l'ensemble des dispositifs du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)[77]. La région Nord-Pas-de-Calais, afin rendre opérable les applications de santé avec un plus grand nombre de projets a fait le choix de laisser la maîtrise d'œuvre de la plateforme de télémédecine au Groupement d'intérêt public nommé e-sis 59/62 (*Ibid.*). Au contraire, dans d'autres régions le portail professionnel de santé, l'Espace numérique régional de santé et la plateforme de télémédecine ne sont pas accessibles à partir du même socle technique. Dans ce-cas, l'interopérabilité des systèmes est plus complexe puisqu'il est nécessaire de changer de support informatique pour accéder aux différents outils

[74] ViaTrajectoire est un outil informatique, qui relève d'un service public, d'aide à l'orientation des patients vers des structures d'hébergement de soins ou de structures médico-sociales. Il est à disposition des usagers, des médecins et des professionnels des structures médico-sociales. Il permet de recenser les places disponibles et propose une orientation personnalisée.

[75] Les missions des ORU sont le suivi dématérialisé des activités des urgences, l'informatisation des services et la coordination des réseaux régionaux des urgences.

[76] Nous avons mis en évidence dans le premier chapitre que le développement de la télémédecine était pleinement dépendant de l'investissement politique national dans le déploiement de la pratique. Il en va de même au sein des régions, les ARS les plus investies dans le développement de la télémédecine permettent un déploiement plus rapide de la pratique sur leur territoire.

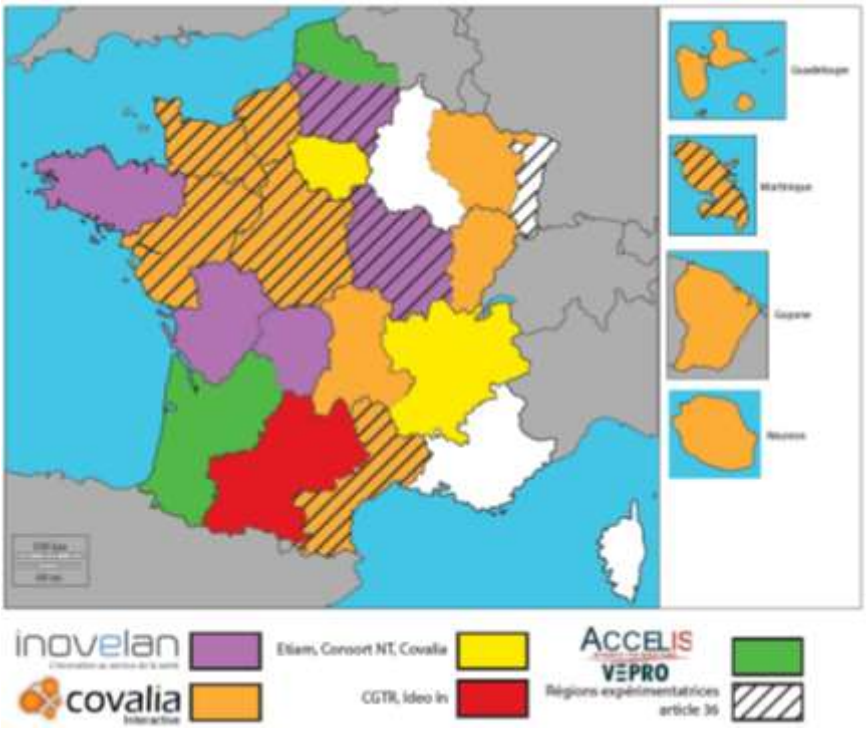
[77] Le ROR est outil informatique à destination des professionnels médicaux qui répertorie l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-social afin de faciliter l'orientation du patient dans le cadre du parcours de soins.

technologique, ce qui suppose d'installer différentes applications *web*, pas nécessairement compatibles, et d'avoir différents identifiants.

Les modalités de financement mises à disposition des GCS conditionnent également l'ampleur des moyens à leur disposition pour garantir l'interopérabilité des applications des systèmes d'information partagés de santé. Différentes modalités de financement sont rendues possibles et les supports sont multiples (FEDER, FIR, MIGAC, FICQS, ASIPSanté, contrat projets États-région) (ANAP, 2011). Lorsque les fonds sont gérés par les ARS, les marges de manœuvre des GCS sont plus larges dans la mesure où ils peuvent être employés pour l'interopérabilité générale des applications. Au contraire lorsqu'il s'agit de fonds spécifiques à un projet, les applications technologiques ne sont pas nécessairement retenues en fonction de leur interopérabilité avec les autres projets soutenus par le GCS. Dès lors, des problèmes de compatibilité entre les différentes applications technologiques peuvent être rencontrés. Les modalités de mises en œuvre des marchés publics et la négociation des contrats conditionnent alors le champ des possibilités de l'interopérabilité des dispositifs (ASIPSanté, 2015). Dans certains cas, l'équipement des professionnels et l'acquisition des logiciels ne sont pas pris en charge dans la négociation des contrats et représentent donc un investissement pour chaque professionnel de santé ou organisme souhaitant rejoindre le projet. Cet investissement peut alors représenter un frein dans la participation des professionnels de santé aux différents projets.

Le recours aux marchés publics pose également problème. Comme le montre la figure 23 (*Cf. infra*), deux fournisseurs dominent le marché actuellement : Covalia et Inovelan.

Figure 23 – Les fournisseurs de plateformes de télémédecine



Source : Réalisé par Maxime Thorigny à partir de nos données.

Il existe donc un duopole de fournisseurs de plateformes de télémédecine en passe de devenir un monopole dans le sens où une partie des régions équipées de la plateforme Inovelan est actuellement en passe de devenir majoritairement équipée de briques issues des consortium dont fait partie Covalia. En effet, en plus de la plateforme et des briques applicatives pré-installées, chaque nouvelle brique applicative ou fonctionnelle doit faire l'objet d'un nouveau marché public. Ainsi, dans le cadre des expérimentations de l'article 36, la majorité des régions expérimentatrices sont équipées de la plateforme Covotem de l'entreprise Covalia. Pour des questions de coûts mais également d'opérabilité, les briques applicatives et fonctionnelles actuellement commercialisées sont donc majoritairement celles de l'entreprise Covalia.

La situation de quasi-monopole de l'entreprise Covalia pose toutefois question au regard des enjeux de l'interopérabilité des plateformes de télémédecine et de leurs applications. Nous avons mis en évidence précédemment l'existence de briques applicatives (les applications de télémédecine dans lesquelles sont stockées les informations médicales) et les briques fonctionnelle qui permettent l'interopérabilité des informations stockées dans les briques applicatives. En d'autres termes avec l'existence de briques fonctionnelles, non seulement les briques applicatives d'une même région doivent être compatibles entres elles,

l'information doit pouvoir circuler sans contrainte matérielle, mais les briques applicatives de différentes régions doivent également être compatibles.

Les briques fonctionnelles sont donc l'essence même de l'interopérabilité des systèmes d'information partagés de santé. Toutefois, le vide juridique laissé par la puissance publique quant à la définition de l'interopérabilité native des dispositifs de télémédecine conjugué au quasi-monopole dont dispose la société Covalia quant à l'équipement en briques fonctionnelles et applicatives engendre des coûts prohibitifs pour les porteurs de projet et les professionnels de santé qui souhaitent participer à différents projets de télémédecine similaires. De ce fait, l'interopérabilité des dispositifs de télémédecine reste à l'heure actuelle théorique et des freins, principalement financiers demeurent. Dès lors apparaît l'une des premières contradictions du mode de gouvernance du déploiement de la télémédecine. La spécificité des actifs reste donc importante et le rapprochement entre la ville et l'hôpital n'a pas encore été constaté.

2.1.4. *New public management*, marchés publics et plateformes de télémédecine

Nous avons mis en évidence dans le chapitre précédant (*Cf. supra*, p. 200) qu'au sein même des théories supports du *New public management*, certaines formes d'externalisation peuvent être jugées inefficaces et notamment dans le cas d'appels d'offre. En effet, l'internalisation de certaines productions pourrait éviter l'opportunisme des producteurs au cours de la relation contractuelle (Goldberg, 1976 ; Prager, 1990). Ainsi, dans le cas d'appels d'offre pour la fourniture des plateformes de télémédecine et de dispositifs technologiques des systèmes d'information en santé, il est difficile de mettre en place des situations de concurrence entre les producteurs présents sur le marché. Cela s'explique par la complexité de la tâche. Le nombre de répondants à l'appel d'offre *via* un marché public est très petit compte tenu de la spécificité des actifs. Ce qui explique la présence de deux fournisseurs majoritaires sur le marché de la télémédecine : Covalia et Inovelan. Par ailleurs, la mise en évidence de la difficulté des pouvoirs publics à élaborer un cahier des charges précis concernant l'obligation de l'interopérabilité entre les dispositifs vient également renforcer l'idée que l'externalisation n'est pas efficace dans ce cas. L'incertitude et la complexité de l'élaboration du contrat compliquent l'externalisation.

Nous avons également mis en évidence qu'après signature du contrat d'externalisation, les coûts d'investissement pour l'industriel qui a remporté l'appel d'offre diminuent pour les périodes suivantes et donc qu'il n'est plus en situation de concurrence avec les autres

producteurs (Saussier et Yvrande-Billon, 2007). C'est ce qu'il est possible d'observer dans le cas des plateformes régionales de télémédecine pour l'entreprise Covalia. L'entreprise a remporté la plupart des appels d'offres. Cela montre alors que lorsque les services fournis sont complexes, l'externalisation n'est pas la forme optimale de production. Dans le cas des plateformes régionales de télémédecine, les stratégies des leaders du marché entraînent une forme sous-optimale de production. Ainsi, l'externalisation de la maîtrise d'œuvre de l'interopérabilité des systèmes d'information à des organisations externes a abouti au quasi-monopole de Covalia.

La mise en œuvre des principes du *New public management*, dans le cas des modalités de gouvernance du volet technique du déploiement de la télémédecine a donc engendré une contraction du marché des dispositifs techniques de télémédecine. Cette nouvelle configuration de marché est à l'opposé de ce qui est attendu par les défenseurs du *New public management*. Pourtant, la théorie des coûts de transaction, théorie support du *New public management*, met en garde contre ce type de configuration[78] (Saussier et Yvrande-Billon, 2007). Dès lors, ces difficultés d'interopérabilités vont conditionner le champ des possibles en matière de modèle de gouvernance du déploiement de la télémédecine. Le comité de pilotage se trouve confronté à la problématique suivante : comment suivre la trajectoire du modèle productif du *New public management* à la française et réussir l'externalisation de la production de télémédecine malgré les difficultés liées au système d'information ?

2.2. La télémédecine, une difficile mise en œuvre sectorielle du modèle hybride du *New public management* à la française

Le comité de pilotage du déploiement de la télémédecine doit faire face à un imprévu : le système d'information de la télémédecine n'est pas interopérable sans coût, l'interopérabilité nécessite l'engagement de frais supplémentaires. Or, cette interopérabilité est la condition indispensable à l'externalisation de l'activité médicale hospitalière. Dès lors, dans ces conditions, deux modèles de gouvernance de la pratique sont envisageables : l'un difficilement soutenable mais cohérant avec le modèle du *New public management* à la française ; l'autre plus opérationnel mais se rapprochant de la forme hybride de la *Bureaucratie publique* (2.2.1). Dans les faits, c'est le second qui est mis en œuvre (2.2.2). La

[78] Face à cet échec, le nouveau cahier des charges de l'article 36 envisage de nouvelles modalités de gouvernance qui passent outre l'utilisation des plateformes de télémédecine notamment pour les modalités de facturation des actes. Une centralisation, à l'échelle nationale est envisagée et serait pilotée par l'Assurance maladie.

coordination de la pratique télémédicale peut alors être associée au modèle de *Bureaucratie publique*, s'éloignant ainsi du modèle du *New public management* à la française (2.2.3).

2.2.1. Les deux modèles de gouvernance de la production de télémédecine

D'après la théorie des coûts de transaction, telle qu'elle est retenue par les partisans du *New public management*, et compte tenu de la spécificité des actifs de la télémédecine, de l'incertitude concernant l'environnement des transactions et leurs récurrences, deux possibilités sont envisageables pour la mise en place de la politique nationale de déploiement de la télémédecine : (i) intégrer les transactions au sein d'une structure unifiée ou (ii) recourir à des arrangements contractuels bilatéraux personnalisés permettant de préserver l'autonomie des parties tout en limitant l'incertitude et l'opportunisme des agents prenant part à la transaction. Compte tenu des éléments de contractualisation type mis en évidence dans la première partie de cette thèse (*Cf.* p. 138), de la volonté affichée par la puissance publique d'externaliser une partie des activités hospitalières et des préceptes retenus du *New public management*, il semblerait que la seconde option soit celle retenue par la puissance publique pour proposer un nouveau cadre institutionnel d'organisation de la production de soins.

En effet, *a priori*, retenir une structure de gouvernance unifiée paraîtrait paradoxal. L'objectif de la télémédecine, telle qu'elle est présentée par la puissance publique est bien de développer, à l'aide des technologies de l'information et de la communication, des échanges entre des structures de soins différentes et éloignées géographiquement. Des arrangements bilatéraux entre producteurs de soins permettraient en revanche de garantir une coordination efficace entre les partenaires et un partage de la rente acceptable (Baudry, 1993). Tels que les contrats de télémédecine proposés par le comité de pilotage de la stratégie nationale de déploiement sont constitués, les modalités contractuelles sont négociées par les partenaires et l'ARS au cas par cas. Dès lors, le rôle de chacun est défini avec précision, la coordination de leur activité est normée et il existe des mécanismes de contrôle de leur activité respective. Il semble donc que le rôle de la puissance publique dans la définition d'un environnement institutionnel favorable au déploiement de la télémédecine respectant les principes du *New public management* soit mis en œuvre. Toutefois nous allons mettre en évidence que, dans les faits, bien que des contrats de télémédecine permettant d'entrevoir l'externalisation de la production de soins hospitaliers existent, dans la majeure partie des projets de télémédecine recensés, l'effet inverse se produit. Le nombre d'entités juridiques unifiées, au sein desquelles sont contractualisés les actes de télémédecine se multiplie. Il s'agit des GCS e-santé ou

télésanté (*Cf.* encadré 13 pour la définition). Pour mettre en évidence ce phénomène il convient d'étudier l'évolution de l'environnement institutionnel de la production des soins qui a rendu possible le transfert d'acte de soins entre différents producteurs.

Encadré 13 – La définition d'un GCS e-santé ou télésanté

Les GCS ne sont pas nés avec la loi HPST bien que leur fonctionnement ait été modernisé par cette loi. D'après le décret n°2010-862 du 23 juillet 2010, l'objectif d'un GCS est d'organiser ou de gérer des activités communes (administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche), de réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, de permettre les interventions communes de personnels (professionnels médicaux, non médicaux et libéraux). Il peut enfin de façon plus anecdotique détenir une autorisation d'activité de soins, il s'agit alors d'un GCS établissement de santé.

Ainsi un GCS de moyens a comme domaines d'action les activités périphériques aux soins, les équipements matériels lourds, les modes alternatifs de prise en charge (HAD), les activités médico-techniques, les activités logistiques, la mise en place de réseaux ou filière de soins, l'enseignement et la recherche. En revanche, les GCS établissement de santé ont pour domaines d'action les activités de soins, les équipements matériels lourds, les missions de service public. Quel que soit le GCS, il doit faire l'objet d'une convention approuvée par l'ARS et qui définit l'objet, l'organisation et le fonctionnement du GCS.

Le GCS peut être une personne de droit public ou de droit privé selon les membres qui le constituent. Il doit être constitué obligatoirement d'un établissement de santé et d'autres membres tels que des établissements médico-sociaux, des centres de santé ou pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux. D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer au GCS sur autorisation de l'ARS, mais ne sont pas membres. Le statut du personnel diffère selon le statut juridique du GCS. Un GCS de droit privé peut recruter des personnels médicaux sous le régime du droit du travail et des personnels non médicaux dont le régime applicable est celui prévu dans le secteur privé hospitalier. Un GCS de moyens de droit public peut recruter des personnels médicaux engagés directement comme praticiens contractuels, assistants ou attachés et des personnels non médicaux régis par un statut contractuel de droit public. Un GCS établissement de santé de droit public peut recruter des médecins, pharmaciens et odontologistes comme praticiens contractuels, assistants ou attachés et des personnels non médicaux régis par un statut contractuel de droit public. Au sein d'un GCS de moyen, les activités sont communes aux établissements mais chacun d'entre eux reste titulaire de ses autorisations.

Source : ANAP (2011)

2.2.2. La mise en œuvre du *New public management* dans le déploiement de la télémédecine

La modernisation de l'action publique a été mise en place en 2012 en France dans la continuité de la Révision générale des politiques publiques (RGP). L'objectif affiché est de réformer l'État français à travers un meilleur encadrement des dépenses publiques et l'évaluation des politiques publiques. Dans ce mouvement de réforme, la puissance publique centrale conserve un pouvoir décisionnel fort. Cette mise en œuvre traduit l'hybridation des modèles productifs *Gros embouteillage institutionnel* et *Bureaucratie publique* du *New public management*. Il s'agit du modèle productif à la française.

Depuis la création du Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique en 2012, remplacé en 2013 par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action, la télémédecine fait partie des projets phares de ces administrations ayant pour terrain d'expertise la transformation des politiques publiques. Pour preuve, en 2012, dès la création de ces administrations, le projet de télémédecine OPHDIAT, réseau de télémédecine pour le dépistage de la rétinopathie diabétique est récompensé dans le cadre du prix du management public 2012[79]. De nouveau en 2015, le GCS Alsace e-santé reçoit à l'Assemblée nationale le prix de la Victoire de la simplification dans le cadre de la modernisation de l'action publique[80]. Au sein du GCS, le projet de télémédecine récompensé concerne la prise en charge de patients détenus.

La télémédecine est donc une des réformes plébiscitées dans le cadre de la modernisation de l'action publique. Dans cette perspective, il est possible d'identifier deux axes d'actions de la puissance publique dans l'organisation des transactions dans le cadre de la production des actes de télémédecine. C'est dans la combinaison de ces deux axes que s'incarne l'hybridation du modèle productif du *New public management*. Le premier est la mise en place de nouvelles formes de coordination des soins, davantage issues du modèle *Gros embouteillage institutionnel*, et le second est l'évolution de l'environnement institutionnel de l'organisation des soins, qui se rattache au modèle *Bureaucratie publique* (nouvelle forme de structure unifiée). Les deux sont liés puisque c'est en faisant évoluer le cadre institutionnel que les nouvelles modalités de coordination sont rendues possibles. Autrement dit, c'est dans cette hybridation que s'incarne le lien entre les dispositifs institutionnels et le régime économique de fonctionnement du système de télémédecine (Boyer, 1997).

Dans sa mise en œuvre, l'objectif de ce modèle semble être de réduire les coûts de transaction engendrés par la forme initiale de l'organisation des soins (*i.e.* son régime économique de fonctionnement). Les coûts de transaction initiaux liés aux facteurs humains comportementaux tels que l'opportunisme des agents et leur rationalité limitée et aux facteurs environnementaux tels que l'incertitude et la spécificité des actifs ont conduit à la mise en place de certaines formes d'arrangements institutionnels aboutissant à la production de soins hospitaliers directement par des structures publiques hospitalières (Pyun, 2013). La spécificité des actifs ne rendant pas possible le recours au marché (Saussier et Yvrande-Billon, 2007).

[79]Source : http://modernisation.gouv.fr/laction-publique-se-transforme/avec-les-administrations-et-les-operateurs-publics/ceremonie-du-prix-du-manager-public-2012
[80] Source : http://fichiers.acteurspublics.com/victoires/2015/html/nomination2015.html

Cependant, à la lecture des théories du *New public management*, cette organisation ne semble pas performante. En effet, nous avons mis en évidence que dans le cadre de la modernisation de l'action publique, une partie de la production hospitalière doit être externalisée grâce à la télémédecine. Afin de rendre possible cette externalisation de la production des soins, et donc d'améliorer la performance du modèle productif de soins, la puissance publique doit créer un nouvel environnement institutionnel (i.e. dispositifs institutionnels) censé permettre la réalisation de contrats entre la ville et l'hôpital tout en limitant l'apparition de nouveaux coûts de transaction. Ainsi, selon le cadre idéologique du référentiel de marché, la télémédecine semble être un modèle performant.

La loi HPST de 2009, dans laquelle s'incarne le modèle hybride de production du *New public management,* marque l'aboutissement de l'encadrement institutionnel de la coopération entre les différents acteurs du système de santé. Dans le cadre de la télémédecine, cela se traduit par la création de contrats de télémédecine entre les différentes parties prenantes, contrats que nous avons détaillés dans le chapitre 2 (*Cf.* p. 138). Cependant, d'autres formes de coopérations alternatives à cette contractualisation existent. Paradoxalement, ce sont à travers ces autres formes de coopération que les relations transactionnelles de télémédecine ont majoritairement lieu. Cela va donc à l'encontre des recommandations de la puissance publique. Nous allons alors montrer que le curseur de l'hybridation du modèle productif sectoriel du *New public management*, dans la politique de télémédecine tend à aller davantage vers un modèle de *Bureaucratie publique* que de *Gros embouteillage institutionnel,* ce qui est l'inverse de la volonté nationale. En effet, si les contrats de télémédecine actés par l'ARS sont le modèle théorique retenu par le comité de pilotage, et traduisant un ancrage fort dans le modèle *Gros embouteillage institutionnel*, dans les faits, la télémédecine est pratiquée par le biais de contrat de coopération qui incarne davantage le modèle de bureaucratie publique. En effet, actuellement, les actes de télémédecine sont pratiqués au sein de structures de soins unifiées.

2.2.3. La coordination télémédicale dans la pratique, une victoire du modèle *Bureaucratie publique* ?

La question de la coopération entre les professionnels de santé n'est pas née avec la loi HPST. En effet, des protocoles de coopération existent dans le champ de la santé depuis le début des années 1970 comme le montre le tableau 14 (*Cf. infra*).

Tableau 14- Évolution institutionnelle des coopérations médicales

Date	Objectif
Loi Boulin du 31 décembre 1970	Mise en place de contrat de concession et d'accord d'association interhospitalier. Création des groupements interhospitaliers.
Loi hospitalière du 31 juillet 1991 dite « loi Évin »	Mise en place des conventions de coopération, les Groupements d'Intérêt Economique (GIE) et les Groupements d'Intérêt Public (GIP). Instauration des conférences sanitaires de secteur afin de faciliter les rapprochements entre le secteur public et le secteur privé
Ordonnance Juppé de 1996 (Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Titre II)	Création de la communauté d'établissements et du groupement de coopération sanitaire.
Loi portant sur la création d'une Couverture maladie universelle du 27 juillet 1999	Création de la fédération médicale interhospitalière
Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et Loi sur la modernisation sociale et celle rénovant l'action sociale et médico-sociale du 4 mars 2002	Introduction du droit de coopération dans le monde de la santé
Loi relative à la santé publique du 9 août 2004	Élargissement des droits de coopération dans le monde de la santé
Loi HPST du 21 juillet 2009	Modernisation ou création de nouveaux modes de coordination dans le monde la santé (Les Groupements de coopération sanitaire, Les Communautés hospitalières de territoire)

Source : ANAP (2011)

Toutefois, la loi HPST marque un tournant important dans cet ensemble de contractualisations puisqu'elle introduit l'autorisation de transferts d'actes entre professionnels de santé. Ainsi, l'article 51 de la loi HPST relatif aux collaborations entre professionnels de santé consacre le principe des coopérations interprofessionnelles en mentionnant qu'ils peuvent « *déroger aux conditions légales d'exercice par le transfert d'actes ou d'activités de soins d'un corps de métier à un autre ou par la réorganisation de leur mode d'intervention auprès du patient* ».

L'ANAP mentionne alors que la télémédecine est l'une des trois principales innovations en termes de coopération[81] (ANAP, 2011). La puissance publique a effectivement fait évoluer le cadre institutionnel de la production de soins permettant la coopération entre les différentes structures publiques et privées mais la forme contractuelle prise par les échanges n'est pas celle espérée par la puissance publique puisqu'une large majorité des

[81] Les deux autres sont (i) l'évolution des modalités de rémunération des praticiens dans l'ambulatoire avec notamment la question de la généralisation du tiers payant et (ii) la réforme des formations initiales des différents professionnels de santé et notamment des professionnels infirmiers en vue d'harmoniser l'ensemble des formations en cursus Licence, Master, Doctorat.

projets n'a en réalité pas fait l'objet d'une contractualisation bipartite supervisée par l'ARS (DGOS, 2013). Les porteurs de projet ont eu recours à d'autres formes de contractualisations, dans les GCS e-santé ou télésanté, qui marquent encore un ancrage fort dans l'ancien modèle organisationnel, plus proche du modèle hybride de *Bureaucratie publique*.

Dans le cadre de la production d'acte de télémédecine, nous allons principalement nous intéresser à la création des Groupements de Coopération Sanitaire de moyen (GCS) et montrer que c'est en cela qu'il s'agit davantage d'un modèle d'hybridation de type *Bureaucratie publique* que *Gros embouteillage institutionnel*. Dans sa mise en œuvre, *le New public management* à la française est dès lors caractérisé par un fort recours aux mécanismes de marché, mais également et surtout à un renforcement du rôle de la puissance publique (Pierru, 2010). La forme de la gouvernance de la télémédecine en est alors l'une des matérialisations. Bien que le guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et conventions de télémédecine élaboré par la DGOS préconise de ne pas créer de GCS pour les projets de télémédecine et de favoriser les contrats spécifiques de télémédecine avec les ARS, un nombre important de projets de télémédecine a toutefois été intégré à un GCS. Le tableau 15 ci-dessous recense tous les GCS et les projets de télémédecine associés.

Tableau 15 – Recensement des GCS e-santé ou télésanté par région

Région	Nom GCS	Noms projets incluant des actes de télémédecine	Nom outil coordination télémédecine
Ile-de-France	GCS d-sisif	- PIMPS insuffisance cardiaque (télésurveillance) - Télégéria IF (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance) **- Télépathologie ARS-IF (téléexpertise)** - **Télédermato - santé détenus (téléexpertise)** - Téléneuro (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance)	Plateforme ORTIF
Champagne-Ardenne	e-santé Champagne-Ardenne	-TéléAVC (téléexpertise) **- Téléhandicap (téléconsultation)**	TéléAVC (outil développé par Accelis-Vepro)
Picardie	GCS e-santé Picardie	**- Suivi des plaies complexes (téléexpertise, téléconsultation)** - Téléradiologie (téléexpertise)	Comedi-e (COopération MEDicale Innovante en e-Santé)
Haute-Normandie	Santé Haute Normandie	**- TéléAVC (téléexpertise)** **- Téléradiologie (téléexpertise)**	prAtIC (Partage régional d'applications de télémédecine et d'imagerie Clinique)
Centre Val de Loire	Télésanté Centre	**- Télémédecine en EHPAD (téléexpertise, téléconsultation)** - Mutualisation des images médicales	Plateforme télémédecine
Basse Normandie	Télésanté Basse Normandie	**- Domoplaies (Suivi des plaies à domicile) (téléexpertise, téléconsultation)** - Télé-AVC (téléexpertise, téléconsultation, téléassistance) **- SCAD (suivi clinique à domicile) (télésurveillance)**	Plateforme télémédecine
Bourgogne	e-santé Bourgogne	- TéléAVC (téléexpertise) - **Télédermatologie (téléconsultation, téléexpertise)** - Télédialise (téléconsultation) - Cardiologie (télésurveillance)	Telmi
Nord-Pas-de-Calais	GCS MATISS	- Télé AVC (téléexpertise) - Coopération radiologique de proximité (téléxpertise) **- Télémédecine et personnes âgées (téléexpertise, téléconsultation)** **- Télémédecine et personnes détenues (téléexpertise)** **- Télémédecine et Maisons de Santé Pluridisciplinaires (téléexpertise, téléconsultation)**	Intermed 59/62 (le GCS est le porteur de projet de télémédecine et le GIP e-Sis 59/62 dispose des supports de la plateforme)
Lorraine	GCS Télésanté Lorraine	**- T-Lor (téléexpertise)**	Solstis
Alsace	Alsace esanté	**- Télémédecine en univers carcéral (téléconsultation)**	Simral
Franche-Comté	GCS EMOSIST	Accompagnement des projets mais pas de pilotage (Ensemble pour la MOdernisation des Systèmes d'Information de Santé et le développement de la Télémédecine)	Plateforme télémédecine
Pays de la Loire	e-santé Pays de la Loire	- ARéSA" (Articulation Régionale des SAMU) **- MICS (Medical Imaging Cloud Services) (téléexpertise)**	QIMED
Bretagne	GCS e-santé Bretagne	- Téléradiologie (téléexpertise) **- Télémédecine et sante des détenus (en projet)** **- Télémédecine territoires insulaires (en projet)** SI commun des SAMU (en projet)	STERENN
Poitou-Charentes	Esanté Poitou-Charentes	- AVC (téléexpertise) **- Dépistage de la rétinopathie diabétique (téléexpertise)** **- Dermatologie (téléexpertise)** - L'électroencéphalographie (téléexpertise) - Unité Sanitaire en milieu pénitentiaire (téléconsultation)	- TéléA (utilisation de la plateforme de la région Aquitaine) - Programme Webex
Aquitaine	Télésanté Aquitaine	**- Télémédecine en EHPAD (téléconsultation)**	- TéléA - PAACO (Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication)
Midi-Pyrénées	Télésanté Midi-Pyrénées	L'espace numérique régional de santé est en cours de construction. Un marché public est en cours d'appel à candidature pour la plateforme régionale de télémédecine	
Limousin	GCS Epsilim	Le GCS est en charge du déploiement d'un schéma organisationnel unique de la télémédecine. Priorités : - Prise en charge AVC - téléimagerie médicale - Prise en charge des personnes âgées - La santé des détenus	
Rhône-Alpes	SISRA	- **Téléimagerie (téléexprtise)** - TéléAVC (téléexpertise)	MonSisra
Auvergne	GCS SIMPA e-santé Auvergne	- Télé AVC (téléexpertise) **- Coordination gérontologique aidée par la télémédecine (téléconsultation)** - **Plateforme régionale de téléradiologie et d'imagerie (téléexpertise)**	Estela
Languedoc Roussillon	e-santé Languedoc Roussillon	- TéléAVC (téléexpertise, téléconsultation) - **Domoplaies (Suivi des plaies à domicile) (téléexpertise, téléconsultation)**	Plateforme télémédecine
Provence-Alpes-Côte d'Azur	GCS e-santé PACA	TéléAVC (téléepxertise) A l'initiative de l'ARS PACA les activités de télésanté du GCS e-Santé PACA et de coordination de projet, hors imagerie, sont confiées au GIP ORU PACA.	ORU Box (consultation des applications de télémédecine à partir du ROR)

Lecture : les projets en gras incluent des acteurs de la ville, les autres sont des projets exclusivement hospitaliers.

Ainsi sur l'ensemble des porteurs de projets ayant déclaré le mode d'accompagnement de leur projet de télémédecine en 2013, 58,8 % font partie d'un GCS (DGOS, 2013). En ne tenant compte que des projets de télémédecine incluant le secteur ambulatoire, 69,6 % des projets sont intégrés dans un GCS (*Ibid.*). En d'autres termes, seuls 30,4 % des projets qui incluent le secteur ambulatoire font l'objet d'un mode de contractualisation se rapprochant d'une forme d'externalisation de l'activité telle que le souhaite le comité de pilotage national du déploiement de la télémédecine. Dans les autres cas il s'agit de la création d'une structure juridique de soins intégrés. Chaque région recense au moins un projet rattaché à un GCS e-santé ou télésanté au sein duquel sont produits des actes de télémédecine. Les GCS deviennent alors les structures administratives de production des actes de télémédecine. Les modalités de coordination de la production de télémédecine sont donc une première limite à la mise en œuvre du modèle du *New public management* à la française dans la gouvernance du déploiement de la télémédecine. Nous allons montrer que les modalités de rémunération des actes représentent une deuxième limite.

3. Les modalités contractuelles de rémunération des actes de télémédecine : quelle application du *New public management* ?[82]

Nous avons présenté les supports théoriques du *New public management* en matière de rémunération au sein du chapitre précédent (*Cf.* page 205 et suivantes). Il s'agit à présent de mettre en évidence l'influence qu'ils ont eue dans la détermination des modalités rémunération des acteurs de la télémédecine et plus particulièrement des médecins libéraux. De la même manière que pour les modalités de coordination, initialement, les choix de rémunération des producteurs de soin par télémédecine se sont faits dans le respect strict des recommandations du *New public management* (3.1). Dans les faits, les modalités retenues s'en éloignent considérablement (3.2).

[82] Cette section a fait l'objet d'une valorisation scientifique, *Cf.* Rauly (2013a).

3.1. Présentation du modèle initial : la rémunération comme solution à l'incomplétude des contrats ?

La théorie de l'agence représente le principal support analytique des partisans du New public management en termes de déterminations des modalités de rémunération des médecins libéraux (3.1.1). Il est alors possible de distinguer l'influence du cadre théorique sur les modalités de rémunération des actes de télémédecine dans les systèmes multi-agents (3.1.2) et multi-principaux (3.1.3).

3.1.1. La théorie de l'agence comme support du modèle de rémunération des actes de télémédecine

La théorie de l'agence a été introduite en économie de la santé avec la diffusion de l'idée qu'il existe au sein de chaque système de santé une asymétrie d'information entre les différentes parties prenantes, et que cette dernière pose problème (Arrow, 1963). Il existerait de ce fait différentes relations d'agence entre les acteurs du système de santé. Depuis la fin des années 1980, les analyses de ce courant de pensée se sont complexifiées et l'étude des systèmes de santé repose sur des modèles complexes de la théorie des contrats dans le sens où elles ne font justement pas référence à un modèle bilatéral principal-agent. Ces modèles supposent qu'un contrat peut regrouper plusieurs agents et principaux, chacun pouvant effectuer plusieurs tâches, substituables ou complémentaires (Holmstrom et Milgrom, 1991). Ainsi, dans le cas de la production de soins Lise Rochaix (1997) identifie cinq groupes d'acteurs qui peuvent prendre part à la relation d'agence. Il s'agit des représentants de l'autorité de tutelle, des patients, des assureurs, des acheteurs de soins, des producteurs de soins. Le postulat de la théorie de l'agence est que dans ces conditions, l'information et les tâches sont fragmentées et les risques d'antisélection et d'aléa moral seraient élevés. Pour les réduire, les différents acteurs devraient alors se lier par un contrat. Si nous avons mis en évidence que la réglementation de la télémédecine et les formes de contractualisation avec les ARS sont les plus précises possibles, il est impossible que ces contrats soient strictement parfaits au sens de la théorie de l'agence. C'est pourquoi, toujours selon les préceptes de cette théorie, il serait nécessaire de fixer un prix incitatif permettant de réduire l'incertitude (*cf.* chapitre 3 p. 203). Nous avons mis en évidence dans le chapitre précédant que les fondements théoriques de l'agence ont influencé les propositions de rémunération dans la mise en œuvre du *New public management*. L'objectif premier, selon ce *corpus* théorique, est alors de mettre

en place des modalités de rémunération incitatives afin d'améliorer la performance des modèles productifs.

Toutefois, les modes de rémunération et la façon dont interviennent les acteurs diffèrent selon les relations d'agence constatées. Un même acteur peut occuper plusieurs fonctions, et plus il en occupe, plus l'information à sa disposition est complète. À l'inverse, plus les fonctions sont fragmentées moins l'acteur dispose d'information. Il est ainsi considéré dans ce cadre théorique que les formes de concurrence entre les acteurs modifient les relations d'agence puisque la concurrence tend à révéler les informations sur les prix (Rochaix, 1997). Dès lors, il est possible de distinguer la façon dont la théorie de l'agence a influencé différemment les systèmes multi-agents et les systèmes multi-principaux de télémédecine.

3.1.2. Rémunération de la télémédecine dans les systèmes multi-agents

Les systèmes de santé du Danemark et du Royaume-Uni peuvent servir d'exemples pour la typologie multi-agents. Dans ces pays beveridgiens, il existe des mécanismes de type marchand à l'intérieur du service public puisque les pouvoirs publics ont mis en place de nouvelles formes de régulation fondées sur la concurrence. Cette concurrence se traduit par l'existence de quasi-marchés (ou marchés internes) au sein desquels les pouvoirs publics conservent le financement des services de santé mais ils n'en sont pas les prestataires. Leur rôle se limite à celui d'acheteur, ce qui permet d'introduire une concurrence entre les fournisseurs de soins (Bocognano, et al., 1999 ; Glennerster et Le Grand, 1995). L'introduction de cette concurrence dans une organisation publique de soins est censée réduire l'asymétrie d'information entre la tutelle et les fournisseurs de soins.

Par ailleurs, ces systèmes de santé sont également organisés en réseaux de soins et la fonction de *gatekeeper* y est centrale. Au sein de ces systèmes, la relation contractuelle est de type multi-agents (Mougeot, 1994) puisque la mise en concurrence des centres de soins permet aux acheteurs d'exercer un pouvoir sur les fournisseurs. Les acheteurs et fournisseurs de soins sont donc deux agents face à un principal, le patient. La forme que prend la relation d'agence et l'organisation du système de soins en réseaux sont favorables à la rémunération par capitation. Or la rémunération à la capitation est recommandée par les partisans du *New public management* dans le cadre de la pratique de la télémédecine. Le mode d'organisation des soins et le type de rémunération initialement présents dans ces pays facilitent

l'introduction du *New public management* et de ce fait le déploiement de la télémédecine puisque les adaptations pour la mise en place de cette pratique ne sont que marginales. Le paiement à la capitation n'a donc pas été instauré dans ces pays spécifiquement pour la pratique de la télémédecine. Ce mode de rémunération fait partie intégrante de la typologie des systèmes de santé du Danemark et du Royaume-Uni. Dans ces deux pays, une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a été mise en place. Le mode de gouvernance de la mise en œuvre de la télémédecine, la généralisation d'un dossier médical informatisé et le maintien du mode de rémunération traditionnel sont des arguments également évoqués pour expliquer la facilité de déploiement de la télémédecine dans ces pays (Doupi, et al., 2010 ; Jones et Jollie, 2007). Ces pays sont historiquement marqués par la diffusion d'idées libérales. L'introduction du *New public management* ne bouleverse donc pas leurs organisations.

La télémédecine est rentrée dans les nomenclatures et les paniers de soins officiels au Danemark et au Royaume-Uni, devenant ainsi une prestation médicale ordinaire aux côtés des autres. Elle n'est plus financée par des enveloppes *ad hoc,* mais par un financement intégré dans le système de santé. La télémédecine fait donc partie intégrante de l'offre de soins dans plusieurs pays, mais cette rémunération a été rendue possible parce qu'elle n'a pas bouleversé ni l'organisation du système de soins, ni le mode de rémunération (Kassianides et Seguy, 2011). Il n'a pas été nécessaire de créer de nouvelles formes d'incitations permettant de pallier l'apparition d'asymétries d'information favorisant l'aléa moral suite à la mise en place d'une nouvelle organisation des soins. Le modèle de gouvernance historique est proche de la configuration organisationnelle du modèle de télémédecine plébiscitée par le *New public management*. L'hybridation du système n'est marquée ni par des freins institutionnels ni par des freins organisationnels.

3.1.3. La rémunération de la télémédecine dans les modèles multi-principaux

Les pays bismarckiens sont également concernés par la mise en place de politiques de régulation libérales et la diffusion du *New public management*. Le cas de l'Allemagne peut servir d'exemple. La loi du 30 mars 2007[83] sur le renforcement de la concurrence de l'Assurance maladie a facilité l'introduction de mécanismes concurrentiels au sein du système de santé. Cette incitation pousse les assureurs à entrer en concurrence et leur donne également

[83] *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung*

plus de liberté en leur permettant par exemple de créer des contrats individualisés par chaque assuré[84] (Immergut, 2009). Cela étant, il n'existe pas de mécanisme de concurrence directe entre les médecins. Les assureurs n'ont donc pas la possibilité de faire révéler les informations détenues par les médecins *via* des mécanismes concurrentiels. Il s'agit donc d'un modèle multi-principaux. Alors que les médecins peuvent établir un diagnostic exact sur la pathologie, les patients quant à eux savent qu'ils sont malades mais n'ont pas d'information sur la pathologie.

Enfin, les assureurs ne savent pas si le patient est malade et ne possèderaient pas d'autre moyen que l'incitation financière pour réduire les risques d'aléa moral. Le mode de rémunération est donc rétrospectif et le paiement à l'acte est prédominant. Il s'agit d'un paiement plafonné dans un schéma global de capitation. Les caisses d'Assurance maladie versent aux Unions régionales des médecins des enveloppes financières sur le principe de la capitation c'est-à-dire en fonction du nombre de patients traités dans la région. Ensuite, la répartition entre les médecins se fait selon l'activité et donc selon le nombre d'actes. Cependant, la valeur de la consultation peut varier puisque le montant total perçu par le médecin est plafonné par le budget de la région. Malgré un mode de paiement rétrospectif et l'absence d'information des assureurs sur la maladie du patient, les médecins allemands ont donc, au sens de la théorie de l'agence, intérêt à mettre en œuvre des pratiques induisant une baisse des coûts de la consultation.

Néanmoins, contrairement aux pays cités précédemment, il n'existe pas de régime de rémunération de la pratique en Allemagne[85] (Kassianides et Seguy, 2011), seuls les actes de télésurveillance sont rémunérés. Pour les projets qui sont entrés dans leur phase de routine, des caisses d'Assurance maladie ont défini les modalités de rémunération et négocié, avec les collèges de professionnels de santé et les autres parties prenantes, les tarifs et le financement des services de télémédecine (Stroetmann et Lilischkis, 2007). La rémunération des actes de télémédecine se fait alors par le biais de forfaits. L'organisation du système de santé allemand et le mode de rémunération qui y est associé ne sont de ce fait pas intégralement adaptables à la pratique de la télémédecine telle qu'elle est envisagée dans le cadre du *New public management*. Pour que les modalités de rémunérations soutenues par les partisans du référentiel de marché se développent, des modifications doivent être apportées. Contrairement aux modèles multi-agents, ici le mode de gouvernance historique n'est pas adapté à la

[84] La mise en place de ces contrats individualisés entraîne en contrepartie une montée des inégalités entre assurés.
[85] Le pays fait pourtant partie des pays moteurs en termes d'initiatives mises en place pour le développement de la pratique (*Cf.* chapitre 1). Mais la question de la rémunération des actes n'est pas statuée et des freins organisationnels persistent.

configuration organisationnelle du modèle de télémédecine. L'hybridation du système est marquée par la présence de freins à la fois institutionnels et organisationnels. Il existe une incohérence entre les dispositifs institutionnels originaux et les logiques de fonctionnement du modèle de production de la télémédecine tel que défini dans un cadre idéologique du *New public management*. Les relations d'agence, propres à chaque système de santé, sont déterminantes dans les choix de rémunération.

3.2. Les propositions de rémunération de la télémédecine en France du *Gros embouteillage institutionnel* à la *Bureaucratie publique*

Le modèle français de l'organisation du système de santé repose également sur une relation multi-principaux. Malgré l'introduction du référentiel de marché au sein de l'offre de soins (Batifoulier, et al., 2007b ; Batifoulier, et al., 2007c), la nouvelle régulation ne met pas directement les médecins en concurrence, ce qui explique que le modèle français du *New public management* dans le champ de la santé ne peut pas être qualifié exclusivement de *Gros embouteillage institutionnel*. Le modèle n'est donc pas efficient au sens de la théorie de l'agence. Selon ce *corpus* analytique, l'existence d'un sentier de dépendance organisationnel ne permettrait pas d'éliminer les risques d'antisélection. La pratique de la médecine au sein d'un colloque singulier et le paiement à l'acte sont par ailleurs des dispositifs institutionnels constitutifs de la pratique historique de la médecine libérale. Ces dispositifs sont autant de barrières, au sens de la théorie de l'agence, à la révélation d'informations privées. Par ailleurs, le modèle canonique est composé d'un grand nombre d'acteurs présents dans le système de santé : autorité tutélaire, assurance maladie obligatoire, assurances complémentaires, médecins, patient. Cette configuration fragmente d'autant plus l'information disponible et multiplierait le risque d'aléa moral. Ainsi, malgré l'instauration d'un statut de médecin traitant et l'institution d'un parcours de soins coordonnés, le paiement à l'acte reste prédominant. La télémédecine doit alors être le vecteur de changement afin de pallier ces sources d'inefficience au sens des postulats faits pas les partisans du *New public management*.

Préalablement aux expérimentations de l'article 36, différentes pistes ont été étudiées pour mettre en place des modalités de rémunération dites performantes des médecins libéraux participants à la télémédecine. Deux pistes, se rattachant davantage au modèle *Gros embouteillage institutionnel*, ont initialement été envisagées. La première met en évidence la

priorité de la puissance publique à encadrer la dépense de santé, et avance que les solutions en matière de rémunération de la télémédecine se trouvent dans la création de nouveaux contrats. Dans ce cas il est avancé que le nombre de médecins libéraux adhérant à la télémédecine risque d'être limité, mais les contraintes financières sont respectées (3.2.1). La deuxième piste envisagée avançe l'idée que les priorités des pouvoirs publics doivent davantage être fondées sur des critères d'amélioration de la santé de la population. Dans ce cas, la participation en masse des médecins au déploiement de la télémédecine est nécessaire et les modalités de rémunération des professionnels libéraux ne doivent pas être en contradiction avec les fondements de la médecine libérale (3.2.2). Au sein de ces deux propositions initiales, il est possible d'y voir une ambition forte d'hybridation du modèle productif du *New public management*. Toutefois, les expérimentations dites de l'article 36 pointent une mise en œuvre diamétralement opposée. En effet, nous avons déjà mis en évidence que les modalités de rémunération conservent strictement les conditions de rémunération à l'acte, bien que des mécanismes incitatifs liés à une part variable soient introduits. Ici encore, le modèle de *Bureaucratie publique* semble *in fine* l'emporter (3.2.3).

3.2.1. Nouveaux modes de rémunération pour une nouvelle organisation du système de santé

Deux modes de rémunération des actes de télémédecine sont initialement envisagés dans la littérature en vue d'une réorganisation importante de l'offre de soins. Le premier mode de rémunération évoqué est la forfaitisation générale de l'activité de télémédecine (Martin et Rivoiron, 2012a). Ici l'objectif de réduction des coûts liés à la multiplicité des praticiens présents pour un même acte de télémédecine était primordial. L'avantage, au sens des partisans du *New public management*, de ce mode de rémunération *ex-ante*, contrairement au paiement à l'acte qui est *ex-post*, est la possibilité de planifier les coûts annuels pour l'Assurance maladie. Toutefois dès sa proposition cette modalité de rémunération a été écartée. En effet, ce mode de rémunération et l'organisation des soins qui y est associée amorcent une rupture radicale avec le modèle canonique. Par ailleurs, les partisans de ce modèle n'ont pas fait état du type de forfait, par pathologie ou par capitation, susceptible d'être appliqué. Il convient également de préciser qu'aucune différenciation n'a été opérée entre le médecin requérant et le médecin requis lorsque le forfait est évoqué comme rémunération possible de l'activité.

Le second mode de rémunération, initialement proposé, est la mise en place d'un système de points (Lareng, et al., 2004). Cette proposition, a été faite par le Réseau de télémédecine régional de Midi-Pyrénées. Elle consiste à répartir un certain nombre de points par intervenant dans chaque acte en fonction de sa nature, du temps passé, du statut de l'intervenant et de la fonction occupée par le médecin (requis ou requérant). La valeur initiale proposée pour un point était de 0,97 euro. Néanmoins, une enveloppe globale est destinée à la rémunération de la télémédecine. En cas de dépassement de cette enveloppe, il est envisagé que la valeur du point pourrait être diminuée. Cette rémunération expérimentale a été proposée en 2004 par le réseau de télémédecine régional de Midi-Pyrénées et a été abandonnée depuis.

Ces deux propositions de nouveaux contrats incarnent pleinement le modèle hybride de *Gros embouteillage institutionnel* du *New public management* puisque l'objectif était d'introduire une pratique de la télémédecine qui s'aligne sur les objectifs de la politique de santé en matière d'encadrement de la dépense. Toutefois les trop importantes distorsions entre le modèle organisationnel et les dispositifs institutionnels historiques ont entraîné l'abandon de ces expérimentations.

3.2.2. Une télémédecine fongible dans les contrats de rémunération existants

D'autres propositions sont alors évoquées dans la littérature. Celles-ci proposent la possibilité d'intégrer la télémédecine dans des contrats existants. À travers ces propositions, les objectifs d'encadrement de la dépense sont plus difficilement atteignables, mais le nombre de médecins susceptibles d'adhérer aux projets de télémédecine est plus important que dans le cadre des propositions précédentes. Trois modes de rémunération allant dans ce sens ont été recensés dans la littérature antérieure à la mise en place des expérimentations dites de l'article 36.

Dans un premier cas, il s'agit d'inclure la rémunération de la télémédecine dans le paiement à la performance issu de la convention du 21 juillet 2011 portant sur les bonnes pratiques individuelles. Dès 2008, le rapport rédigé par André Flajolet (2008) propose d'intégrer la rémunération de la télémédecine au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Les objectifs de la télémédecine et de la convention du 21 juillet 2011 sont assez similaires. Les finalités de la télémédecine, à savoir la prise en charge des maladies chroniques, la réduction des inégalités d'accès aux soins, l'amélioration des conditions de

soins, la généralisation de la permanence des soins et le maintien à domicile des personnes dépendantes sont toutes ancrées dans des objectifs d'amélioration de la qualité des soins. Le protocole de convention signé le 21 juillet 2011 entre l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM) et trois syndicats[86], quant à lui, regroupe trois grands thèmes que sont la prévention, le suivi des maladies chroniques et l'optimisation des prescriptions.

La question de la qualité des soins y est également centrale. La pratique de la télémédecine peut de ce fait s'intégrer de façon transversale dans les objectifs de santé publique et de bonnes pratiques individuelles. L'intégration de la rémunération de la télémédecine au sein du paiement à la performance est donc une possibilité envisagée. L'interrogation portant sur le lien entre rémunération à la performance et déploiement de la télémédecine n'est de ce fait pas anodine. En effet, déjà en 2008 le rapport d'André Flajolet propose d'intégrer dans le contrat de paiement à la performance, l'ensemble des rémunérations prospectives qui indemnisent la prévention et la permanence des soins. La télémédecine peut donc faire partie des nouvelles activités éligibles au paiement à la performance.

Le deuxième modèle suggéré dans la littérature antérieure aux expérimentations de l'article 36 est la mise en place des modes de rémunération au cas par cas selon les actes de télémédecine et les spécialités concernées par l'acte. Différentes propositions ont été avancées sous ce modèle. Pierre Simon évoque dans le rapport de l'ANAP (Martin et Rivoiron, 2012b) la mise en place d'un modèle proche de celui actuellement construit par les Programmes Régionaux de Télémédecine (PRT) pilotés par les ARS. Dans cette éventualité, chaque contrat de télémédecine doit définir les modes de rémunération propres aux contractants. Dans ce cas, il ne s'agit plus d'une convention entre la tutelle et les représentants des médecins, mais d'un contrat entre les médecins participant au projet. Il est alors envisagé que les médecins puissent être rémunérés selon des modalités déterminées par contrat, mais qu'un seuil budgétaire à ne pas dépasser pour chaque acte de télémédecine doit être acté. Ce seuil peut avoir comme référence le montant actuellement alloué pour chaque acte classique au sens de la CCAM. Cette idée de cadre contractuel entre les médecins est notamment détaillée par François-André Allaert et Catherine Quantin (2012) pour la rémunération des actes de télé-expertise.

Enfin, la dernière proposition recensée de façon antérieure à celle de l'article 36 est celle qui illustre le mieux les tentatives d'hybridation du modèle. Elle propose un système hybride mêlant paiement à l'acte et rémunération forfaitaire. L'idée avancée est que la

[86] Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), Syndicat des Médecins Libéraux (SML), MG France.

rémunération à l'acte peut s'appliquer lorsqu'un seul médecin est sollicité tandis qu'une rémunération forfaitaire doit être mise en place pour les actes qui nécessitent la présence de plusieurs médecins (HAS, 2011 ; Lasbordes, 2009). La littérature ne précisait pas, dans ce cas, la forme du forfait (par pathologie ou *per capita*). Cette solution doit alors permettre de pallier l'effet inflationniste du maintien de la rémunération à l'acte tout en introduisant une rémunération forfaitaire et en conservant le paiement à l'acte lorsque cela était possible. Il est alors envisagé que le médecin perçoive une rémunération forfaitaire dans le cas où il accepterait d'être un médecin sollicité. C'est ce service à distance qui doit être rémunéré au forfait. Une autre alternative est également proposée pour cette forme hybride de rémunération. Il s'agit de rémunérer à l'acte les pratiques ponctuelles qui ne nécessitent pas de suivi régulier et de rémunérer au forfait les actes fréquents et de suivi sur le long terme. Ainsi, de manière schématique la téléassistance, la télé-expertise et une partie des téléconsultations peuvent être rémunérées au forfait et les autres applications de la télémédecine par le paiement à l'acte (Martin et Rivoiron, 2012a). L'objectif affiché est d'éviter une hausse des dépenses de santé. Dans ce cas, les médecins des deux catégories, requis ou requérants peuvent être rémunérés à l'acte ou au forfait selon l'acte en question. Dans ce cas, ce n'est pas la position du médecin qui différencie le mode de rémunération mais l'acte considéré. Dans les deux cas l'objectif est de maintenir le paiement à l'acte lorsque cela est possible et d'introduire une part de rémunération au forfait pour les actes ayant un caractère inflationniste.

3.2.3. La rémunération expérimentale des actes de télémédecine : avènement de la *Bureaucratie publique*

L'arrêté du 17 avril 2015, portant sur le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (dit expérimentation article 36), précise les modalités de rémunération des professionnels de santé : « *Dans le cadre d'une téléconsultation réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le médecin requis ou l'infirmière diplômée d'état requise agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 est rémunéré 28 € par acte. Dans le cadre d'une téléexpertise réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le médecin requis ou l'infirmière*

diplômée d'état requise agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 est rémunéré 14 € par acte. Le versement de ces tarifs est conditionné au respect de l'ensemble des dispositions du présent cahier des charges. » Il est par ailleurs précisé que « *En complément de la rémunération à l'activité, chaque professionnel concerné peut également bénéficier du versement d'une dotation annuelle n'excédant pas 200 €, destinée à couvrir les coûts relatifs à la production des données nécessaires à la réalisation de l'évaluation par la HAS.* »

Il apparaît donc *in fine* que les modalités de rémunération des actes de télémédecine, pour les expérimentations menées au titre de l'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 ne comporte aucune modification au cadre historique de rémunération des professionnels de santé libéraux[87]. Afin d'encadrer le niveau des dépenses affectées à la rémunération des praticiens, il convient de préciser que le comité de pilotage national du déploiement de la télémédecine a fait le choix de ne pas modifier les conditions de rémunérations historiques, celles du paiement à l'acte, mais a statué pour une absence de rémunération des médecins requérants. En effet, seul le médecin requis est rémunéré. Autrement dit, le comité de pilotage a fait l'hypothèse que l'attachement des professionnels de santé libéraux aux modalités de rémunération à l'acte était supérieur au souhait de voir l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'acte rémunéré, quitte à mettre en place de nouvelles formes de rémunération. Nous montrerons dans le chapitre suivant que la définition des modalités de rémunération est en réalité l'illustration d'un rapport de force entre les différentes échelles de régulation de l'activité télémédicale (*Cf.* p. 334 et suivantes).

Il est également possible de voir la mise en place d'une rémunération incitative, à hauteur de 200 € annuels par professionnel, qui doit, au sens de la théorie de l'agence, encourager les professionnels de santé à révéler au comité de pilotage des informations concernant leurs pratiques en vue de l'évaluation de la télémédecine qui sera menée par la Haute Autorité de Santé.

Il est donc possible de voir ici encore la mise en œuvre d'une forme hybride de gouvernance du déploiement de la télémédecine davantage comparable au modèle de *Bureaucratie publique*. Le maintien du modèle canonique historique est prédominant sur le modèle extérieur. Les organisations décrites par les supports théoriques du *New public management* n'ont pas réussi à passer l'épreuve de l'expérimentation. Ainsi, si la théorie de

[87] Nous discutons dans la conclusion de ce chapitre les changements opérés par le nouveau cahier des charges en application depuis mai 2016.

l'agence propose un cadre analytique des formes de l'asymétrie d'informations entre les acteurs, elle ne prend pas en considération l'interprétation qu'ont les individus de leur environnement suite à un changement organisationnel. Cela peut alors se traduire par une inadéquation entre la forme organisationnelle, les dispositifs institutionnels et les dynamiques socio-économiques qui aboutit à une absence d'adoption du modèle. Pour parvenir à une pratique efficiente de la télémédecine, il est donc nécessaire de prendre en considération les déterminants historiques de la construction et du fonctionnement du système de santé, sans quoi les objectifs performatifs peuvent être difficiles à atteindre (Beauvallet, 2009). Cela est d'autant plus problématique de la performance de la pratique est l'élément justificatif de l'action publique. Si la télémédecine n'est pas performante, alors, l'action publique en sa faveur n'est pas légitimée au sens des postulats du référentiel de marché. C'est ce qu'il convient à présent de montrer.

4. La performance comme mode de justification de l'action publique en faveur de la télémédecine

Nous avons mis en évidence dans la présentation des principes du *New public management* que l'un des postulats retenus dans le *corpus* de l'école des choix publics est que seule la performance de l'action justifierait l'intervention publique. Selon les partisans du *New public management*, l'action publique n'est légitime que si les résultats sont supérieurs à une allocation marchande de la ressource. Cette performance s'apprécie alors à travers une évaluation de la politique publique qui passe nécessairement par une mesure chiffrée convertie en valeur monétaire. Ce cadre est celui qui influence l'évaluation de la télémédecine (4.1). Il convient alors de détailler les recommandations du comité de pilotage du déploiement de la télémédecine en matière d'évaluation, ancrées dans le modèle du *Gros embouteillage institutionnel*, et celles effectives des expérimentions, plus orientées vers le modèle de *Bureaucratie publique* (4.2).

4.1. L'évaluation par le chiffre, technique d'auto-entretien de l'esprit du capitalisme

L'introduction des préceptes du *New public management* dans la mise en œuvre du déploiement de la télémédecine se matérialise par (i) l'instauration de pratiques d'évaluation nouvelles de la politique publique fondées sur la mesure de la performance et (ii) l'avènement d'une nouvelle idéologie justificatrice de l'engagement dans le capitalisme (Jany-Catrice, 2012b). La première apparaît comme une convention autour de la neutralité axiologique des chiffres qui permet d'expliquer la seconde. Depuis les années 1970, l'État social connaît de profondes mutations et l'arrivée de l'ère du post-fordisme va de pair avec l'émergence d'un nouvel esprit du capitalisme (Boltanski et Chiapello, 1999). Au cours des quarante dernières années, le capitalisme a su vaincre ses contradicteurs en reprenant à son avantage les critiques qui lui sont faites, notamment la critique artiste et la critique sociale au sens de Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999).

Ainsi, en réponse à la critique du manque d'autonomie du travailleur, le capitalisme a introduit la flexibilité du travail et le libéralisme, à la critique de l'insécurité des relations contractuelles le changement s'est fait par l'introduction d'incitations monétaires et d'individualisation de la rémunération. Enfin à celle de l'absence de prise en considération du bien commun, qui, puisqu'il s'agit d'une construction sociale, repose sur un ensemble de conventions et de coordinations, le capitalisme a introduit un nouveau mode de régulation fondé sur la valeur monétaire et seuls les biens communs possédant un équivalent monétaire nécessitent une protection. En apportant une réponse aux critiques qui lui ont été faites, le capitalisme a su mettre en place un nouvel esprit fondé sur l'idéologie de l'évaluation reposant sur de nouvelles conventions véhiculant l'idée d'une neutralité métrologique et donc censée être objective.

Dans la mise en œuvre du nouvel esprit du capitalisme différentes formes d'évaluations vont se succéder (Del Rey, 2013). L'évaluation bureaucratique est la première forme d'évaluation rencontrée au cours de la mutation de l'État social. Dans cette forme d'évaluation le supérieur hiérarchique contrôle directement le travail de son subordonné et l'évaluation se fait de façon directe. Néanmoins différentes critiques sont apportées à cette évaluation et notamment son manque d'objectivité et de comparaison entre les différents critères d'évaluation. Cette forme d'évaluation laisse ensuite la place à l'évaluation technico-économique, fondée sur des critères présentés comme objectifs permettant de relier l'efficacité et l'efficience d'une organisation, ce qui permet d'évaluer de nouveaux secteurs

qui échappaient jusqu'alors à l'évaluation. Ainsi, avec l'évaluation technico-économique les politiques publiques font désormais l'objet d'évaluation à l'aide d'objectifs mis en évidence par le *New public management*. Les objectifs du *New public management* sont, pour ses partisans, de combiner l'efficacité des politiques en dépensant moins, l'efficience en dépensant mieux et l'équité en dépensant de façon pertinente.

Avec le *New public management,* dans sa forme généraliste, l'évaluation des politiques publiques passe nécessairement par une mesure monétaire puisqu'un lien systématique est fait entre la politique publique et les dépenses engagées. Ainsi, l'évaluation devient synonyme d'évaluation de valeur et cette dernière se doit d'être monétaire. Ce qui ne possède pas d'équivalence monétaire ne vaut donc rien. La quantité de valeur monétaire est quant à elle le résultat d'un processus de construction d'indicateurs qui revient *de droit* à des experts dont les décisions font loi. À mesure de son hybridation, le *New public management*, a construit de nouvelles modalités d'évaluation de type managérial, notamment pour les politiques publiques, ce qui lui a permis de s'imposer (Del Rey, 2013). En plus d'une évaluation de l'efficacité des politiques en fonction des fonds alloués à leur réalisation, l'évaluation managériale introduit l'utilisation exclusive de production de chiffres, se voulant objectifs, pour mesurer tant les aspects qualitatifs que quantitatifs des politiques publiques. Ainsi, toute politique publique est confrontée à l'épreuve du chiffre.

4.2. L'évaluation de la performance de la télémédecine

Par évaluation de la télémédecine, le comité de pilotage entend évaluation de la performance (HAS, 2011, 2013a). Cette évaluation se divise en trois : une évaluation de la performance économique, une évaluation médicale par le biais d'une évaluation de la performance des soins et une évaluation technologique, c'est à dire de l'efficience des TIC en santé (Le Goff et Nassiri, 2005 ; Le Goff-Pronost et Sicotte, 2010). La question de la performance est centrale dans le programme national de déploiement de la télémédecine. Dans sa présentation théorique, l'évaluation de la performance de la télémédecine laisse entrevoir le modèle de *Gros embouteillage institutionnel* (4.2.1). Toutefois, telle que l'évaluation est effectivement proposée dans le cadre de l'expérimentation dite article 36, celle-ci se rapproche davantage du modèle de *Bureaucratie publique* (4.2.2). Cela permet

alors de pointer les limites du *New public management* comme cadre d'évaluation de la performance de la télémédecine (4.2.3).

4.2.1. Les modalités théoriques de l'évaluation : *Gros embouteillage institutionnel*

Avant de présenter les recommandations du comité de pilotage il convient de discuter la notion de performance. Initialement, le terme performance possède un double ancrage étymologique (Jany-Catrice, 2012b). La performance peut à la fois définir une action, un comportement d'individu, mais également un résultat quantifiable s'apparentant dès lors à une mesure et non plus à une action. L'évaluation de la télémédecine renvoie au second sens de la définition. Seuls les résultats chiffrés de la performance vont déterminer la validation des projets. Les résultats de l'évaluation de la performance des expérimentations de télémédecine vont déterminer le devenir de la pratique (Pascal, 2012). La performance de la télémédecine conditionne donc sa pérennisation. En affichant clairement la nécessité de mener une évaluation médico-économique des projets en cours, le comité de pilotage envoie un message aux porteurs de projets quant à la viabilité de leur activité. Cela marque donc un tournant dans les modalités d'intervention publique. En effet, la mise en place du référentiel de marché dans le champ de la santé implique de nouveaux modes de validation des politiques publiques (Batifoulier, et al., 2007a). Ainsi dans ce nouveau paradigme, la limitation des dépenses publiques, et donc des dépenses de santé, devient une nécessité pour chaque nouvelle politique publique (Jany-Catrice, 2012b).

Le comité de pilotage de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a chargé différents organismes de l'évaluation de la télémédecine en leur confiant des compétences diverses. L'ANAP est chargée, à l'échelle nationale, d'évaluer la performance économique des projets de télémédecine pouvant bénéficier des subventions nationales. La Haute Autorité de Santé (HAS), le Commissariat général à la stratégie et à la prospective et des groupes de travail interministériels sont chargés quant à eux d'évaluer et de mettre en place des outils d'évaluation de la télémédecine. Il est donc nécessaire d'évaluer la performance des outils d'évaluation de la performance de la télémédecine. À la demande de la DGOS, la HAS a consacré deux rapports à ce sujet en proposant une méthodologie pour élaborer les meilleurs outils d'évaluation de la performance de la télémédecine (HAS, 2011, 2013a). En effet, en 2010, la DGOS a demandé à la HAS de « *faire le point sur les*

connaissances en matière d'évaluation médico-économique de la télémédecine à partir d'une revue de la littérature internationale » (HAS, 2011, p. 26).

La HAS a donc procédé à une revue de la littérature internationale portant sur les modalités d'évaluation de la performance de la télémédecine afin de proposer une méthodologie d'évaluation pour le cas français. La HAS a recensé 286 références bibliographiques, dont cinq seulement font référence à un cas français, portant sur la question de la performance de la télémédecine. Elle en a ensuite sélectionné 74 dont le sujet porte sur la description d'une évaluation médico-économique. Un tiers de ces références renvoie à des projets nord-américains. Parmi elles, 50 proposent des analyses de minimisation des coûts, 11 des analyses coût-efficacité, 9 des analyses coût-utilité et enfin 4 des analyses coût-bénéfice. Sur la totalité des évaluations, 25 ont été fondées sur des Essais Contrôlés Randomisés[88]. L'ensemble des analyses de minimisation des coûts et coût-efficacité n'a montré aucun résultat probant. Cette méthode n'a permis de révéler aucune différence significative entre la pratique de la télémédecine et la médecine traditionnelle. Sur les 9 analyses coût-utilité, 5 ont montré que la pratique de la télémédecine est efficiente. Mais, la méthodologie de recension des informations dans ces études manque de rigueur et la HAS n'a pas poursuivi leur analyse. Enfin les analyses coûts-bénéfices semblent à privilégier, selon la HAS, mais la temporalité des projets français n'apparaît pas propice à la mise en place de cette forme d'analyse. Le manque de maturité des projets ne permet pas de faire des hypothèses fiables dans la construction de l'analyse coût-bénéfices.

La HAS a alors mené une étude complémentaire de la littérature et a mis en évidence des formes d'évaluation de la performance en construction. Au total 26 références ont été relevées par la HAS, 24 étrangères et 2 françaises. Parmi ces études, une seule porte sur un cadre global d'évaluation de la télémédecine. Il s'agit de la méthodologie MAST pour *Model for Assement of Telemidicine.* Il s'agit du document le plus abouti recensé par la HAS. Le modèle MAST est une adaptation du document *Health Technology Assesment* (HTA) (Kidholm, et al., 2012). Le HTA propose une méthodologie d'évaluation de la performance des technologies du numérique utilisées dans le cadre de l'amélioration de la santé. Le HTA évalue l'outil technologique et le MAST évalue l'organisation de la pratique médicale qui y est associée. Le modèle MAST propose une analyse multicritères de la performance des programmes de télémédecine en réalisant une étude de coût-efficacité comparativement à une organisation traditionnelle de la médecine. Les seuls critères retenus comme étant

[88] *Cf.* Chapitre 5 pour une définition.

institutionnels sont les dépenses de santé par an et les modalités de financement du système. En adaptant la méthodologie du modèle MAST, la HAS propose une matrice d'impact des effets attendus de la télémédecine qui doit servir de premier support pour l'évaluation des projets (*Cf.* tableau 16).

Tableau 16 - La matrice d'impact des effets attendus de la télémédecine

Effets attendus / Point de vue	Accessibilité (A)	Pratiques professionnelles /organisation des soins (B)	Qualité des soins/ sécurité de la prise en charge (C)	Coûts (D)
Patients / aidants, famille (1)	•Accès à un avis médical • Bénéfice d'un suivi médical (ou par délégation de tâche) • Bénéfice d'un accès rapide à un avis spécialisé	•Conséquences sur l'organisation de la prise en charge	•Résultats de l'intervention sur la santé de l'individu • Effets de l'intervention sur les recours aux soins (hospitalisations, consultations, urgences, biens médicaux, transferts, etc.) • Impact sur la qualité de vie	• Transports • Temps consacré à l'intervention (pour le patient – pour les aidants) • Impact sur le reste à charge patient • Coût pour les aidants
Médecins/ professionnels paramédicaux (2)	•Aide à la décision •Continuité des soins •Capacité à mettre en place ou à rationaliser un suivi du patient	•Mise en place du système (équipement, formation, etc.) • Temps des professionnels dédié à la télémédecine : part de l'activité, coordination entre professionnels, gestion du système, etc. • Coopération entre professionnels de santé •Formation/éducation du patient	• Volume d'activité réalisé par télémédecine (volumétrie des actes par télémédecine / actes traditionnels par exemple ou indicateur de substitution) • Prévention des complications et meilleure connaissance du contexte de prise en charge du patient • Rupture de l'isolement et facteur d'attractivité • Formation, acquisition de compétences • Respect des recommandations de bonnes pratiques	•Équipement, fonctionnement, maintenance • Formation • Impact sur la rémunération de l'activité • Temps dédié non pris en compte dans la rémunération de l'activité • Transports
Établissements de santé (3)	• Création /développement / maintien d'une activité	•Impacts sur l'organisation du temps médical et sur l'activité des professionnels • Coordination entre professionnels	• Impact sur l'activité • Continuité des soins • Capacité à mobiliser les professionnels – concentration de l'offre d'experts	• Investissement • Fonctionnement, maintenance • Formation • Coûts liés aux ressources humaines (professionnels de santé et autres) • Transports • Impact sur l'activité
État/ Assurance maladie/ collectivités (4)	•Impact sur l'offre de soins (sur un territoire) • répartition de l'offre • accès aux soins	•Impact de la télémédecine sur la mise en place d'organisations professionnelles nouvelles • Coopération entre professionnels de santé • Formation des professionnels de santé	•Orientation des patients, parcours de soins, graduation des soins (médecine de 1er recours, établissements de santé, secteur médico-social) • Nouvelles organisations professionnelles en réponse à la démographie médicale • Respect des recommandations de bonne pratique	•Fonds dédiés au déploiement de la télémédecine • Formation • Impact sur la consommation de soins : hospitaliers, ambulatoires, biens et services, etc. • Transports

Source : HAS (2013a)

Cette matrice a pour objectif d'identifier les différents critères qui doivent faire l'objet d'une comparaison entre une prise en charge par télémédecine et une prise en charge dans un système de soins classique, cela à partir de 4 indicateurs (Accessibilité, Pratiques professionnelles/organisation des soins, Qualité des soins/sécurité de la prise en charge, Coûts) et selon 4 points de vue (Patients/aidants familiaux, Médecins/professionnels paramédicaux, Etablissement de santé, Etat/assurance maladie/collectivité). Pour chaque indicateur, afin de mener la comparaison, il est nécessaire de disposer du résultat et de leurs coûts respectifs. L'évaluation de la performance économique concerne donc la dernière colonne de la matrice, celle des coûts. La HAS propose de réaliser l'analyse des coûts à partir des coûts de production. La HAS définit les coûts de production comme l'« *ensemble des ressources consommées en biens et services et en temps pour produire les interventions sous étude (consommation de soins hospitaliers et ambulatoires, de biens médicaux, transports, temps des personnes auxquelles s'adresse l'intervention, etc.)* » (HAS, 2013a, p. 88).

La HAS identifie également des coûts de transition. Ils correspondent aux ressources mobilisées lors du changement de situation avant la phase de routine du projet de télémédecine (ex : coûts de formation). Tous les coûts considérés sont ainsi des coûts directs. La colonne des coûts de la matrice cherche donc à lister l'ensemble des ressources entrant dans le processus de production de l'acte de télémédecine. Deux types de ressources sont alors considérés. Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention d'une part (investissements, fonctionnement et maintenance, biens médicaux, temps des professionnels de santé, des patients et des aidants, formation des professionnels, éducation des patients, etc) et les ressources liées aux interactions de la télémédecine avec les autres services de soins d'autre part (soins hospitaliers, ambulatoires, biens et services, etc.). Ces interactions sont identifiées par leur accessibilité, l'organisation des soins et les pratiques professionnelles. Si la HAS présente la façon de recenser ces ressources, toutefois elle ne précise pas comment les évaluer. Enfin, les critères de qualité des soins et de qualité de la prise en charge sont considérés comme des ressources consommées qui peuvent être évalués en termes positif (coûts évités) ou négatif (coûts subis).

4.2.2. La mise en œuvre de l'évaluation dans l'expérimentation de l'article 36 : vers la *Bureaucratie publique*

L'Arrêté du 17 avril 2015 portant sur le cahier des charges des expérimentations dites articles 36 précise que l'évaluation est un outil d'aide à la décision des pouvoirs publics et conditionne la généralisation du déploiement de la télémédecine[89]. Il est par ailleurs précisé que l'évaluation comporte : « *une évaluation médico-économique de nature à fonder l'avis requis aux termes de l'article 57 de la LFSS pour 2015 en vue d'une inscription des actes expérimentés aux nomenclatures de l'assurance-maladie ; un élément de l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, nécessaire pour déclencher la procédure d'inscription accélérée des actes expérimentés dans la nomenclature* ». Le remboursement et la prise en charge généralisée des actes de télémédecine dépendent donc de la performance des expérimentations. Toutefois, il convient de préciser que la mise en œuvre de l'évaluation dans le cadre des expérimentations s'éloigne du cadre théorique initialement présenté pour évaluer la performance puisqu'il est évoqué dans le cahier des charges que l'évaluation « *consiste en outre à porter un jugement global sur l'impact des actes expérimentés en tenant compte des spécificités, notamment territoriales et organisationnelles, inhérentes à chaque région pilote, au moyen de critères d'évaluation communs permettant d'appréhender la multiplicité des dimensions en jeu* ».

Comparativement au cadre strict de méthodologie initialement proposé, l'évaluation des expérimentations prend donc en considération des éléments contextuels et institutionnels et s'éloigne donc des caractéristiques du modèle du *Gros embouteillage institutionnel* pour ici encore se rapprocher de celui de la *Bureaucratie publique*. Il est toutefois possible d'y retrouver tous les éléments de la performance entendue au sens du référentiel de marché (Le Goff et Nassiri, 2005 ; Le Goff-Pronost et Sicotte, 2010).

La grille d'évaluation des expérimentations articles 36 de la télémédecine se compose de cinq critères de jugement de la performance. Le premier critère est l'accessibilité aux soins. Il est mesuré selon le point de vue du patient (réduction des délais de prise en charge, temps de déplacement, renoncement au soin) et du point de vue de l'Assurance maladie (niveau de consommation de soin, coûts de transport, niveau de l'observance, nombre de kilomètres évités). Le deuxième critère d'évaluation concerne les pratiques professionnelles et

[89] Les modalités d'évaluation n'ont pas changé dans le nouveau cahier des charges mis en œuvre depuis mai 2016.

l'organisation des soins. L'évaluation concerne alors la mesure du temps passé à la réalisation d'un acte de télémédecine, la qualité de l'acte (mesurée à partir du taux de remplissage des documents numériques à compléter après chaque acte), du taux d'abandon et d'annulation des actes avant la fin de la réalisation. Toutes les pratiques pouvant être tracées informatiquement, cela facilite leur évaluation. Le troisième critère d'évaluation est la qualité de la prise en charge des patients. Les critères retenus permettent de connaître entre autres les taux de décès, d'hospitalisation et de passage aux urgences. Le quatrième critère est la satisfaction des patients. Il s'agit alors d'entretiens menés directement avec le patient. Enfin, le dernier critère est l'évaluation des coûts liés au recours aux soins de télémédecine. Il s'agit donc de la performance économique des expérimentations. L'arrêté mentionne que « *le déploiement des expérimentations de télémédecine repose sur une hypothèse d'économie induite au regard des coûts d'investissements et de fonctionnement* ». Il est alors précisé que l'Assurance maladie attend des expérimentations de la télémédecine des économies de coûts en matière de recours à l'hospitalisation, de transport, de consommables et d'actes médicaux. Il est toutefois attendu que la télémédecine puisse engendrer une augmentation de la consommation de soins si auparavant les malades renonçaient aux soins pour des questions de distance d'accès.

4.2.3. Les limites du *New public management* comme cadre d'évaluation de la performance

Les modalités d'évaluation proposées par le comité de pilotage du déploiement de la télémédecine que nous venons d'exposer soulèvent différentes interrogations quant à leurs objectifs et leur efficacité. La première concerne la pertinence de la temporalité de l'évaluation. En effet, rares sont les innovations majeures en matière de santé qui ont fait l'objet d'une évaluation économique en phase expérimentale (Pascal, 2012). La télémédecine repose sur des technologies qui ne sont pas encore arrivées à maturité et doivent faire face à différentes mesures d'ajustement avant d'être entièrement fonctionnelles. L'horizon temporel de l'évaluation de la télémédecine conditionne de ce fait les résultats obtenus de cette évaluation. Or, cet horizon temporel doit être suffisamment long pour permettre de mesurer les effets en termes de coûts et de performance en phase de routine. Ainsi, Christophe Pascal (2012) montre que les évaluations des projets sont actuellement menées au cours des deux ou trois premières années d'existence du projet puisqu'il s'agit de la durée moyenne des financements publics pour ces projets. Il relève alors les projets arrivent à maturité en

moyenne entre quatre et huit ans après leur mise en place selon leur degré de complexité et de concurrence.

La deuxième concerne l'analyse des coûts. Ces évaluations immédiates sont menées sur une activité peu développée à l'échelle nationale. Cela entraîne donc un faible taux d'utilisation des dispositifs de télémédecine dans la phase expérimentale des projets et engendre un coût moyen plus élevé qu'en phase de routine puisque les coûts fixes ont un étalement plus limité. Il est donc nécessaire qu'une phase d'appropriation des technologies et des usages soit respectée avant la mise en place d'une évaluation de la performance des dispositifs de télémédecine afin de ne pas créer un cadre concurrentiel néfaste à son déploiement.

Enfin, la dernière concerne les méthodologies initialement présentées par le comité national de pilotage du déploiement de la télémédecine. Puisque la temporalité de l'évaluation est restreinte, les experts se tournent vers des outils existants et la construction du modèle d'évaluation repose dès lors sur des connaissances dont la vérité scientifique n'est pas le critère principal de sélection. Les outils d'évaluation sont sélectionnés en fonction de leur disponibilité. Il n'y a pas de hiérarchisation des savoirs et les outils d'aide au recensement des connaissances ne sont pas mobilisés dans ces évaluations. La décision sur le choix des outils d'évaluation ne se fait donc pas en fonction d'une hiérarchisation des méthodes et des connaissances mais en fonction de la disponibilité de l'information. L'évaluation de la télémédecine en France se fait à l'aide d'outils utilisés à l'étranger sans pour autant que leur adaptabilité soit questionnée. La littérature support des évaluations met en évidence différentes études de cas de *success stories* de pays ou de projets particuliers desquels il tiré des enseignements performatifs (Duran-Arenas et Coburn, 2005). Cette littérature cherche avant tout à mettre en évidence l'efficience et la performance des projets de télémédecine à l'aide d'outils standardisés et normalisés communs à tous les projets et s'affranchit de l'analyse du cadre institutionnel propre à chaque système. Or nous avons mis en évidence dans la première partie que le contexte institutionnel conditionne l'organisation de la télémédecine et donc nécessairement sa performance. Cela met alors en évidence les limites de la soutenabilité de l'existence de *one best way*, telle que nous l'avons présenté dans le chapitre 1 (Cf. p. 59 et suivantes). Angélique Del Rey (2013) remarque ainsi, qu'« *au nom de la performance, on crée une mesure qui décolle de la réalité et ne mesure plus que la capacité du réel à se conformer à la mesure* » (p. 46).

La multidimensionnalité du réel est donc réduite à une unité unidimensionnelle, celle du chiffre. De fait, aucune singularité ne peut être prise en considération dans ces évaluations. Pourtant, dans le cas de la télémédecine, comme dans toute politique sociale, les relations individuelles, aussi nombreuses soient elles, restent singulières au sens de Lucien Karpik (2007). Dans les relations de télémédecine, les transferts de compétences, les mises en réseaux des professionnels de santé et les interactions avec les TIC font donc appel à un processus de coproduction, les relations engagées sont donc multidimensionnelles et singulières.

Réduire ces singularités à un chiffre associé à un coût et aboutissant à une mesure de la performance apparaît donc comme non approprié puisqu'aucun critère idiosyncrasique ne transparaît. Malgré ces paradoxes, Florence Jany-Catrice (2012b) montre que les individus ont intériorisé ce processus d'évaluation fondé sur le chiffre. Le chiffre crée un effet de pouvoir au sens de Michel Foucault (1994), et la souveraineté de l'évaluation fait consensus.

Toutefois, il est possible de noter qu'entre les recommandations du comité de pilotage du déploiement et les modalités effectivement retenues pour l'évaluation des expérimentations au titre de l'article 36, des modifications ont été apportées et des critères institutionnels ont été introduits. Ici encore, il est donc possible de constater un glissement du modèle *Gros embouteillage institutionnel* vers celui de la *Bureaucratie publique*. Il convient dès lors d'analyser la trajectoire globale du modèle hybride du *New public management* qui sert de support à la gouvernance de la télémédecine en France.

5. Trajectoires d'hybridation et performance du modèle productif organisationnel de la télémédecine

Nous venons de mettre en évidence dans les quatre premières sections de ce chapitre les modalités d'application du modèle de gouvernance du déploiement de la télémédecine. En effet, les modalités de l'action publique dans la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine reposent sur les différents principes et dispositifs qu'il est possible d'attribuer soit à la forme du *Gros embouteillage institutionnel*, soit à celle de la *Bureaucratie publique* formant un nouveau modèle hybride. Il convient à présent de mettre en évidence la viabilité sur le long terme de ce modèle. Pour ce faire, nous présentons dans un premier temps les différentes trajectoires que peuvent suivre les modèles hybrides au sens de Robert Boyer

(1997) (5.1). Puis nous présentons les performances qui peuvent en être attendues (5.2). Enfin, nous présentons les résultats de la confrontation de ces trajectoires et de la performance du modèle hybride du déploiement de la télémédecine (5.3).

5.1. Les cinq trajectoires des modèles productifs hybrides

Robert Boyer (1997) met en évidence cinq configurations de modèles productifs, c'est-à-dire de leur mise en application concrète, quel que soit le modèle initial. Il est possible de reprendre ces configurations en vue de l'application au modèle productif de l'action publique en faveur de la télémédecine. La présentation faite par Robert Boyer (1997) est directement appliquée au modèle productif de l'industrie automobile. Nous cherchons ici à en déduire les éléments génériques de caractérisation des modèles productifs en n'abordant pas la question du profit comme le fait Robert Boyer, mais en dégageant des éléments sur la performance. Nous extrapolons pour cela l'analyse réalisée par Robert Boyer. Indépendamment de la forme d'hybridation du modèle productif, différentes configurations peuvent être mises en évidence et tiennent compte des spécificités du modèle et de celles du territoire d'accueil. Cinq configurations peuvent être mises en évidence.

La première configuration est l'hybridation avortée. Dans ce cas, l'hybridation aboutit à un échec ou à une stagnation d'un modèle transitoire sans finalité. Cette configuration est le résultat d'un blocage à la mise en place d'un modèle productif pourtant collectivement jugé comme supérieur. Ce blocage est dû à l'existence d'institutions économiques, financières, politiques ou sociales historiquement ancrées sur le territoire et qui rendent inapplicable ou inefficace un nouveau modèle productif pourtant jugé comme supérieur et qui a fait ses preuves sur d'autres territoires. L'échec du modèle productif peut alors être associé à la contradiction entre un principe productif fort et des relations sociales qui assurent la cohésion dans un espace social, politique et économique. Autrement dit, le nouveau modèle productif ne permet pas de rendre cohérents les dispositifs institutionnels avec le régime économique de fonctionnement.

La deuxième configuration présentée est l'hybridation comme extension et généralisation d'un principe productif fort. Cette fois, le principe productif fort n'est pas en contradiction avec les logiques socio-économiques locales. Toutefois, ce principe productif est le seul à être conservé du modèle original. Les autres éléments du modèle productif

hybride sont repris d'un modèle local antérieur qui a rencontré un succès sur le marché domestique et qui minimise donc la variabilité par rapport au modèle productif initial.

La troisième configuration est l'hybridation par l'exportation du modèle productif local. Robert Boyer (1997) met en évidence que cette configuration est *a priori* paradoxale. Cette configuration est pourtant viable lorsque la logique productive locale est dans une phase de blocage. Le modèle productif initial peut être bloqué par une inadéquation entre ses dispositifs institutionnels et l'évolution de ses logiques socio-économiques au sein de son espace. Le progrès technique peut par exemple être à l'origine d'une nouvelle répartition entre le capital et le travail mais les dispositifs institutionnels locaux ne permettent pas d'améliorer la productivité. Pour permettre l'essor du modèle productif local, son externalisation est nécessaire. Le modèle recherche donc d'autres espaces institutionnels pour s'épanouir davantage.

La quatrième configuration est la recherche à l'extérieur d'un espace favorable à l'affirmation d'un modèle productif incompatible avec le contexte d'origine. La différence avec la configuration précédente est que cette fois, il en va de la survie du modèle productif alors que précédemment il n'était question que de l'accroissement du modèle. Ici, l'incompatibilité entre les dispositifs institutionnels et la logique socio-économique rend impossible la mise en œuvre du modèle productif. La délocalisation devient alors la seule logique productive envisageable. L'environnement institutionnel local est devenu incompatible avec la logique productive.

La cinquième configuration est l'hybridation comme invention et conséquence de l'incompatibilité initiale entre le territoire d'accueil et le principe fort du modèle. Dans cette configuration, la logique doit être étudiée en dynamique. Pour les autres configurations, cela n'est pas nécessaire dans le sens ou la logique est la même à toute les périodes. Ici il est possible de distinguer deux périodes. Dans la première, il existe un conflit entre l'espace institutionnel et le principe fort du modèle qui mène à l'échec de la mise en place de la logique productive. Dans la seconde période, soit l'échec se confirme et le modèle est abandonné, soit il se transforme vers un modèle nouveau qui ne correspond ni au modèle d'origine extérieur, ni au modèle domestique existant. Il s'agit alors d'un modèle productif nouveau suivant une trajectoire qu'il n'est possible de rattacher à aucun modèle d'origine. Un apprentissage organisationnel nouveau doit alors se mettre en place.

Robert Boyer note par ailleurs l'absence de convergence des trajectoires vers un modèle d'hybridation unique. Pour le comprendre, il est nécessaire de revenir à la définition primaire de modèle productif. Les logiques organisationnelles de la production et les formes

institutionnelles qui les encadrent sont complémentaires et ne peuvent pas être fonctionnelles indépendamment l'une de l'autre. Le choix du modèle productif doit donc être pensé en tenant compte de l'efficacité d'ensemble et non pas en fonction de l'efficacité des dispositifs pris individuellement. Cela pose alors la question de la performance intrinsèque de chaque combinaison de logique organisationnelle de production et de l'environnement institutionnel du contexte local historique. Autrement dit, la performance de chaque couple modèle de gouvernance/environnement institutionnel est intrinsèque à chaque modèle productif. D'où le maintien d'une pluralité de trajectoires. La performance de l'hybridation du système productif dépend donc de la trajectoire de l'hybridation.

5.2. La performance des modèles hybrides

La performance des modèles productifs hybrides s'apprécie au regard de leur efficacité organisationnelle, compte tenu de l'environnement institutionnel. La performance de ces modèles doit donc être appréciée comparativement au modèle initial domestique. Cinq principales trajectoires performatives peuvent alors être mises en évidence (Boyer, 1997).

La première révèle un indice de performance relative mauvais et décrit une organisation productive en complète contradiction avec l'environnement institutionnel d'accueil. Dans ce cas, la performance du modèle hybride n'atteint jamais celle du modèle original ni celui domestique qu'il remplace. L'espace local anéantit les sources d'efficacité originales du modèle. L'environnement social, politique et économique n'est pas adapté au modèle organisationnel productif. C'est donc un échec du modèle productif par effondrement.

La deuxième trajectoire performative évoque l'implantation d'un modèle productif qui permet dans un premier temps d'améliorer la performance du modèle domestique par un apprentissage des méthodes du modèle en phase d'hybridation. Toutefois, dans une seconde période, le modèle organisationnel de production ne s'adapte pas aux modalités de gouvernance et le processus d'assimilation est stoppé. Il est même possible de constater une marche arrière dans les modalités organisationnelles. Dans cette configuration, le succès initial escompté est en réalité rapidement suivi par une détérioration de la performance. L'expérimentation est généralement stoppée.

La troisième trajectoire performative correspond à une première phase identique à la précédente mais la seconde phase diffère. Le processus d'apprentissage continue, toutefois, certaines logiques socio-économiques telles que les modalités de rémunération ou les

conditions de mises en œuvre des échanges ne permettent pas d'atteindre le niveau espéré de performance bien que celui-ci soit supérieur au niveau du modèle domestique initial. Il s'agit alors d'une convergence partielle qui traduit une hybridation imparfaite entre le modèle de référence et le modèle domestique.

La quatrième trajectoire performative possède également la première phase que les deux précédentes, mais la seconde se caractérise par un processus d'apprentissage qui se traduit par une assimilation complète du modèle de référence. Il n'y a pas de blocage à l'introduction des procédures et mises en œuvre organisationnelles du modèle de référence. Cela signifie que le contexte institutionnel du territoire de référence est similaire au territoire d'accueil. Il y a donc une convergence complète entre les performances du modèle de référence et celles sur le territoire d'accueil en lien avec la découverte d'équivalents fonctionnels.

Enfin, la dernière trajectoire performative est également identique aux précédentes pour la première phase. Dans la seconde phase, le modèle de base est parfaitement intégré au nouvel espace d'accueil au sein duquel les logiques organisationnelles sont encore plus exploitées que dans le modèle de référence. Dans cette trajectoire, l'élève dépasse le maître en matière de performance. La performance sur le territoire d'accueil est alors supérieure à celle attendue sur le territoire de référence. L'hybridation a permis des innovations qui ont permis de dépasser le seuil atteint sur le territoire de référence.

De ces différents enseignements il est donc possible de mettre en évidence la situation dans laquelle se trouve le modèle organisationnel de télémédecine tant du point de vue de la configuration du modèle productif hybride que de celui de la performance de ce modèle.

5.3. Trajectoire et performance du modèle de gouvernance de la télémédecine

À l'image du modèle national du *New public management* à la française, il est possible de caractériser le modèle organisationnel productif de la télémédecine de modèle composite issu des deux modèles hybrides *Gros embouteillage institutionnel* et *Bureaucratie publique.* Toutefois, contrairement au modèle national, dans celui de la gouvernance de la télémédecine il est possible d'identifier une prédominance de la forme *Bureaucratie publique*. En effet, si la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, telle qu'elle est présentée dans les textes, laisse suggérer un modèle de gouvernance de type *Gros embouteillage institutionnel*, dans les faits, le modèle apparaît davantage lié à l'hybridation *Bureaucratie publique*. Le

comité de pilotage national du déploiement de la télémédecine a présenté le projet comme la mise en place parfaite du modèle de *Gros embouteillage institutionnel*. En effet, dans la stratégie révélée en 2010, les trois points fondamentaux du modèle hybride du *Gros embouteillage institutionnel* sont présentés. Le premier précise que la télémédecine doit permettre un rapprochement entre la ville et l'hôpital, autrement dit entre le secteur public et le secteur privé comme le montre le tableau 17.

Tableau 17 – Les différentes configurations de coopérations public-privé

Médecin requérant	Médecin requis
Privé libéral	Privé libéral
Privé libéral	Privé salarié
Privé libéral	**Public**
Privé salarié	Privé salarié
Privé salarié	Privé libéral
Privé salarié	**Public**
Public	Public
Public	**Privé libéral**
Public	**Privé salarié**

Lecture : Chaque ligne du tableau représente une configuration de coopération dans la réalisation d'un acte médical. Les configurations en gras représentent les modalités de coopération public-privé introduites par la reconnaissance juridique de la télémédecine.
Source : HAS (2013b)

Cette coopération public-privé dans la fourniture de services médicaux passe alors par la contractualisation des échanges et cette contractualisation est encadrée par l'ARS. La puissance publique met en œuvre à l'échelle locale les modalités de gouvernance de l'organisation de télémédecine. L'externalisation d'une partie de l'activité de production de soins, la réalisation de l'acte technique, doit donc permettre d'accroitre la compétitivité. La réglementation qui encadre les échanges est toutefois très forte, un ensemble de normes de production du soin et d'encadrement du l'utilisation des outils techniques est produit.

La deuxième caractéristique du modèle hybride *Gros embouteillage institutionnel* est la mise en œuvre de modalités de rémunération conditionnelles. Le cadre de la rémunération de la pratique de la télémédecine incite le professionnel de santé à utiliser les dispositifs dédiés et accrédités par l'ASIPSanté. Le niveau de la rémunération est conditionné par l'utilisation de ces dispositifs. Ils permettent en effet de renseigner un nombre important d'informations sur la pratique télémédicale (temps de consultation, temps d'édition des rapports, processus de diagnostic).

Enfin, la troisième caractéristique est l'intérêt porté à l'efficience de la pratique. Toutes les modalités de mise en œuvre de la télémédecine sont pensées dans le but de pouvoir en évaluer la performance. La volonté de réduire les comportements opportunistes et la circulation de l'information entre les professionnels de santé de différents statuts doit permettre d'améliorer la performance du service rendu et les dispositifs technologiques doivent en faciliter son évaluation.

Dans son élaboration, la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine correspond en tout point au modèle hybride du *Gros embouteillage institutionnel*. Dans les faits, le modèle correspond davantage à celui de la *Bureaucratie publique*. Cela s'explique par la trajectoire suivie du modèle. En effet, nous avons précédemment mis en évidence cinq trajectoires possibles de chaque modèle hybride. Il semble que la trajectoire suivie par la télémédecine soit comprise entre celle de l'hybridation avortée et celle de l'hybridation comme extension et généralisation d'un principe productif fort. En effet, le seul principe qui semble réellement adopté dans la trajectoire d'hybridation du modèle est celui de l'évolution des coopérations médicales en vue d'améliorer la performance du modèle, bien que celles-ci s'inscrivent dans un cadre contractuel différent de celui attendu par le modèle théorique. Pour le reste, les logiques socio-économiques antérieures du modèle canonique semblent persister et bloquer la mise en œuvre du modèle hybride *Gros embouteillage institutionne*l. En effet, l'évolution des dispositifs institutionnels semblent bloquée par les logiques de production et d'échange dans leurs mises en œuvre. La présence d'un principe fort du modèle d'hybridation et le blocage du territoire d'accueil laissent donc penser que la trajectoire d'hybridation est à mi-chemin entre l'hybridation avortée et l'hybridation par extension d'un principe fort. Par ailleurs, les dernières décisions prises par la comité de pilotage national par le biais du nouveau cahier des charges de l'article 36 en vigueur depuis mai 2016, à savoir la volonté affichée de supprimer la contractualisation par le biais de l'ARS et de modifier les modalités de rémunération conditionnelles et de donner une moindre considération aux plateformes régionales de télémédecine laisse supposer un changement de trajectoire dans la forme de la gouvernance et donc de l'action publique. En effet, la recentralisation des modalités de contractualisation avec l'abandon des formes contractuelles initialement prévues et l'abandon des fromes de rémunérations conditionnelles laissent penser que la trajectoire d'hybridation avortée sera celle adoptée sur le long terme.

En termes de performance de la trajectoire, la politique publique de support de la télémédecine est encore trop récente pour pouvoir tirer des conclusions en termes de performance du modèle puisque le nombre de projets en phase de routine n'est pas significatif

pour évaluer la performance. Toutes les évaluations de projet en cours n'ont toutefois pas permis de mettre en évidence une efficacité productive de la télémédecine supérieure. Plusieurs *scenarii* sont cependant envisageables en fonction de la trajectoire qui sera celle de long terme. Si la trajectoire de long terme suit effectivement le modèle de *Bureaucratie publique*, la performance risque de suivre la deuxième trajectoire évoquée par Robert Boyer (1997), c'est-à-dire une détérioration de la performance qui amène à stopper l'expérimentation du modèle. Si le modèle organisationnel n'est pas en cohérence avec les modalités de gouvernances, alors l'apprentissage ne sera pas assimilé et le modèle échouera.

En revanche, si le modèle de *Gros embouteillage institutionnel* réussi à s'imposer, il est possible que la performance soit celle décrite dans la quatrième trajectoire. Le modèle de *New public management* peut alors être pleinement assimilé. Il n'y aura à terme plus de blocage entre le modèle organisationnel et la forme de gouvernance.

Enfin, si la situation intermédiaire perdure, c'est-à-dire un modèle composite entre les formes hybride de *Gros embouteillage institutionnel* et de *Bureaucratie publique*, alors la trajectoire de performance du modèle pourra être comparable à celle de la troisième trajectoire. En effet, ce cas qui semble être celui actuel traduit l'idée que certaines logiques socio-économiques telles que les modalités de rémunération des actes de télémédecine ou les conditions de la coordination entre les acteurs du privé et du public et les conditions des contrats qui les lient ne permettent pas d'atteindre le niveau espéré de performance du modèle bien que celui-ci soit supérieur au niveau du modèle domestique initial. Ce résultat traduira alors une convergence partielle vers le modèle de référence et dont une hybridation imparfaite entre le contexte domestique et le modèle de référence. La trajectoire effectivement suivie dépendra de la façon dont vont évoluer les rapports de force entre les différentes organes de régulation de la télémédecine. C'est alors l'objet d'analyse du chapitre suivant.

Conclusion

L'objectif global de notre recherche est de mettre en évidence les raisons du faible développement de la télémédecine sur le territoire française, et ce malgré la mise en œuvre d'une politique publique dédiée au soutien à la pratique. Nous avons alors démontré dans la première partie de cette thèse que, paradoxalement, l'action publique menée dans le cadre de cette politique pouvait être à l'origine même du blocage. En effet, la littérature a pointé le fait que le cadre politique est la seule variable explicative significative du niveau de

développement de la pratique au sein d'un pays. D'autres variables telles que la démographie médicale, la structure de la population ou encore l'isolement des territoires peuvent entrer en compte mais ne constituent pas des facteurs significatifs du niveau de développement. Dès lors, nous avons recentré nos recherches sur l'analyse de la politique de télémédecine et avons pointé qu'elle s'inscrit dans un cadre global de politiques publiques associé à un référentiel particulier, le référentiel de marché qui représente la pensée dominante en matière d'intervention publique dans la sphère économique depuis le début des années 1980.

L'objectif de ce chapitre était alors de repositionner la gouvernance de la télémédecine, entendue comme la mise en œuvre de la politique de télémédecine, dans ce contexte particulier. Nous avons alors mis en évidence que pour toute action menée dans le cadre de cette gouvernance, il est nécessaire de procéder à un arbitrage entre le respect des dispositifs institutionnels sectoriels historiques de la production de soin, et la mise en œuvre des principes du *New public management* à la française. L'application de la politique sectorielle de la télémédecine est donc conditionnée par sa cohérence, non seulement avec le cadre idéologique de l'action publique menée à l'échelle globale, mais également avec son insertion dans le contexte local de la production de soin. Dès lors, nous avons mis en évidence que pour les quatre principales caractéristiques de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine que sont (i) l'externalisation d'une partie de la production de soins hospitaliers, (ii) l'encadrement de l'interopérabilité des systèmes d'information de télémédecine, (iii) la détermination de modalités de rémunération incitatives et (iv) l'évaluation de la performance de l'action publique, la logique était la même. Pour chacune de ces caractéristiques, les institutions en charge de la gouvernance de la télémédecine prônent la mise en œuvre d'actions qui s'inscrivent dans le modèle hybride du *Gros embouteillage institutionnel* du *New public management* et proposent un réaménagement complet du modèle organisationnel de la production des soins. Dans les faits, les applications effectives de la politique de télémédecine s'inscrivent dans une logique qu'il est possible d'associer au modèle hybride de la *Bureaucratie publique*. Chaque mesure qui vise à introduire des mécanismes concurrentiels dans l'organisation de la production de soins est systématiquement contrebalancée par le renforcement de l'intervention de l'État pour encadrer ces mécanismes. *In fine*, dans les faits, les mécanismes concurrentiels sont abandonnés, mais l'intervention de la puissance publique perdure. Si le modèle du *New public management* à la française se caractérise par plus de mécanismes concurrentiels et plus d'État, l'application sectorielle pour la télémédecine se traduit uniquement par plus de règles. La modernisation de l'organisation des soins n'est faite qu'à la marge et les résultats observés sont ceux mis en évidence par la DGOS : la

télémédecine n'est toujours pas pratiquée en ville et en lieu et place d'un transfert de compétences entre la ville et l'hôpital s'opère un renforcement de l'hospitalo-centrisme.

Dès lors, les objectifs affichés par la puissance publique ne sont pas atteints et la trajectoire suivie par le modèle productif de l'action publique sectoriel en faveur de la télémédecine laisse entrevoir l'échec de l'hybridation. En effet, nous avons mis en évidence, dans la dernière partie de ce chapitre, que selon le niveau d'atteinte des objectifs attribués à la politique de télémédecine, différentes trajectoires sont envisageables pour le modèle productif hybride. L'évolution actuelle du déploiement laisse effectivement penser à l'échec du modèle sur le long terme.

Chapitre 5
La trajectoire d'hybridation du modèle : stigmate des rapports de force dans le déploiement de la télémédecine

Introduction

Nous venons de mettre en évidence, dans le chapitre précédent, que la trajectoire du modèle productif sectoriel du *New public management* dédié à la télémédecine dévie de son axe initial. D'un modèle hybride davantage axé vers le *Gros embouteillage institutionnel*, la gouvernance de la télémédecine s'oriente vers la *Bureaucratie publique*. Nous cherchons, dès lors, à comprendre pourquoi la mise en œuvre du déploiement de la télémédecine s'oriente davantage vers ce modèle, alors même qu'il ne permet pas d'atteindre l'efficience productive espérée par le Comité national de pilotage et risque de causer l'échec du déploiement de la télémédecine. En effet, pour répondre aux objectifs qui lui sont attribués, ce modèle productif se devrait d'aller principalement vers le celui de *Gros embouteillage institutionnel*.

L'hypothèse faite dans ce chapitre est alors celle d'un conflit entre les échelles de régulation des projets de télémédecine. Nous cherchons dès lors à définir et caractériser ce conflit et ses origines. Il apparaît ainsi que la régulation du déploiement de la télémédecine, telle qu'elle est présentée par la politique dédiée à la pratique, se matérialise uniquement par une gouvernance externe de la production de télémédecine. Cette régulation externe se fait à deux niveaux : (i) un niveau national qui est assuré par le comité de pilotage en charge de la formulation des règles générales et (ii) un niveau régional qui est régi par les Agences régionales de santé (ARS) et qui ont pour mission la maîtrise d'œuvre locale du déploiement. Toutefois, une troisième échelle de régulation semble échapper à la politique de télémédecine, celle de la régulation interne des projets, qui est assurée par la profession médicale et ses représentants. Compte tenu de l'existence de ces dimensions internes et externes de régulation, il est possible d'expliquer la trajectoire du modèle productif de la gouvernance de la télémédecine par un conflit de représentation de l'activité entre ces deux échelles de régulation de la pratique. L'échelle régionale de régulation, assurée par les ARS est mise en tension entre les deux autres, nationale et interne, ce qui peut expliquer la déviation du modèle productif du *New public management*, la trajectoire du *Gros embouteillage institutionnel* n'étant pas soutenable dans ce rapport de force.

Le rôle de ces différentes échelles[90] de régulation est pourtant *a priori* le même : il s'agit d'encadrer les modalités des échanges et donc de proposer des mécanismes de coordination pour que la production de télémédecine ait lieu. Ces mécanismes de coordination correspondent aux différentes règles qui encadrent les échanges. Dès lors, à chaque échelle de régulation peut être associée une forme de règle particulière, c'est-à-dire un mécanisme de coordination singulier. Or, dans la logique idéologique des théories supports du *New public management*, un de ces mécanismes de coordination échappe à l'analyse du modèle productif, celui des conventions. Dès lors, nous mobilisons le cadre analytique de l'Économie des conventions pour mettre en évidence l'interaction entre ces mécanismes de coordination et analyser les raisons de la trajectoire du modèle productif. En effet, l'Économie des conventions met en évidence la coexistence de trois règles élémentaires de coordination : les règles hétéronomes, les règles contractuelles et les conventions (Cf. encadré 14).

Encadré 14 – les échelles de régulation, supports multiples de coordination

L'Économie des conventions peut apporter des éléments de compréhension à la trajectoire du modèle organisationnel de la télémédecine, là où les théories standards et standards étendues peinent à mettre en évidence les raisons d'existence de ces zones de tensions. La spécificité de l'Économie des conventions, dans l'interprétation de la régulation, est de mettre en évidence l'aspect non intentionnel de certaines formes de coordination et la mise en place d'accords particuliers dans la confrontation de volontés individuelles (*Cf.* encadré p. 322 pour la présentation de l'Économie des conventions) (Batifoulier, 2001 ; Bessy et Favereau, 2003 ; Favereau, 2002 ; Thévenon, 2006). L'Économie des conventions permet de recadrer les modalités de coordination conventionnelles dans la pratique de la télémédecine au sein des autres formes de coordination qui encadrent la pratique et de mettre en évidence les conflits qui existent entre ces différentes échelles de coordination. Elle permet aussi d'étudier comment les différentes règles de coordination peuvent infléchir ou non le comportement individuel ou collectif et comment les décisions prises au sein du comité de pilotage de la stratégie nationale de déploiement peuvent façonner ou modifier les règles qui guident les comportements des acteurs participant aux projets.

Ainsi, les politiques publiques, dans leur mise en œuvre peuvent renforcer ou remettre en cause le statut de certaines règles informelles. Dès lors, le cadre analytique de l'Économie des conventions fournit des éléments explicatifs à la trajectoire actuelle du modèle productif de la télémédecine. En effet, si les échelles de coordination sont plurielles, la trajectoire du modèle productif du *New public management* est singulière et résulte de la confrontation de ces différentes échelles de coordination. L'Économie des conventions met en évidence la coexistence de trois grandes règles élémentaires de coordination qui s'articulent entre elles : les règles hétéronomes (i), les règles contractuelles (ii) et les conventions (iii) (Batifoulier et Thévenon, 2001 ; Ramaux, 1996).

Les règles hétéronomes représentent un mode de coordination qui s'impose aux différentes parties prenantes de la transaction. Il s'agit de règles formelles voire juridiques qui peuvent être qualifiées de prescriptives. Ces règles contraignantes influencent les échanges. Dans le cadre de la télémédecine, il s'agit des modalités de coordination de l'échelle externe nationale. Ce sont toutes les règles nationales et supranationales, légales, normatives et réglementaires qui encadrent formellement la pratique de la médecine et de la télémédecine. Nous allons montrer que pour pratiquer la télémédecine, les acteurs doivent respecter

[90] Ces différentes échelles peuvent être définies comme des organisations hybrides au sens de Williamson, c'est-à-dire comprises entre le marché et la hiérarchie. Les modalités de coordination sont donc des formes contractuelles qui oscillent entre le contrat classique et le contrat de substitution (*Cf.* chapitre 3).

un ensemble de règles hétéronomes qui dépassent le champ strict de la télémédecine. Les règles nationales qui régissent la pratique s'appuient sur d'autres cadres formels qui dépassent la pratique de la télémédecine. La télémédecine doit respecter les règles de droit qui encadrent l'activité de soin dans sa globalité.

Les contrats sont, quant à eux, des règles de coordination qui sont éditées à la suite d'une négociation entre les acteurs lors d'une transaction. En cela, la définition du contrat est semblable à celle donnée par la théorie des coûts de transaction. L'asymétrie d'information est importante et l'opportunisme des agents peut être préjudiciable lors de la transaction. Le contrat est la règle de coordination qui régit les relations entre les acteurs des projets de télémédecine et les ARS, c'est-à-dire le mécanisme de coordination de l'échelle externe régionale de régulation de la télémédecine. Les contrats régionaux de télémédecine tels que nous les avons définis précédemment (Cf. p. 138), correspondent à des contrats d'usage (Ramaux, 1996) ; ils n'impliquent pas de réciprocité dans l'accord, sont négociés entre partenaires institutionnels collectifs (ARS et porteur de projet de télémédecine), et précisent les règles d'usage collectives de l'activité de télémédecine.

Enfin, les conventions sont des règles issues d'une construction sociale (Batifoulier, 2001). Elles sont donc simultanément un dispositif de coordination et le résultat de cette coordination. La convention est une règle qui se situe entre l'accord et la contrainte. Il s'agit de règles de fonctionnement, ancrées dans le collectif, pour lesquelles l'intentionnalité est donc médiane. L'origine des conventions est issue des interactions sociales. La convention est le mécanisme de coordination de l'échelle interne de la régulation de la télémédecine.

Chacune de ces règles possède des caractéristiques intrinsèques qui mettent en évidence la pluralité des registres du mode de régulation d'un projet de télémédecine et qui peuvent expliquer la trajectoire actuelle du modèle productif du *Gros embouteillage institutionnel* vers la *Bureaucratie publique*. L'Économie des conventions, en étudiant les modalités de coordination dans une situation d'incertitude, met en évidence l'importance d'étudier les interactions entre les différents registres de règles. Ainsi, pour rendre compte de la coordination d'acteurs, il est nécessaire d'étudier en dynamique les relations entre les règles et non de les étudier comme des échelons qui se juxtaposent. Chaque règle élémentaire possède donc une importance particulière pour comprendre le fonctionnement des projets de télémédecine et le comportement des participants. Souligner la pluralité des règles élémentaires de coordination permet donc de comprendre la diversité des registres de régulation et les zones de tension qui peuvent exister entre eux.

Il semble alors que la politique de télémédecine ait été construite en tenant compte de la nécessité d'encadrer les échanges, notamment pour contenir les comportements productifs qualifiés de déviants, mais qu'aucune réflexion n'ait été menée sur le rôle que ces dispositifs de coordination peuvent avoir sur la détermination des échanges. En d'autres termes, la politique publique a introduit des dispositifs de coordination sans s'interroger sur le fait que ces mêmes dispositifs peuvent être à l'origine du blocage de la transaction, trop de règle nuit alors à la règle[91]. Dès lors, s'il n'y a pas échange, il n'est pas nécessaire qu'il y ait

[91] Nous montrerons dans la suite de ce chapitre que ce n'est pas tant la quantité de règles qui pose problème dans le déploiement de la télémédecine mais le fait que l'intervention de la puissance publique se renforce au détriment des décisions prises par les partenaires sociaux. Autrement dit que les règles coercitives supplantent les règles négociées (*Cf.* p. 31).

encadrement des échanges. Or, telle que les échelles de régulation sont présentées, il semblerait qu'elles obstruent la mise en œuvre des échanges dans la production de la télémédecine.

Dans les trois premières parties de ce chapitre, nous présentons et analysons chacune des modalités de coordination des échelles de régulation de l'activité de télémédecine. Dans une première partie, nous caractérisons l'échelle de régulation externe nationale de l'activité et mettons en évidence que la norme, tant médicale que technique, est l'outil principal de coordination (1). Nous analysons ensuite l'échelle de régulation régionale. L'ARS représente alors l'institution en charge de la régulation régionale du déploiement de télémédecine et la coordination se fait par le biais de contrats. Nous analysons alors le contrat de télémédecine afin de mettre en évidence dans quelle mesure il peut être considéré ou non comme un contrat au sens de la théorie de l'agence. La présentation des deux premières modalités de coordination révèle qu'il s'agit d'outils types du *New public management* à la française (2). Dans une troisième partie, nous nous focalisons sur l'échelle de régulation interne de la pratique de la télémédecine. À cette échelle, la régulation est assurée par les représentants des médecins. L'instrument de coordination est la convention (au sens de l'économie des conventions, et non en référence à la convention médicale). Cette modalité de coordination n'est pas prise en considération dans la politique publique de télémédecine (3). Dès lors, en mobilisant le concept de *cité*, nous mettons en évidence en quoi différentes contradictions existent entre les mécanismes de coordination du *New public management* à la française et ceux de l'échelle de régulation interne. Cela nous permettra alors d'apporter des éléments de réponse à l'absence de déploiement significatif de la télémédecine sur le territoire national. Nous montrons alors que la trajectoire du *New public management*, dans le cadre du nouveau cahier des charges des expérimentations de l'article 36, s'oriente significativement vers la *Bureaucratie publique* (4).

1. Régulation externe nationale et règles hétéronomes : normalisation de l'activité de télémédecine

L'échelle nationale de la régulation externe coordonne l'activité de télémédecine par le biais de règles juridiques dédiées mais également par un ensemble de normes plus vastes qui s'appliquent à la pratique de la médecine dans son ensemble. Dès lors, cette échelle joue un double rôle. En effet, c'est à cette échelle que s'appliquent les règles hétéronomes antérieures

qui ont permis aux premiers projets de télémédecine de se coordonner (*Cf.* encadré ci-dessous), mais s'y trouvent également les règles nouvelles dans lesquelles s'inscrit l'institutionnalisation de la pratique.

Encadré 15 – Les trois stades de maturité de la coordination d'une organisation productive en réseaux

La production de télémédecine se fait au sein de projets dont il est possible de comparer le modèle productif à celui des réseaux. En reprenant les travaux réalisés sur les modalités de coordination des réseaux, de façon générale et non seulement dans le cadre des réseaux en santé, il est possible de mettre en évidence trois stades dans les organisations productives et à chaque phase peut être associée une étape de maturation de la coopération et de la coordination des acteurs. Le rôle des règles élémentaires évolue à mesure que le projet gagne en maturité. Christophe Assens et Philippe Accard (2007) ont mis en évidence, en reprenant les travaux d'Hayek sur les règles sociales qui régissent les ordres fabriqués, que trois stades étaient nécessaires pour arriver à la maturité de toute organisation sous forme de réseaux. Cela rejoint également les conclusions de Robert Boyer (1997) sur les différents stades par lesquels passent les modèles productifs hybrides dans la maturité de leurs règles de coordination et de régulation.

Le premier stade est l'existence de règles non spécifiques qui régulent les échanges au cours de modalités de coopération répétées entre des acteurs qui ont des objectifs communs. Ces règles sont les règles de droit général ; elles pré-existent à la création du réseau et ne s'appliquent pas de façon parfaite à l'organisation en question. Dans un premier temps, en l'absence d'autres modalités de coordination, le respect de ces règles est le seul moyen qui permette d'accroitre l'efficacité lors d'échanges répétés. Ces modalités précèdent la mise en place de conventions.

Les conventions sociales représentent alors le deuxième stade de la coordination. Les conventions émergent progressivement et entraînent une plus grande équité entre les différents acteurs dans la répartition des bénéfices de leur regroupement. Les conventions permettent la création d'un capital social et des accords implicites sont passés en ce qui concerne la coopération au sein du réseau. Les conventions ont pour rôle principal de réduire les incertitudes laissées par la règle de droit d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'une législation propre à l'activité pratiquée dans le réseau. Les conventions permettent donc de faire évoluer l'organisation vers des routines de coopération et d'acquérir des automatismes qui s'avèrent être des modalités de coordination moins onéreuses. Ces conventions peuvent reposer sur la qualité ou sur l'activité[92]. La convention apparaît alors comme le mécanisme de coordination principal. Il devient dès lors coûteux de modifier les modalités de coordination déterminées de façon implicite par la convention. À mesure que des nouveaux acteurs rejoignent les projets ou que de nouveaux réseaux similaires sont créés, il est plus aisé d'éditer des règles formelles que de communiquer les accords informels qui régissent le fonctionnement de la coordination.

L'édiction de règles formelles représente le troisième stade de maturité de l'organisation. L'institutionnalisation traduit l'instauration de règles normatives spécifiques à l'organisation. Malgré cette institutionnalisation, les conventions ne disparaissent pas, elles permettent d'interpréter les imperfections de la règle de droit (Assens et Accard, 2007).

Dans le cas de la télémédecine, le passage du stade de la convention à celui de la règle de droit pose problème. L'institutionnalisation de la télémédecine, c'est-à-dire la mise en œuvre de la troisième phase de coordination, semble en rupture avec la phase précédente et les conventions pré-existantes. Ainsi, Anne Buttard et Maryse Gadreau (2008b) mettent en évidence que la règle de droit qui encadre les réseaux peut instiguer la dynamique du compromis mais ne peut pas se substituer à celui-ci. Ainsi, l'Économie des conventions propose une nouvelle lecture de la coordination particulièrement utile à la compréhension des formes de coopérations dans les modèles productifs hybrides.

[92] Nous détaillons la convention d'activité dans la section 3.2 de ce chapitre, pour une présentation de la convention de qualité se référer à François Eymard-Duvernay (1989).

Depuis la fin du XXe siècle, l'encadrement législatif de la pratique médicale est marqué par un *développement tentaculaire du droit* (Laude, 2009) et donc un renforcement de l'échelle nationale de régulation de l'activité. Le droit, dans le champ de la santé se développe principalement autour d'une *soft law* (Laude, 2005). Cette qualification qui signifie *droit mou* renvoie à un ensemble de règles juridiques ou déontologiques d'encadrement de la pratique médicale qui émane non seulement d'institutions nationales mais également d'un ensemble de référentiels normatifs plus large tel que les recommandations de bonnes pratiques ou les *guidelines*. Il est alors possible de parler de *normalisation galopante* de l'activité médicale (Mascret, 2008) et la responsabilité juridique du médecin évolue avec ce cadre normatif. L'élaboration de règles hégémoniques nationales, voire supranationales, se traduit par la mise en place de nouvelles contraintes normatives dans la pratique de la médecine. La gouvernance de la télémédecine se construit alors en suivant l'idée selon laquelle la normalisation de toute pratique est indispensable afin de lutter contre l'opportunisme (1.1). Dès lors, la singularité de la télémédecine, comparativement au cadre classique de la production de soins, est que la normalisation est double. En effet, celle-ci concerne simultanément la pratique médicale et l'outil technologique de télémédecine qui lui est associé. La télémédecine s'inscrit alors dans un dispositif de standardisation complet de l'activité médicale (1.2).

1.1. La norme, outil de coordination de l'échelle nationale de régulation externe de la télémédecine

« *Vous connaissez la fâcheuse fortune de ce mot normalisation.*
Qu'est-ce qui n'est pas normalisation ? Je normalise, tu normalises, etc.,
essayons de repérer tout de même quelques points importants dans tout cela. »
Michel Foucault
Sécurité territoire population, cours du 25 janvier 1978.

La norme, de par sa capacité à déterminer un comportement moyen auquel tout écart constitue une imperfection, permet de légitimer le contrôle de l'action du médecin (Dumesnil, 2011). La norme permettrait alors, selon les partisans du *New public management*, de garantir l'efficacité de l'action publique. La norme et la normalisation apparaissent comme le support privilégié de la coordination globale et généraliste d'acteurs hétérogènes. C'est pourquoi la norme est l'outil de régulation externe à l'échelle nationale. En décembre 2015, un rapport intitulé « *Les données au service de la transformation de l'action publique* » a été remis au

Premier ministre par l'Administrateur général des données[93] (2015). Le chapeau de l'introduction annonce que : « *Prédire et empêcher les vols de voitures ; optimiser les temps d'attente aux urgences ; (...) optimiser les feux de circulation pour désengorger et dépolluer les centres-villes ; réviser la formule de calcul des prix des médicaments pour les optimiser ; (...) anticiper les besoins d'investissement médical grâce à l'analyse de la littérature scientifique... tous ces usages de l'analyse prédictive sont à portée de main de la puissance publique. Ils recèlent un immense potentiel d'efficacité, de maîtrise des dépenses et de justice de l'action publique* ». Plus loin dans le texte il est question de l'utilisation des informations portant sur les professionnels de santé. La quantification en vue d'une normalisation est donc présentée comme une solution efficace à l'optimisation de la ressource. La normalisation se justifie alors comme la garantie de l'efficacité de l'action publique.

La normalisation de l'activité de télémédecine est présentée par le comité de pilotage national comme un processus nécessaire à son utilisation. Pour faire communiquer entre eux différents systèmes d'information, condition *sine qua none* de la pratique de la télémédecine, il est nécessaire de mettre en œuvre des règles communes. La normalisation des pratiques de télémédecine est dès lors encouragée par les syndicats industriels et plus précisément la Fédération des industries électriques, électroniques et de communication (Kassianides et Seguy, 2011).

La littérature traitant du sujet de la normalisation peut être regroupée en deux grandes catégories selon la définition donnée au terme (Dumesnil, 2011). D'une part, la normalisation peut être présentée comme la référence à une moyenne statistique. Dans ce cas, un phénomène est décrit comme normal s'il se produit de manière identique pour la majorité d'une population. La définition de la norme est donc associée à l'étude de la fréquence d'une occurrence, d'un phénomène (Mossé, 1998). D'autre part, le terme peut être associé à la conformité d'une action à un référentiel qu'il convient d'appliquer ou d'imiter. Dans ce cas, la norme est la définition d'un processus. Le processus de normalisation implique dès lors des experts, des agents, des technologies, des utilisateurs issus d'une communauté dédiée. La norme entre dans ce cas dans une industrie de la connaissance dont l'objectif est de recueillir, stocker et produire les supports de la connaissance. Ces supports peuvent être des bases de données, des formations, des revues. Ils doivent être conçus de telle sorte qu'ils facilitent une dynamique de production-transmission du savoir.

[93] Le décret du 16 septembre 2014 institue, auprès du Premier ministre, un Administrateur général des données (AGD), rattaché au secrétaire général pour la modernisation de l'action publique. L'Administrateur général des données coordonne l'action des administrations en matière d'inventaire, de gouvernance, de production, de circulation et d'exploitation des données.

La mise en place de réseaux, de *fora* doit alors permettre une dynamique qui auto-entretient la norme. La normalisation se diffuse alors par voie légale ou juridique et se matérialise dans le droit par la loi (*Ibid.*). La télémédecine est au centre d'un double phénomène de normalisation des pratiques : une normalisation des pratiques médicales et une normalisation des dispositifs technologiques médicaux. Il convient dès lors de détailler ces deux courants de normalisation qui ont un rôle sur l'offre de soins télémédicale. Nous détaillons d'abord la normalisation des pratiques médicales de télémédecine (1.1.1) puis celle de l'outil technologique (1.1.2).

1.1.1. De l'art médical à l'art de la normalisation des pratiques

La mise en place des Références médicales opposables (RMO) par la loi dite Teulade du 4 janvier 1993 marque le début de la normalisation des pratiques médicales en France. Les RMO peuvent être interprétées comme base de définition des règles de pratique de la médecine (Laude, 2005). Ces références interdisent certaines formes de pratiques et sont opposables par l'Assurance maladie. La mise en évidence de disparités dans les pratiques médicales sur le territoire national et entre les établissements de santé a conduit la puissance publique à mettre en place des normes de pratiques afin d'homogénéiser l'activité médicale. L'objectif est de limiter au possible les actes non nécessaires ou inadéquats et donc de garantir un minimum acceptable de qualité des soins (Minvielle, 2003). Des sanctions financières peuvent alors être mises en place en cas de non-respect de la norme. Toutefois, la mise en place de cette normalisation n'a pas tant marqué les esprits pour son caractère punitif, puisque seuls 121 médecins à l'échelle de toute la France ont reçu des pénalités financières entre 1995 et 1996 que pour le tournant dans la régulation de la pratique médicale (Da Silva, 2014).

Les RMO officialisent le passage d'une régulation de la pratique par les médecins pour les médecins à une régulation par une autorité indépendante, bien que la profession soit consultée, du corps médical. Depuis la fin des RMO et la mise en place de nouvelles règles conventionnelles, la logique de recommandation a été inversée. Il ne s'agit plus de lister les comportements à éviter, mais d'inciter les médecins à avoir un comportement vertueux. Dans les deux cas l'ambition reste la même : encadrer le comportement de soins des professionnels de santé au sein d'un cadre légal supervisé par une autorité nationale extérieure au corps médical.

La normalisation de l'activité médicale a ensuite connu un nouvel essor grâce à l'avènement des essais cliniques randomisés et l'usage des statistiques comme preuves

scientifiques de la validité des protocoles thérapeutiques (Labrousse, 2010). Il s'agit de l'*Evidence based medicine* (EBM) (Marks, 1999 ; Sackett, et al., 1996). L'EBM vient modifier les codes de l'*art médical* en mettant la preuve statistique au-dessus de la connaissance individuelle de la pratique. Autrement dit, l'expérience individuelle du médecin et sa formation ne sont plus des preuves qui se suffisent à elles-mêmes pour légitimer l'action médicale et le choix thérapeutique. L'objectif est alors de limiter la variation des pratiques individuelles. L'EBM et plus largement la normalisation de l'activité médicale deviennent des outils de politiques publiques dans le sens où les objectifs d'encadrement de la dépense de santé et d'amélioration de la qualité des soins leur sont attribués (Azria, 2012).

Toutefois, pour légitimer cette production de preuves statistiques, il est nécessaire d'harmoniser la diffusion et d'en certifier la qualité (Tournay, 2007). Ce travail de certification et de diffusion de la norme est alors confié à des agences autonomes de l'État (Benamouzig et Besançon, 2005). En effet, des agences sanitaires et d'évaluation indépendantes telles que le Réseau national de santé publique, l'Institut de veille sanitaire, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou encore l'Agence nationale de développement de l'évaluation médicale (ANDEM) puis l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) vont être créées. Elles apparaissent dès les années 1980 et doivent marquer un renouveau de l'action publique (*Ibid*.).

La création de la Haute autorité de santé (HAS), qui vient remplacer l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en 2004, marque l'aboutissement du phénomène d'*agencification* dans le paysage normatif français. Ici encore, il est possible d'y voir l'incarnation du nouvel esprit du capitalisme. Différentes crises sanitaires ont décrédibilisé l'intrusion de l'État dans la relation médecin-patient. Avec l'indépendance de ces agences, une séparation est affichée entre la sphère politique et la production de normes médicales. Par ailleurs, toujours dans la vision de la mise en œuvre du *New public management*, les administrations centrales ont une connotation de bureaucratie lourde et inefficace. Ainsi, la création d'agences marque un renouveau de l'action publique et des contrats d'objectifs sont mis en place entre la puissance publique et la direction de ces agences afin de leur donner une marge d'autonomie dans la gestion de leurs moyens (Benamouzig, 2009).

Il est alors affiché la neutralité et l'efficacité supposées de ces agences afin de faire accepter aux professionnels médicaux et plus particulièrement libéraux l'introduction d'une partie tierce dans l'évaluation de leurs pratiques. La création de ces agences marque alors la fin de l'autorégulation des pratiques, pilier de la médecine libérale. En effet, ces agences ont

pleine compétence en matière d'évaluation du respect des normes médicales. La HAS est alors l'agence en charge d'élaborer des guides de bonnes pratiques médicales, notamment dans le cadre de la télémédecine en partenariat avec la DGOS. Elle est également chargée de l'accréditation de certaines disciplines médicales et produit des méthodologies d'évaluation des pratiques. Ici encore, la HAS a élaboré un guide méthodologique d'évaluation des pratiques de télémédecine.

Bien que les professionnels médicaux restent entièrement libres dans leurs pratiques de prescriptions médicales, rappelons qu'il s'agit ici de *soft law*, ce processus de normalisation implique des modifications dans la production de soins. En effet, nous montrerons que ces normes ont une incidence directe sur la pratique de la télémédecine et que le droit, notamment dans le cas de jurisprudence, vient se servir de ces recommandations pour statuer sur l'engagement juridique des professionnels de santé (*Cf.* p. 294). La normalisation des pratiques médicales peut alors être caractérisée de nouvel ordre négocié qui repose sur une construction sociale (Marks, 1999).

1.1.2. La normalisation des technologies médicales, justification de la standardisation des actes

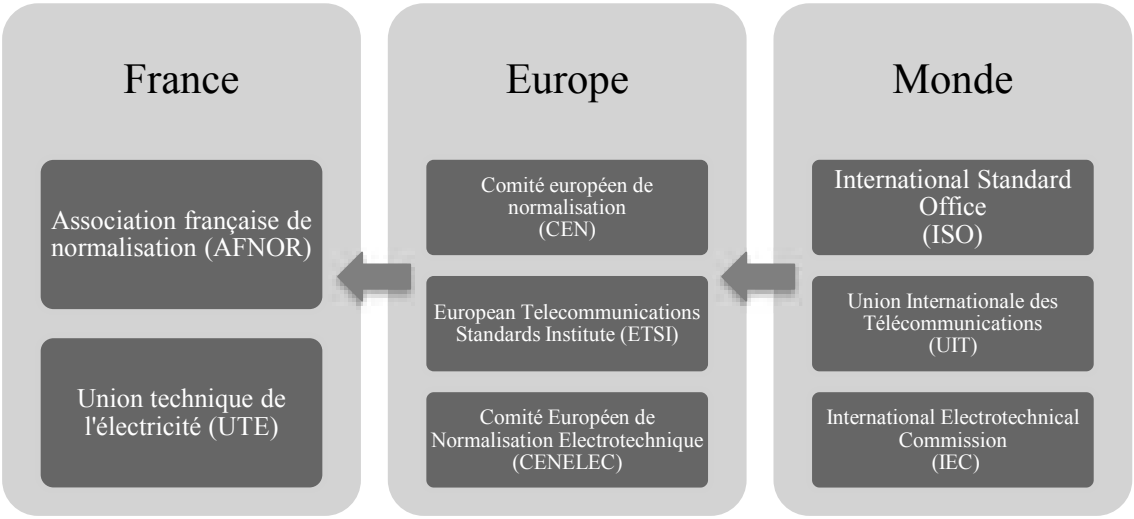
La normalisation technologique impose une définition stricte de la production, c'est à dire du soin. Il en découle une justification de l'élaboration d'une nomenclature des actes médicaux afin de permettre un codage et un paramétrage précis des outils technologiques (1.1.2.1). S'il est possible de standardiser les procédures médicales, cela permet alors de connaître la production effective de tous les professionnels médicaux engagés dans le projet de télémédecine. Comme dans toute production industrielle, compte tenu de la définition de standards, en cas de défaillance lors de la production, le médecin en tant que facteur de production peut alors être tenu pour responsable. L'échelle de régulation externe nationale met donc tout en œuvre pour suivre le modèle productif du *Gros embouteillage institutionnel* (1.1.2.2).

1.1.2.1. Échelle internationale : quel codage des nomenclatures des pratiques ?

La normalisation de l'outil de télémédecine apparaît comme un prérequis à son utilisation. La normalisation technique est historiquement élaborée à l'échelle nationale (Gemmill, 2005). Toutefois, la logique de normes internationales, notamment au sein de

l'Union Européenne met en place une forme de supériorité de l'échelle supranationale de la normalisation (*Ibid.*). Il est donc possible de mettre en évidence trois niveaux de normalisation de la technologie médicale : Français, européen et international.

Figure 24 – Structure institutionnelle de normalisation de l'outil de télémédecine



Source : D'après ASIPSanté (2014)

Dans chacun de ces organismes un ou plusieurs groupes de travail sont chargés d'établir les normes en lien avec l'informatique médiale et/ou de santé (ASIPSanté, 2014). Les premiers accords internationaux de normalisation en télémédecine sont originaires de l'OTAN et ont pour objectif d'améliorer les soins apportés aux militaires déployés en zones de guerre (Salgues, 2013). Ainsi le STANAG pour STANdardization AGreement a été publié par l'OTAN en 2008. L'objectif initial est de garantir l'interopérabilité entre les dispositifs technologiques de soins à distance.

C'est pourquoi la normalisation technique dans le champ de la télémédecine concerne non seulement l'équipement mais également la structure des informations, les processus de traitement et de diffusion (*workflow*), et l'information en tant que telle (*Ibid.*). En ce sens, la première forme de normalisation technique renvoie à la création d'une nomenclature des actes et à la standardisation du vocabulaire médical. L'objectif est de pouvoir standardiser l'utilisation des dispositifs techniques. Or, supposer qu'il est possible de réaliser une nomenclature des actes, et donc des maladies, cela revient à pouvoir délimiter avec précision ce qui est produit : le soin. La production de soins, donc de bonne santé, doit alors être vue comme un ensemble fini et discret d'*output*. Cette condition est nécessaire au paramétrage et donc à la normalisation de l'outil technique. Toute pathologie doit donc être codée et associée

à un protocole thérapeutique et à un ensemble d'actes prévus par l'outil de télémédecine. Tout élément non codé entraîne un échec de la procédure. Cela revient alors à sélectionner les patients en fonction de leur rapport à la norme[94], .à l'image de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes[95] (CIM) et en France de la Classification commune des actes médicaux[96] (CCAM) et des Groupes homogènes de malades[97] (GHM). Ces classifications tendent à recenser tous les actes médicaux possibles pour les référencer et leur attribuer un tarif (Groupes homogènes de séjour pour les GHM). Toutefois, leurs évolutions constantes mettent en évidence les difficultés inhérentes à ce recensement.

Il existe actuellement deux principales initiatives de normalisation internationale des outils de télémédecine : DICOM et HL7. Le *Digital Imaging and Communication in Medicine* (DICOM) est le plus ancien standard puisqu'il a introduit la télémédecine depuis 1983 dans ses activités (Oleg et Pianykh, 2012). L'initiative est née aux États-Unis. Ce n'est pas un standard légal, mais de fait. La conformité au standard DICOM est donc déclarative. Il s'agit en premier lieu de normalisation en matière d'imagerie médicale et plus précisément la normalisation de l'affichage des données afin de permettre leur envoi (*Ibid.*). Depuis le début des années 2000 DICOM a développé d'autres actions de normalisation et a désormais pour ambition de mettre au point la compatibilité de tout système d'information en santé. La norme DICOM s'applique donc au transport des données, à l'interopérabilité des systèmes et au contenu des échanges. Le standard proposé par DICOM compte ainsi 18 parties allant de l'accès à Internet à la structure des fichiers échangés. Les normes DICOM sont adaptées aux normes ISO.

La *Health Level Seven* (HL7) est, quant à elle, une organisation de normalisation accréditée aux États-Unis dont différentes solutions de télémédecine ont reçu la normalisation ISO (Salgues, 2013). La HL7 a été créée en 1987 et son nom fait référence à la septième et dernière couche du protocole de communication de l'*Open System Interconnection* qui

[94] À titre d'exemple, les patients transgenres ne peuvent faire l'objet d'aucune inclusion dans un projet de télémédecine puisqu'aucun système d'information de télémédecine n'est actuellement programmé pour cocher toute autre case que *homme* ou *femme*. Dans de nombreux cas, la question se pose également pour les patients pluri-pathologiques.

[95] Le recensement de la CIM a débuté en 1893, elle compte actuellement plus de 150 000 codages.

[96] La CCAM est une nomenclature qui code les gestes techniques, intellectuels et cliniques pratiqués par les professionnels médicaux. La première nomenclature des actes a été publiée en France par l'arrêté du 27 mars 1972. L'objectif final étant d'associer une tarification à chaque acte. Actuellement, plus de 7000 actes sont recensés dans la CCAM et la 32ème version est en cours d'élaboration.

[97] Les GHM est une nomenclature hospitalière qui regroupe les maladies selon des critères médicaux économiques en vue de leur associer une tarification. Les GHM permettent de produire de l'information en vue de la mise en concurrence des établissements hospitaliers. Leur nombre avoisine les 2300, contre 471 à leur création en 1983.

correspond à la couche applicative. Les normes concernent les échanges informatisés de données cliniques entre les établissements de santé. La HL7 développe des standards concernant la structure et le contenu des messages échangés dans les systèmes d'information hospitaliers et de santé. Aux États-Unis, 90 % des producteurs de systèmes d'information en santé proposent des dispositifs labellisés par la HL7. La HL7 a proposé huit solutions qui ont fait l'objet d'une normalisation internationale ISO.

Nous avons précédemment mis en évidence qu'en France, l'encadrement du point de vue technique du déploiement de la télémédecine est supervisé par l'ASIPSanté. Cette organisation met en œuvre le Répertoire national des référentiels, qui comporte actuellement le Modèle des objets de santé et les nomenclatures associées ainsi que les spécifications de référentiel pour l'interopérabilité des systèmes de santé, l'identifiant national de santé et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé. Il s'agit en d'autres termes de mettre en œuvre la normalisation des dispositifs et d'éditer un cadre de bonnes pratiques de l'usage des dispositifs (ASIPSanté, 2014).

L'ASIPSanté affiche la nécessité de rentrer dans le cadre de la normalisation proposée par les organismes HL7 et DICOM afin de viser une interopérabilité transfrontalière. En effet, l'ASIPSanté mentionne que la normalisation des systèmes de santé en France doit se faire en tenant compte des recommandations de l'*Integrating the Healthcare Enterprise* (IHE). Il s'agit d'une association internationale dont la mission est de promouvoir l'interopérabilité des systèmes d'information de santé en adaptant des normes et standards internationaux, notamment ceux proposés par HL7 et DICOM, à des cas d'usage du domaine de la santé. Ainsi, les contenus, logiciels métiers, services et transport des systèmes d'information en santé doivent être construits en tenant compte du référentiel de l'IHE. L'ASIPSanté utilise également les solutions XML qui sont des standards internationaux d'interopérabilité des systèmes d'information respectant les normes HL7 et DICOM. Il convient de détailler les conséquences de la normalisation des systèmes d'information partagés de santé sur la pratique de la télémédecine.

1.1.2.2. Norme technique : de la coordination des acteurs à la responsabilité juridique de l'utilisateur

Étudier de façon détaillée la normalisation de l'outil technologique permet de comprendre l'influence que cela peut avoir sur la gouvernance des projets et la coordination

des acteurs dans leurs pratiques. Cette normalisation est présentée par le comité national de pilotage comme indispensable au bon fonctionnement de l'organisation de la télémédecine et à l'interopérabilité des systèmes d'information. La norme technique est alors un dispositif international de coordination. Elle est également un mécanisme externe de régulation de la pratique. Dès lors, la norme technologique entre pleinement dans la coordination de la production de soins en télémédecine aux cotés de la norme sanitaire. La norme technique y apparaît comme un élément organisationnel et de communication (ASIPSanté, 2014). L'outil doit permettre le bon fonctionnement de la coordination, mais conditionne dans un même temps le fonctionnement de cette coordination (ASIPSanté, 2015). La norme technique est également présentée comme un facteur de communication indispensable à la transaction. La norme est dans ce cas un processus qui met en ordre la communication au sein d'une organisation dont les membres ont des comportements interconnectés.

Par nature, l'outil technique est issu d'un processus de production industrialisé. La norme est alors une activité d'ingénierie. La norme est en premier lieu une ingénierie de conception et d'édition puis de mise en usage et d'agencement (Taylor, Fayol). Il devient alors nécessaire de faire coïncider une production industrialisée et standardisée, l'outil de télémédecine et la production d'un service, l'acte de télémédecine, par nature idiosyncrasique et générant un ensemble continu et infini de résultats. La double normalisation de la télémédecine renforce alors l'idée d'une industrialisation de la production de soins et d'une approche productiviste des services (Gadrey, 1991). En effet, c'est d'un consensus entre la production industrielle de l'objet et la nature idiosyncrasique du service que la norme doit permettre la mise en œuvre de l'acte de télémédecine.

À partir de ce moment, si la production de télémédecine est industrialisée, alors il devient possible d'élever le niveau d'attente de résultats de la qualité des soins. En effet, il est attendu par la puissance publique que les possibilités offertes par l'industrialisation des techniques médicales permettent de faire progresser le niveau moyen de la qualité de l'acte médical et ce quel que soit le lieu de réalisation de l'acte puisque la technologie fait tomber toute barrière spatiale et temporelle. Cette élévation du niveau d'exigence, qui traduit l'industrialisation de la pratique médicale, se retrouve alors dans l'encadrement juridique de la pratique. En effet, un Arrêt de la Cour de cassation du 4 janvier 2005 énonce que : « *le médecin n'est, dans l'exercice de son art, tenu qu'au respect d'une obligation de moyens. Le résultat médical étant aléatoire, le médecin n'est pas tenu de guérir un patient. Il doit fournir tous les moyens nécessaires, au regard des données acquises de la science, pour tenter de guérir ou de soulager la douleur du patient. Il est clair que la télémédecine en rendant plus*

rapides et plus larges les possibilités d'accès aux soins améliore de ce fait les moyens dont dispose le médecin traitant du patient pour exercer son art ».

Par ailleurs, s'il n'est question que d'obligation de moyen dans la pratique de l'art médical (Arrêt Mercier de 1936), il n'en est pas de même dans l'utilisation de matériel médical. Ainsi, depuis différents arrêts de 1995[98] et 1999[99], l'obligation de résultat est imposée aux médecins et aux établissements de santé en matière d'utilisation de matériel médical. Or le matériel utilisé pour réaliser des actes de télémédecine répond à la définition du dispositif médical[100] : « *On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais donc la fonction peut être assistée par de tels moyens* ».

En utilisant les dispositifs technologiques de télémédecine, les médecins doivent alors accepter de pratiquer une activité industrialisée et donc d'être rendus responsables en cas de défaillance de production comme dans toute activité industrielle. En cas de dommage causé au patient, consommateur de bien industriel, le médecin peut en effet être tenu responsable de défaut de résultat. L'outil de télémédecine est considéré comme un outil de diagnostic, de prévention, de contrôle, mais également et surtout de traitement[101]. En cas de défaut de l'une de ces caractéristiques, la responsabilité du médecin peut être engagée. Il convient alors d'examiner les conséquences de cette double normalisation technique et sanitaire dans un cas pratique, celui de la cancérologie.

1.2. Normalisation de la télémédecine, vers une standardisation complète

La littérature télémédicale portant sur des cas français fait état de dizaines de *success stories* pour lesquelles il est possible de lire en filigrane la mise en œuvre de la double normalisation, celle de la pratique et celle de l'objet technique telles que nous venons de les exposer. Il ne nous est toutefois pas possible de faire une description détaillée de chacune de

[98] Cass. Civ. 1er avril 1995 Centre de transfusion sanguine de Toulouse.
[99] Cass. civ.1er, 9 novembre 1999. « *Le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier, sans préjudice de son recours en garantie, une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins* ».
[100] Art. L.5211-1. du CSP
[101] Art. R. 5211-1 du CSP.

ces *success stories*, nous proposons alors de retranscrire l'une d'entre elles afin d'illustrer cette double normalisation. Il s'agit d'un système d'information multicentrique utilisant la télémédecine pour le traitement du cancer (Perrin, et al., 2013). Le choix d'étudier ce cas particulier s'explique par la place qu'occupe la cancérologie dans la normalisation des pratiques médicales. En effet, nous mettons en évidence dans un premier temps que la cancérologie fait figure de pionnière en matière de normalisation en raison de la spécificité de la prise en charge des patients et de l'évolution rapide de la recherche à ce sujet (1.2.1). Puis nous présentons dans un second temps en quoi la cancérologie représente également l'illustration de la double normalisation, médicale et technologique, de la télémédecine. Dès lors, la normalisation devient synonyme de standardisation des pratiques (1.2.2).

1.2.1. La cancérologie, terrain privilégié de normalisation

Les professionnels médicaux impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer ont été les premiers à être spécifiquement impliqués dans la normalisation des procédures de soins. La circulaire DGS/DH n°98/188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés est le premier texte référent à des mesures spécifiques d'encadrement normatif de la prise en charge d'une pathologie. Le Programme national de lutte contre le cancer de 2000, généralement appelé Plan cancer réaffirme la nécessité de normaliser la prise en charge des patients atteints d'un cancer.

Initialement, les professionnels médicaux y voient un moyen de faciliter la prise en charge des patients (Rolland et Sicot, 2012). Le traitement des cancers fait intervenir un nombre important d'acteurs médicaux : le médecin généraliste qui suit le patient, les spécialistes d'organes en fonction du type de cancer, des radiologues, des chirurgiens, des paramédicaux (Castel et Merle, 2002). La circulaire de 1998 impose que le patient soit examiné collectivement par l'ensemble des représentants des différentes spécialités impliquées et la décision thérapeutique qui en découle doit être scientifiquement valide, autrement dit, doit avoir fait ses preuves.

La mise en place de stratégies thérapeutiques peut alors s'avérer complexe. La mise en place du Plan cancer est ainsi présentée comme un moyen de pallier les difficultés de coordination entre les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient (*Ibid.*). La prise de décision est collective, mais est facilitée par l'encadrement de bonnes pratiques qui guide le collectif dans la décision thérapeutique et précise les modalités d'intervention des acteurs

concernés à chaque étape du processus de soin. Le Plan cancer peut alors même être présenté comme un moyen d'encadrer l'hospitalo-centrisme (Rolland et Sicot, 2012). La création de Centres de lutte contre le cancer permet de faciliter la prise en charge des patients et limite le monopole des chirurgiens dans la prise de décision thérapeutique. Depuis les années 1990 est donc publié un grand nombre de recommandations et de guides de bonnes pratiques dont l'objectif annoncé est de faciliter la coordination entre les acteurs de santé en vue d'améliorer la qualité des soins et la rapidité de prise en charge (Mossé, 1998).

Les guides de bonnes pratiques en cancérologie proposent des recommandations de pratiques cliniques censées limiter la subjectivité des prescriptions. Ces guides de bonnes pratiques s'appuient soit sur des recommandations d'experts, soit sur des revues de la littérature. Dans les deux cas, la preuve scientifique doit être quantifiée pour être validée (Minvielle, 2003). Ainsi, dans le traitement du cancer, des recommandations sont faites pour faciliter la décision et des schémas de décisions sont diffusés dans les centres de soins. La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer met en place en 1993 un programme d'amélioration des soins qui permet d'homogénéiser la pratique entre les différents centres.

L'élaboration des guides se veut, à sa création, collégiale. Les médecins se regroupent et discutent de l'harmonisation des protocoles ; il n'est pas question de standardiser les procédures, mais de normaliser les pratiques (Castel et Merle, 2002). L'investissement des médecins est également affiché afin d'envoyer un message fort à la tutelle, celui de leur capacité d'autorégulation. Les médecins s'organisent eux-mêmes dans la production de normes et en contrôlent le respect. L'intervention de la tutelle n'est donc pas nécessaire d'autant plus que la concurrence ouverte entre les centres de lutte contre le cancer et les CHU doit également faciliter la démarche qualité mise en œuvre.

Les guides de bonnes pratiques en cancérologie sont donc édités par les médecins eux-mêmes et se veulent les plus larges possibles afin de ne pas être contraignants. Il s'agirait alors d'une normalisation par les médecins pour les médecins en vue d'améliorer la qualité de prise en charge. Compte tenu de la méfiance vis-à-vis de la tutelle, l'autorégulation semble être acceptée par les médecins (Rolland et Sicot, 2012). Les guides de bonnes pratiques permettent par ailleurs aux professionnels médicaux un gain de temps dans la recherche de littérature. Les années 1990 sont marquées par des avancées technologiques importantes qui rendent difficile une veille systématique des nouveaux procédés thérapeutiques. Les dispositifs de normalisation par et pour la profession sont alors perçus comme un compromis acceptable.

La normalisation permet également d'entrer dans une dynamique d'apprentissage dans le sens où sont proposées des formations pluridisciplinaires aux parties prenantes permettant un perfectionnement en lien avec les nouvelles technologies (Castel et Merle, 2002). Dans un esprit de concurrence entre les CHU et les centres de lutte contre le cancer, ces formations sont positivement accueillies afin de légitimer des deux côtés le niveau de spécialisation des pratiques de chaque établissement. Par ailleurs, la normalisation doit également permettre de lutter contre le *leader ship* charismatique de certains praticiens, la décision thérapeutique n'émane pas du leader, elle est collectivement prise en fonction des recommandations. La prise de décisions dans le cadre du cancer du sein en est un exemple significatif (Domin, 2006).

La normalisation, particulièrement en cancérologie semble donc *a priori* reposer sur un consensus médical collectif permettant un maintien de l'autorégulation professionnelle en vue d'appliquer une démarche qualité souhaitée par la tutelle. Seize ans après la mise en place du Plan cancer et après la mise en œuvre de systèmes d'information en santé auquel participe la télémédecine, il convient de réaliser un état des lieux du phénomène de normalisation.

1.2.2. La télémédecine, aboutissement de la rationalisation des procédures de recommandations

Depuis la mise en œuvre du Plan cancer, il semble que la différence entre normalisation et standardisation ne soit plus clairement identifiable et que le *New public management* ait changé la donne (May, et al., 2003 ; Rolland et Sicot, 2012). Nous proposons d'en détailler un exemple. Nous nous appuyons sur la présentation d'un projet de télémédecine faite dans un article publié dans la revue *European Reasearch in Telemedicine* en 2013 (Perrin, et al., 2013). Le projet est en cours en Franche-Comté depuis 2006. Le système d'information se nomme *Bonnes pratiques de la chimiothérapie* (BPC). Dans l'introduction de l'article qui présente le projet il est précisé que l'objectif de sa mise en œuvre est d'améliorer la qualité des soins et la sécurité de prise en charge des patients tout en rappelant le contexte de pénurie de médecins auquel la région Franche-Comté doit faire face. Le système d'information présenté est multi-métiers et doit permettre de « *sécuriser le parcours thérapeutique des patients, standardiser les pratiques, maintenir une prise en charge de proximité des patients atteints d'un cancer et enfin maitriser l'accès aux thérapeutiques innovantes* » (*Ibid.*, p.103).

L'accent est principalement mis sur la possibilité de standardisation que permet le système d'information de télémédecine. Il est mentionné, à plusieurs reprises, que la force du dispositif est représentée par ses « *fonctionnalités multicentriques qui permettent la standardisation* ». La standardisation est le facteur de réussite du projet : « *Dans chaque établissement, la sécurité du processus thérapeutique est assurée par une informatisation totale de la prescription médicale à l'administration infirmière. La prescription informatisée est faite depuis le bureau médical, et repose sur des protocoles validés. L'analyse et la validation pharmaceutique conduisent à l'édition de fiches de fabrication standardisées et paramétrables par produit. L'administration (ou non administration) des chimiothérapies est ensuite tracée par les infirmières dans l'outil. La protocolisation complète du thésaurus thérapeutique élimine toute opération manuelle et retranscription. De nombreuses alertes paramétrables verrouillent l'étape de la prescription avec des alarmes paramétrables portant sur la variation de la surface corporelle, les doses maximales et cumulatives, les intervalles inter-cure. Enfin la préparation des doses individuelles est sécurisée par une automatisation des calculs de dose et de volume* » (*Ibid.*, p.102).

Dans la présentation du projet le professionnel médical n'est pas mentionné ; il est par ailleurs sous-entendu qu'il n'a qu'un rôle mineur dans la décision thérapeutique : « *La prescription est basée sur un thesaurus de protocoles de chimiothérapie régional et validé. (...) Chaque protocole définit et standardise pour chaque jour de chimiothérapie l'ensemble des paramètres thérapeutiques (médicaments, posologie, chronologie d'administration) et les modalités d'administration. Aucune prescription n'est possible en dehors des protocoles validés. (...) Ce thésaurus est mis à jour et réévalué annuellement par l'ensemble des équipes de la région, au travers d'un processus pluridisciplinaire* ». L'information est accessible et se diffuse sans encombre : « *Les dossiers patients sont partagés entre professionnels de santé avec un historique thérapeutique au niveau régional. L'accès au parcours thérapeutique du malade est ainsi facilité et disponible en temps réel* » (*Ibid.*, p.103).

Il est alors précisé que lorsque le patient est suivi en soins ambulatoires en dehors de l'hôpital, le praticien de ville n'a qu'à suivre le protocole. Le niveau d'alerte est paramétré à l'avance. S'il n'y a pas d'alerte, le professionnel médical n'a pas à intervenir. Celui-ci ne peut en aucun cas changer le paramétrage des alertes, ne disposant pas des codes d'accès. En cas de doute, il n'y a qu'à suivre les recommandations : « *Afin d'accompagner au mieux les prescriptions, BCP intègre un moteur de référentiel au sein de son thésaurus de protocoles. Basé sur un référentiel de bon usage (RBU) de l'Institut national du Cancer (InCa), un*

référentiel est affecté à chaque protocole selon la situation de prise en charge et la ligne de traitement » (*Ibid.*, p.103).

À l'image d'un terminal de cuisson du pain qui permet à des franchisés de vendre du pain frais sans boulanger diplômé, BCP permet de prescrire une chimiothérapie ; il suffit de suivre le protocole. Enfin, il est mentionné que le système d'information BCP facilite l'évaluation médico-économique : « *La démarche coopérative régionale, conduite dans un climat de confiance, évolue naturellement vers une logique d'évaluation des pratiques professionnelles. Face aux enjeux de qualité et aux contraintes économiques, il est impératif de pouvoir disposer d'indicateurs robustes et reproductibles. Un système d'information unique et multi-centrique offre cette possibilité. Cette démarche qualité, au caractère unique en France, contribue à la politique de transparence des pratiques et favorise un pilotage régional* » (*Ibid.*, p.105).

En suivant à la lettre les recommandations du *New public management,* tel qu'il est présenté dans le *Gros embouteillage institutionnel*, ce projet permet donc simultanément de proposer une réponse opérationnelle de la prise en charge de maladie chronique, de l'amélioration de la qualité des soins, de la problématique de la démographie médicale et de l'encadrement des dépenses de santé. La télémédecine permet également de rendre transparente l'information médicale et de faciliter les échanges entre la ville et l'hôpital malgré l'existence d'actifs spécifiques. De la même façon, la télémédecine permettrait de rendre efficient l'intervention publique en limitant la contractualisation à son strict minimum et en laissant faire le libre-échange dans la majeure partie des cas, l'autorégulation étant rendue possible par la standardisation des procédés. En cas de litige la traçabilité des actes ne permet pas de laisser une place au doute. Celui qui n'a pas respecté la procédure est fautif.

Toutefois, l'établissement des protocoles de soin ne doit pas laisser de zone d'incertitude, toute situation est codée et tout acte médical renvoie à une nomenclature. Si un patient souhaitant rentrer dans le protocole ne répond pas aux critères d'inclusion, il n'est pas admis dans le processus. Seul le patient standard peut donc être soigné par un processus, lui aussi standard, de soins. Il n'y a donc aucune raison que les choses ne se passent pas comme prévu. Pourquoi, s'il est donc prouvé que la télémédecine est porteuse d'autant de bienfaits médico-économiques ne se développe-t-elle pas de façon fulgurante ? Si le doute est encore permis, les différents essais cliniques randomisés apportent alors un niveau de preuve peu contestable de la réussite de mise en œuvre du *New public management*. Le *New public management* est respecté à la lettre dans ce cadre strict des théories qui le supportent. Les échanges sont donc parfaitement encadrés. Il semble donc difficile d'expliquer le faible

déploiement de la télémédecine en France à l'aide des outils des théories standards et standards étendues, d'autant plus qu'un cadre régional de régulation externe vient compléter la régulation de la pratique en suivant également les préceptes du *New public management* à la française. C'est ce qu'il convient de présenter.

2. Régulation externe régionale et contractualisation : le rôle des ARS

Nous venons de présenter les modalités de coordination de l'échelle nationale de régulation externe de la télémédecine. Nous avons mis en évidence que cette coordination repose principalement sur le suivi de normes standardisées des pratiques télémédicales. La régulation de l'activité, à l'échelle régionale externe de régulation se fait ainsi sur un respect strict des principes du *New public management* à la française.

Nous montrons à présent que la régulation externe de la télémédecine possède également un échelon régional. Les modalités de coordination à cette échelle reposent également sur les principes idéologiques du *New public management*. L'institution en charge de la coordination de la régulation régionale est l'Agence régionale de santé (ARS). L'ARS, de par ses caractéristiques intrinsèques, issues des recommandations des théories supports du *New public management*, est présentée comme une agence du renouvellement de l'action publique par les partisans du référentiel de marché (2.1). Cela se matérialise principalement par son outil privilégié de coordination, le contrat. Nous présentons alors les caractéristiques du contrat de télémédecine (2.2). Cela nous amène alors à nous interroger sur le statut de ce contrat. La question qui se pose est alors de savoir s'il ne s'agit pas davantage d'un outil de contrôle que de coordination (2.3).

2.1. L'ARS, agence du renouvellement de l'action publique ?

Nous présentons dans un premier temps le modèle théorique d'une agence tel qu'il est présenté par les théories supports du *New public management* (2.1.1) puis nous détaillons le modèle effectif de l'ARS (2.1.2).

2.1.1. Le modèle théorique de l'agence territoriale, autonomie et pilotage par les résultats

Le *New public management* préconise la régionalisation de l'action publique et plus particulièrement de façon décentralisée. Cette décentralisation passe alors par la création d'agences autonomes (Benamouzig et Besançon, 2005 ; Pollitt et Bouckaert, 2011 (1999)). Compte tenu des enseignements de l'école des choix publics, la création d'agences décentralisées réparties sur le territoire doit permettre la fourniture d'un service public plus transparent et plus efficace (Lascoumes et Le Galès, 2005). Les agences permettent alors une séparation géographique menant à une distinction des actions entre le niveau politique et le niveau administratif (Bezes, 2009). Dans ce modèle théorique, les agences doivent posséder une autonomie de gestion bien que la puissance publique soit à l'origine d'un ensemble de règles *ex ante* qui consiste en l'élaboration d'un référentiel d'objectifs.

La puissance publique exerce donc un pilotage par les résultats de l'agence (Benamouzig, 2009). En dehors de la définition des objectifs, et plus largement des missions attribuées aux agences, la puissance publique élabore également les modalités de mesure de l'atteinte de ces objectifs et un ensemble de sanctions/récompenses associées aux résultats obtenus. Paradoxalement, c'est dans l'autonomie accordée aux agences régionales que l'atteinte des résultats va être garantie. *A priori*, compte tenu des enseignements issus des théories supports du *New public management*, l'opportunisme des agents et l'asymétrie d'information entre la puissance publique et l'agence régionale ne devraient pas permettre l'atteinte des objectifs.

C'est pourquoi, cette autonomie de gestion, et donc de moyen, est une condition nécessaire à la performance mais non suffisante. En effet, elle est nécessaire car la puissance publique, de par son caractère centralisé n'est pas à même de proposer un modèle de gouvernance territorial efficace, d'où l'autonomie de gestion (Bezes, 2005a). Autrement dit, la puissance publique n'a pas d'autre choix que de s'en remettre aux acteurs locaux pour décider de la meilleure façon de gouverner la politique de l'agence. Par ailleurs, l'expertise de terrain rend légitimes et crédibles les modalités d'action de l'agence. Toutefois, cette autonomie managériale n'est pas suffisante pour atteindre la performance. C'est pourquoi des contrats incitatifs, tels que ceux présentés dans le chapitre précédent doivent être proposés aux managers de ces agences. La rémunération des managers doit donc être directement liée à l'atteinte des objectifs de l'agence.

D'un point de vue théorique toujours, nous avons mis en évidence que pour respecter les principes du *New public management* il est nécessaire de séparer politique et administratif. En ce sens, le pouvoir central, incarnation de la démocratie, doit avoir la compétence d'élaboration de la politique publique et l'agence celle de l'exécution administrative et factuelle de cette politique, sans que les pressions politiques ne viennent interférer dans la mise en œuvre (Launois, 1981). Ceci permet de limiter les aléas liés à l'influence que peut subir l'*homo politicus* mis en évidence par l'école des choix publics. La création d'agences autonomes dans la mise en œuvre des politiques publiques doit alors garantir la fourniture d'un service public indépendant de potentiels revers électoraux.

Dans un même temps, les agences ne sont pas juges et parties de leurs prestations contractuelles. Dans le cas contraire, elles pourraient être incitées à fixer des objectifs en deçà de l'*optimum*. En se spécialisant dans la tâche d'exécution, les agences sont par ailleurs plus faciles à évaluer (Benamouzig et Besançon, 2005). En effet, les effets incitatifs des contrats décroissent avec la multiplication des tâches. Un contrat incitatif ne peut remplir son rôle que si l'incitation porte sur un nombre restreint de tâches (Bureau, et al., 2010). Dans le cas contraire, les managers des agences vont chercher à maximiser leur profit en mettant en œuvre des moyens pour atteindre exclusivement les objectifs prévus dans les contrats incitatifs tout en négligeant les autres.

Enfin, la création d'agences autonomes réparties sur le territoire doit permettre de faciliter les partenariats public-privé, de rapprocher de façon contractuelle des experts de statuts différents. L'externalisation de certaines tâches est rendue possible par la réduction des asymétries d'information liée à la proximité géographique entre les acteurs (Benamouzig et Besançon, 2005). Cette externalisation vers des experts, disposant donc d'actifs très spécifiques doit permettre d'améliorer l'efficacité productive des fournisseurs de services publics. D'après les partisans du *New public management*, l'efficacité de ces agences, de par l'introduction de mécanismes marchands dans les modalités de gestion, doit alors se substituer aux lourdeurs du fonctionnement bureaucratique de modèle historique de fourniture de services publics (Bezes, 2009). Dans les faits, nous allons montrer que la mise en place du *New public management*, dans ces agences, s'est traduite par l'avènement de nouvelles formes de contrôle qui viennent se superposer au modèle existant.

2.1.2. L'ARS, agence du modèle productif hybride du *Gros embouteillage institutionnel*

Afin de saisir l'intégralité des logiques d'action des ARS, il convient de revenir dans un premier temps sur les modalités de fonctionnement des formes organisationnelles qui les ont précédées. Nous détaillerons particulièrement celle de l'ARH (3.1.2.1). Nous présenterons ensuite l'ARS (3.1.2.2).

2.1.2.1. L'ARH, l'échec de l'ancêtre de l'ARS

En France, les premières agences territoriales de santé influencées par les préceptes du *New public management* sont les Agences régionales d'hospitalisation (ARH). Elles ont été créées dans le cadre des ordonnances dites Juppé du 24 avril 1996. Ces ARH sont des Groupements d'intérêt public dont la mission est la coordination de l'action publique dans le champ de l'hospitalisation tant privée que publique. Pour ce faire, les ARH coordonnent les activités des services administratifs des organisations que sont les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les Caisses régionales d'assurance Maladie (CRAM).

Les fonctions principales des ARH sont la mise en œuvre des Contrats d'objectifs et de moyens (COM) et le contrôle du respect des engagements pris dans les COM. Cela se concrétise dans l'attribution d'une enveloppe globale aux établissements (mode de financement qui précède la T2A) dont le montant est conditionné à l'atteinte des objectifs et à la réalisation du Schéma régional d'organisation sanitaire et Sociale (SROSS) (Domin, 2013). L'ARH dispose de moyens incitatifs dans le sens où il peut supprimer une partie du budget global en cas de non-respect des objectifs. L'ARH possède également la compétence de fermer ou restructurer les établissements de santé (*Ibid.*).

Le bilan des ARH fait par la littérature relève majoritairement d'un constat d'échec (*Ibid*.). Cet échec de la coordination par les ARH des organisations territoriales de santé peut alors s'interpréter comme la mise en place ratée d'un modèle productif du *New public management*. Le fonctionnement des ARH laisse entrevoir la volonté de calquer un modèle d'agence type sans hybridation qui tienne compte du contexte d'implantation local. La littérature met en évidence que les ARH ont été créées par la puissance publique centrale de façon technocrate (Tabuteau, 2009a). La prise en compte des contextes intrinsèques régionaux est absente et les modalités de gestion sont autoritaires. Ainsi, les ARH modélisent à

l'extrême la division du travail entre l'élaboration de la politique de santé et l'exécution des missions de services publics telles que nous les avons mises en évidence dans la section précédente.

Les ARH sont alors réduites à des structures d'élaboration de contrats au sens de la théorie de l'agence (Domin, 2013). De cette difficulté de coordination, différentes structures annexes de coordination vont être créées dans l'environnement direct des ARH. Il est possible de citer à titre d'exemples les Plans régionaux de santé publique (PRSP), les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ou encore les Observatoires régionaux de santé (Chambaz, et al., 2008). Les ARH marquent alors l'ambition échouée de la mise en œuvre d'une agence type telle que proposée par le *New public management*. Pour que la coordination fonctionne, d'autres organisations de mise en œuvre des politiques publiques à l'échelle régionale doivent intervenir telles que les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) ou encore les Caisses d'assurance maladie. Les Agences régionales de santé (ARS) vont alors être créées, ce qui peut être interprété comme la volonté de construire des agences hybrides caractéristiques du modèle de *Gros embouteillage institutionnel*.

2.1.2.2. L'ARS, régionalisation[102] du *Gros embouteillage institutionnel*

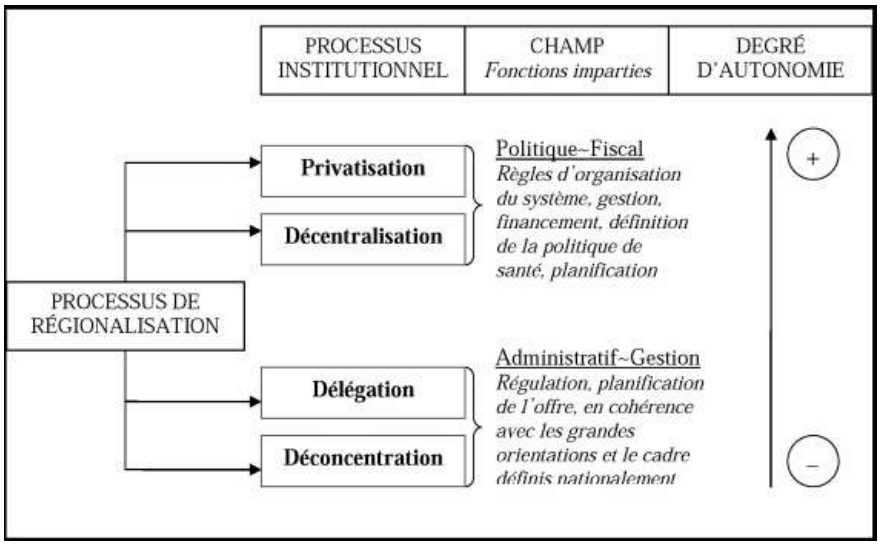
Les ARS sont créées par la loi HPST en 2009 et se substituent aux ARH. Dans la lignée des préceptes du *New public management*, les ARS doivent marquer l'aboutissement du processus de régionalisation de l'action publique, qui consiste en la territorialisation de la mise en œuvre et de la gouvernance de la fourniture de services publics. L'entité juridique n'est pas la même que celle des ARH puisque les ARS deviennent des établissements publics à caractère administratif sous la tutelle du ministère de la Santé et dont le directeur est nommé par le premier ministre. Les ARS ne coordonnent pas des organisations de santé locales mais viennent les remplacer. Ainsi, les ARS se substituent à sept autres institutions : ARH, URCAM, GRSP, MRS, une partie des Ddass, Drass, et les Caisses régionales d'assurance maladie (Cram).

Les ARS sont toutefois des agences du *New public management* dans le sens où deux principes dominent : (i) l'autonomie dans la mise en œuvre des politiques publiques et (ii) le recours systématique aux contrats dans la mise en œuvre de la coordination. Néanmoins, l'hybridation par rapport au modèle initial du *New public management* repose sur le fait que

[102] Lors de la rédaction de cette partie, le sort des ARS compte tenu du redécoupage des grandes régions n'est pas encore statué. La description faite ici repose donc sur le découpage des régions avant janvier 2015.

les ARS, tout comme les ARH ne sont pas des agences décentralisées, mais déconcentrées de la puissance publique. La figure ci-dessous met en évidence les différentes échelles de délégation du pouvoir central aux agences régionales. Anne Buttard (2008a) identifie quatre formes différentes de délégation allant de la moins autonome à la plus autonome. La décentralisation représente la forme de référence du *New public management*, les autres quant à elles représentent des formes hybrides des systèmes productifs régionaux. Selon le type de mission considérée, la forme de régionalisation de l'ARS oscille entre déconcentration et délégation (*Cf.* figure 25).

Figure 25 – Régionalisation et autonomie des agences



Source : Buttard (2008a)

L'autonomie dans la mise en œuvre des politiques de santé est donc conditionnée par les objectifs fixés par les membres du Conseil national de pilotage des ARS constitué des acteurs du système de santé et de protection sociale à l'échelle de régulation nationale. Le ministre du budget fait également partie des membres du comité de pilotage des ARS. C'est ce comité national qui a pour mission de contrôler les résultats des ARS. La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 précise que l' « *ARS est chargée de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions destinés à réaliser, à l'échelon régional ou infrarégional : des objectifs de la politiques nationale de santé, tels que définis à l'article L 1411-1 du Code de la santé publique ; des principes fondamentaux qui guident la mise en œuvre de la politique de Sécurité sociale (article L 1431-1 du Code de la santé publique). Les agences régionales de santé doivent contribuer au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)* ».

L'article 1431-2 du Code de la santé publique précise également deux grandes missions de l'ARS. Elle doit mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique et doit réguler, orienter et organiser l'offre de service de santé sur le territoire, y compris l'offre des professionnels de santé libéraux. L'insertion de compétences dans l'encadrement des pratiques libérales montre ici encore l'influence du modèle théorique initial des agences présenté par le *New public management* dans le sens où les partenariats public-privé sont encouragés.

Ces deux textes de loi mettent ainsi en évidence que les missions des ARS correspondent à celles présentées par le *New public management*. Toutefois, le degré d'autonomie dont elles disposent n'est pas le même que celui présenté dans le modèle théorique, cela marque alors l'hybridation du modèle. Les ARS doivent mettre en place un programme régional de santé en cohérence avec les politiques nationales de santé. Les programmes régionaux de santé présentent alors la mise en œuvre des missions des ARS pour atteindre les objectifs fixés par les politiques de santé à l'échelle de la région.

Encadré 16 – La mise en œuvre des politiques de santé par l'ARS

La mise en œuvre de la régulation, de l'orientation et de l'organisation de l'offre de service de santé par les ARS s'articule autour de neuf missions :
- Autoriser la création et l'installation des établissements de santé, de chirurgie esthétique et du domaine médico-social. Les ARS contrôlent et allouent les financements relevant de leurs compétences pour ces établissements. Les ARS allouent également des financements aux maisons pour l'autonomie.
- Évaluer et promouvoir la formation des professionnels de santé, des personnes qui apportent une assistance aux personnes âgées dans les actes quotidiens de la vie et des aidants et accueillants familiaux.
- Mettre en œuvre et évaluer les mesures contenues dans le Schéma régional d'organisation des soins.
- Aider la mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.
- Veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la prise en charge dans le domaine médico-social et les évaluer.
- S'assurer de l'accès aux soins et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité.
- Définir et mettre en œuvre les actions régionales en complément des programmes nationaux en ce qui concerne les modalités de recours aux soins et aux pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire, dans les établissements de santé et médico-sociaux. C'est dans cette mission que s'insère la télémédecine. Un bilan annuel qualitatif et quantitatif des séjours et de l'activité des établissements de santé qui porte sue les actes et interventions réalisés doit être produit.
- Encourager et favoriser l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel dans les établissements de santé.
-Évaluer et identifier les besoins sanitaires des personnes en détention et définir et réguler l'offre de soins en milieu pénitentiaire. Ici encore, la télémédecine est incluse à cette mission.

Source : réalisé à partir de Holcman (2015)

Enfin, le fonctionnement administratif des ARS repose sur un financement qui émane simultanément de subventions de la puissance publique, de la Caisse nationale de solidarité

pour l'autonomie pour des actions (CNSA). Dans la réalisation de leurs missions, les ARS peuvent également superviser l'utilisation de fonds divers, issus de collectivités régionales, supra-régionales ou internationales (européennes généralement). La mise en œuvre des missions des ARS repose sur la coordination par contractualisation. Il convient d'approfondir cette modalité de coordination à l'échelle de la régulation régionale.

2.2. La contractualisation, outil régional de régulation des missions de service public

À l'échelle de la régulation régionale, le contrat représente le dispositif de coordination type. Nous positionnons dans un premier temps le contrat de télémédecine au sein de la boîte à outils contractuelle de l'ARS (2.2.1) puis nous discutons des caractéristiques propres de ce contrat (2.2.2).

2.2.1. Le contrat de télémédecine au sein de la boîte à outils contractuels des ARS

La contractualisation représente le principal outil de coordination des ARS. C'est précisément par le contrat que s'exerce la régulation externe à l'échelle de la région. Les ARS disposent de six outils contractuels dont le contrat de télémédecine[103]. Le principal est le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). L'article L6114-1 du code de la santé publique indique que : « *L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans. (...) Des organismes concourant aux soins, des universités, des établissements publics scientifiques et technologiques ou d'autres organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral, peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses* ».

Le CPOM a la double fonction de lier l'ARS avec les établissements de santé, mais également avec la tutelle nationale. Il est l'outil de coordination permettant la réalisation de programme régional de santé (PRS). La DGOS indique le rôle du CPOM : « *Les contrats définiront le positionnement de chacun des établissements dans la structuration de l'offre de*

[103] Nous ne détaillons pas ici le contrat de télémédecine puisqu'il a été présenté dans le premier chapitre. Par ailleurs, nous consacrons la section suivante à la qualification du contrat de télémédecine comparativement au modèle contractuel support du *New public management* tel que nous l'avons présenté dans le chapitre 3.

soins ainsi que les synergies avec les autres acteurs du territoire en référence aux orientations du PRS. Il est également inclus dans les CPOM les modalités de mise en œuvre de l'amélioration de la performance : Les CPOM devront définir les orientations des établissements dans les 3 dimensions de la performance : qualité du service rendu ; efficience économique ; optimisation de la gestion des ressources humaines » (DGOS, 2012a, p. 5). Les CPOM doivent donc préciser l'intégration des objectifs des politiques de santé entre les parties prenantes et les modalités d'évaluation de ces objectifs. Il décline l'ensemble des indicateurs d'activité pour chaque établissement.

La DGOS précise également les conditions de régulation permises par le CPOM et marque la nécessité de la standardisation de ce contrat. Cela met en évidence la relative autonomie des ARS dans les modalités de mise en œuvre des politiques régionales : « *Afin de garantir l'efficacité des contrats, leur contenu devra se concentrer sur les évolutions les plus structurantes envisagées pour les 5 années à venir afin d'en faire un document synthétique et stratégique mobilisable autant dans la gestion interne des établissements que pour la régulation régionale. Leur contenu devrait également être évaluable, c'est-à-dire rassembler des orientations et des indicateurs en nombre limité et pouvant faire l'objet d'un suivi régulier et d'une évaluation annuelle. Enfin, compte tenu de la charge que représentera cette démarche de contractualisation pour les équipes des ARS et pour celles des établissements, leur élaboration ainsi que leur suivi devront être aussi standardisés que possible* » (*Ibid*., p. 5).

Les contrats de télémédecine sont généralement une annexe des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens puisque les objectifs de la télémédecine s'inscrivent également dans le programme régional de santé. La DGOS précise alors que : « *Les CPOM passés avec les établissements porteurs d'un projet de télémédecine seront un outil de mise en œuvre des grandes orientations arrêtées dans le programme. À ce titre, ils doivent être conçus comme un levier pour le déploiement des usages de ce nouveau mode d'exercice de la médecine. Il convient toutefois de noter que la contractualisation en matière de télémédecine dépasse la fixation d'objectifs stratégiques. Elle a également été conçue comme un dispositif de mise en conformité de l'activité de télémédecine avec les prescriptions fixées au plan national (décret du 19 octobre 2010). En conséquence, le contenu du CPOM devra tenir compte de ces deux objectifs : contribution du projet à l'évolution de l'offre de soins territoriale (aspects stratégiques) ; description des conditions de réalisation de l'activité (contrôle de conformité)* » (Ibid., p. 8). La mise en conformité des projets a été facilitée par l'article 51 de

la loi HPST qui met en place les protocoles de coopération entre professionnels de santé. L'ARS domine donc la régulation du triptyque hôpital/ville/médico-social.

Les quatre autres types de contrats de coordination proposés par les ARS sont les Contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les Contrats santé solidarité, les Contrats d'engagement de service public et enfin les Contrats locaux de santé. Nous ne détaillerons pas ces contrats puisqu'ils n'ont pas de lien avec la pratique de la télémédecine. L'*instrument contractuel* (Benamouzig et Pierru, 2011 ; Bezes et Demazière, 2011) représente alors l'instrument emblématique du *New public management*. Le contrat est l'objet de régulation de la tutelle de proximité. Il convient à présent de caractériser le contrat de télémédecine au regard des théories économiques.

2.2.2. Le contrat de télémédecine, contrat type du *New public management* ?

La relation entre l'ARS et les projets de télémédecine peut être qualifiée de relation d'agence telle que nous l'avons définie dans le chapitre 3 (*Cf.* p 202 et suivantes). Nous présentons dans un premier temps le contrat type de télémédecine tel que pourrait le décrire la théorie normative de l'agence (2.2.2.1). Nous montrons ensuite que le contrat de télémédecine, tel qu'il est effectivement présenté repose davantage sur les supports de la théorie positive de l'agence et peut être qualifié de contrat d'usage au sens des théories institutionnelles hétérodoxes (2.2.2.2).

2.2.2.1. Le modèle théorique pur du contrat de télémédecine : encadrement parfait de l'opportunisme

La relation entre un projet de télémédecine et l'ARS peut être représentée par une relation d'agence et donc caractérisée par une forte asymétrie d'information. L'ARS, le principal, encadre le déploiement de la télémédecine à l'échelle de la région mais ne dispose pas de toutes les informations concernant la production de télémédecine au sein de chaque projet où se situent les agents. Dans la perspective du *New public management*, et plus particulièrement de la théorie de l'agence, il est considéré que l'individu est doté d'une rationalité substantive. Dans cette perspective, si l'ARS souhaite déléguer les missions de télémédecine, il est nécessaire de mettre en place un contrat incitatif afin de s'assurer que les porteurs de projets mèneront à terme leurs missions. Dès lors, dans cette perspective, qui

repose sur la théorie normative de l'agence, le contrat est avant tout incitatif et doit proposer un modèle de rémunération mixte associée à la réalisation d'une mission (Buttard, 2008a).

Cela correspond aux premières tentatives de mise en place de rémunération des actes de télémédecine (Simon et Acker, 2008). En effet, pour que le contrat soit incitatif, au sens de la théorie normative de l'agence, il doit contenir une part fixe, définie en amont de la production et une part variable, versée en aval et dépendante de l'atteinte des objectifs (Franc, 2001). C'est par le biais de ce double mécanisme que l'agent, doté d'une rationalité substantive, va accepter de fournir un effort productif optimal. La définition dans le contrat d'une part fixe et d'une part variable doit permettre d'encadrer les deux comportements opportunistes que sont l'aléa moral et l'antisélection (Perrot et Fonteneau, 2003).

C'est initialement à ce type de contrat que le comité national de déploiement de la télémédecine a souhaité avoir recours. C'est ce que nous avons mis en évidence dans le chapitre précédant en présentant l'évolution des discussions au sujet des modalités optimales de rémunération des actes de télémédecine. Pour mettre en œuvre ce type de contrat, cela suppose alors que l'ARS organise un suivi fin de l'activité et soit en mesure de comptabiliser avec précision la production réalisée au sein du projet. C'est donc le rôle attribué initialement au système d'information de santé régional et notamment aux plateformes régionales de télémédecine, lieu de rencontre et de stockage de toute l'information liée à l'activité de télémédecine.

Cette modalité de régulation contractuelle n'est rendue possible que sous la condition d'une généralisation du suivi de l'activité médicale par la tutelle. C'est donc le rôle de la normalisation et de la standardisation des actes de télémédecine tels que nous les avons précédemment présentés. Ainsi, la partie variable de la rémunération pourrait être indexée sur le suivi qualitatif et quantitatif des projets de télémédecine. Autrement dit la rémunération variable pourrait dépendre des résultats de l'évaluation de la performance des projets. L'ensemble des dispositifs du *New public management* sont alors mobilisés dans les modalités de régulation externes régionales des projets de télémédecine. Dans cette optique, la présence d'une entité de régulation de proximité et unifiée permet un encadrement rapproché de la production. Son ancrage dans le territoire et son aménagement rendent légitime l'action de régulation. Toutefois, cela ne représente qu'un modèle théorique idéaliste du contrat de télémédecine, qui repose sur un modèle pur du système productif. Dans un modèle hybride, les propositions de contrats sont quelques peu différentes, comme nous le verrons dans la section suivante.

2.2.2.2. Le contrat de télémédecine, incitation faible et coercition forte

En France, la mise en œuvre du modèle théorique du *New public management* repose sur une hybridation de son modèle productif, le *Gros embouteillage institutionnel*. Par ailleurs, l'organisation du système de santé de type multi-principaux ne permet pas la réalisation de contrats complets au sens de la théorie de l'agence. Les contrats tels que décrits ci-dessus peuvent entraîner des incertitudes[104] concernant le niveau de qualité de la production de télémédecine. Il peut y avoir par exemple une sélection des patients ou des pathologies afin d'atteindre les objectifs fixés par le contrat. Dans le modèle productif hybride du *New public management* de type *Gros embouteillage institutionnel*, les ARS proposent davantage un contrat tel que décrit par la théorie positive de l'agence. Contrairement à la théorie normative, la théorie positive repose sur l'hypothèse d'une rationalité limitée de l'agent (Charreaux, 2000). De ce fait, il n'est pas possible de supposer l'existence de contrats complets. L'incitation du contrat ne peut donc pas reposer exclusivement sur des modalités de rémunération. Anne Buttard et Maryse Gadreau (2008b) mettent en évidence que les contrats issus de la théorie positive de l'agence reposent sur trois modalités : (i) la menace de rupture du contrat, (ii) l'apprentissage par *feed-back* qui inclut l'évaluation et enfin (iii) la confiance. Puisqu'il n'est pas possible de mettre en place un contrat complet, la confiance joue un rôle primordial. Puisqu'au sein du contrat de télémédecine, les risques d'opportunisme sont élevés, il apparait nécessaire de mettre en place des mécanismes d'évaluation et de contrôle *via* des systèmes d'information partagés de santé. Le contrat de télémédecine repose donc sur un pouvoir incitatif moindre comparativement au contrat type du *New public management*.

Au sein des théories néo-institutionnalistes hétérodoxes il est possible de trouver la distinction entre des contrats d'échange et des contrats d'usage (Ramaux, 1996). Le contrat d'échange implique une réciprocité fortement intentionnelle. C'est par exemple le cas entre le médecin et son patient. Le contrat d'échange coordonne la relation. Le patient délègue intentionnellement un pouvoir au médecin en échange d'une rémunération. Le contrat d'usage, au contraire n'implique pas de réciprocité intentionnelle dans l'accord. Ces contrats sont négociés entre partenaires collectifs et s'imposent à l'agent. En médecine ambulatoire cela concerne par exemple la convention médicale. Le contrat de télémédecine peut alors être appréhendé comme un contrat d'usage qui règlemente strictement l'organisation du projet de télémédecine. En effet, le contrat de télémédecine n'implique pas de réciprocité dans

[104] L'incertitude est entendue ici au sens de Knight (1921) dans le sens où cette dernière, contrairement au risque, représente une situation dans laquelle l'agent n'est pas en mesure d'attribuer une probabilité objective aux éventualités du réel.

l'échange entre l'ARS et les médecins du projet concerné. Il s'agit davantage d'un outil d'encadrement qui s'impose aux médecins et qui ne laisse que très peu de marge de manœuvre dans la prise de décision individuelle une fois signé. C'est ce qui peut expliquer le très faible recours à la contractualisation de l'activité de télémédecine et la demande formulée par le Conseil national de l'ordre des médecins de supprimer le contrat de télémédecine tel que proposé dans le cadre d'une contractualisation avec les ARS[105]. En effet, la marge de manœuvre des agents, décrite dans la section suivante, est très réduite dans le contrat de télémédecine.

2.3. Le contrat d'un instrument de coordination à un outil de contrôle

Les contrats représentent le principal outil de coordination dans le champ de la santé. Toutefois, à l'image du contrat de télémédecine, ils sont faiblement incitatifs et n'incluent pas de modalités de paiement mixtes laissant penser l'existence d'un contrat complet à même de contrer simultanément toute forme d'opportunisme (Perrot et Fonteneau, 2003). Ces contrats possèdent alors un caractère coercitif bien différent de leur modèle théorique. Il est possible de les définir comme des contrats d'usage dans le sens où ils ne font pas l'objet d'une réelle négociation entre le projet et l'ARS. Non seulement le contenu du contrat est formaté par le comité national de pilotage du déploiement de la télémédecine, mais en plus le degré d'intentionnalité des agents varie selon leur statut. Le contrat est effectivement en partie défini à partir d'orientations déterminées en amont du programme régional de télémédecine puisqu'il est conditionné par les grandes priorités nationales du déploiement de la télémédecine (DGOS, 2012d).

Ainsi, les marges de manœuvre des acteurs locaux, tant du côté des professionnels de santé participant aux projets de télémédecine que de celui de l'ARS, sont réduites à leur strict *minimum*. Les grandes priorités sont définies à l'échelle nationale et les contrats types de télémédecine sont identiques pour tous les projets de toutes les régions (DGOS, 2012c). Le contrat est donc davantage envisagé comme un mécanisme de contrôle des acteurs du projet en vue de réduire la dépense de santé que comme un outil de coordination optimal visant à minimiser les coûts de transaction lors de la réalisation des actes de télémédecine. La partie incitative des contrats, liée à la rémunération des actes peine quant à elle à faire consensus

[105] Il est à noter que dans le nouveau cahier des charges de l'application de l'article 36, la contractualisation avec l'ARS n'est plus un pré-requis indispensable pour participer aux expérimentations. L'encadrement des projets de façon contractuel avec les ARS a été abandonné dans le cadre des nouvelles expérimentations.

entre la tutelle et les financeurs. En effet, le volet concernant la rémunération est celui qui porte le plus à discussion entre les différents cahiers des charges de l'application de l'article 36 (*Cf.* chapitre 2 p. 144).

Dans les faits, la mise en place des recommandations du *New public management* au sein du modèle hybride français s'est traduite par l'avènement de nouvelles formes de contrôle qui viennent s'additionner à des dispositifs de régulation marchande. Nicolas Belorgey (2010) et Olivier Borraz (2008) mettent en évidence que les pratiques de contrôle des agences ont été présentées comme des modèles organisationnels souples et transparents, en autonomie vis-à-vis de la puissance publique centrale. Toutefois ces auteurs montrent que dans les faits elles sont en réalité des *bureaucraties de second rang* (Benamouzig et Besançon, 2008). Les différentes réformes menées sous couvert du *New public management* ont alors conduit au renforcement du rôle de l'État dans le pilotage des politiques de santé et ce, tout en intensifiant le recours au marché (Belorgey, 2010).

Successivement, les ordonnances dites Juppé du 24 avril 1996, la loi sur l'Assurance maladie de 2004 (qui donne la première définition institutionnelle de la télémédecine) et la loi HPST de 2009 ont contribué au renforcement de l'État dans la gestion du système de santé au détriment des partenaires sociaux (Bergeron et Castel, 2015 ; Domin, 2013). La grande innovation législative de ces réformes est toutefois la définition de la région comme espace pertinent de coordination des acteurs de l'offre de soins (Bergeron et Castel, 2015). En outre, la régulation interne échappe au modèle productif hybride du *New public management.* Elle représente toutefois une échelle de coordination qu'il convient d'étudier et peut entrer dans un rapport de force avec les autres.

3. Régulation interne et conventions : conflit de représentation

« Dire que la profession médicale est une profession libérale,
c'est, selon nous, non seulement mettre l'accent sur l'autonomie
intellectuelle, mais sur le fait que chaque membre est en quelque sorte
son propre maître, jouit d'un statut proche de celui de l'entrepreneur libre,
les règles professionnelles garantissant alors cette indépendance
morale et économique »
(Steudler, 1977).

Nous venons de mettre en évidence dans les deux premières parties de ce chapitre les mécanismes de coordination issus des échelles externes de régulation de l'activité

télémédicale. Qu'il s'agisse de l'échelle nationale ou régionale, les outils de coordination sont en adéquation avec les préceptes du *New public management* et ont pour vocation de participer à ce que les partisans du référentiel de marché nomment la modernisation de l'action publique. Les échelles de régulation externe de la pratique de la télémédecine sont également les seules à être présentées dans la politique publique de déploiement de la pratique. Toutefois, il existe dans les faits une troisième échelle de gouvernance : l'échelle interne. L'absence de considération des modalités de coordination mises en œuvre à cette échelle peut alors expliquer en partie l'absence de dynamisme dans le développement de la pratique. Pourtant, la régulation interne est historiquement la première forme de régulation de l'action médicale. En effet, la régulation interne de la pratique médicale a largement précédé toute forme de régulation externe.

Nous montrons dans cette partie qu'à cette échelle de régulation, l'organisation des échanges reposent davantage sur des logiques coopératives que sur des mécanismes de coordination. La régulation des médecins se fait par les médecins (3.1). La convention, en tant qu'interprétation des modalités de fonctionnement du groupe est alors le mode de régulation interne de la profession médicale (3.2).

3.1. La place de la régulation interne dans la coordination de la profession médicale

La régulation de la médecine est historiquement marquée par une autorégulation. Toutefois, au cours de son histoire, cette régulation est remise en cause par des conflits internes à la profession, ce qui laisse possible l'intégration de nouvelles formes de régulation. D'où la mise en place de diverses modalités de régulation externe (3.1.1). Toutefois, les acteurs de la régulation interne cherchent à retrouver une place en première ligne de la gouvernance de la profession médicale. La télémédecine représente alors un terrain privilégié de reconquête de la profession par la première institution régulatrice, l'Ordre des médecins (3.1.2). La part grandissante de la régulation externe dans la gouvernance de l'activité vient toutefois questionner la place de la déontologie et de l'éthique, piliers de la régulation interne. Cela est particulièrement visible dans le cas de la télémédecine (3.1.3).

3.1.1. L'autorégulation, la médecine en quête de légitimité de la régulation interne

La sociologie des organisations, dont l'objet d'étude est la description et l'analyse des logiques d'acteurs et de leurs interactions en vue d'en définir les modes d'action et de régulation (Crozier et Friedberg, 1977), s'est attelée à caractériser la coordination médicale. Francis Pavé (2012) s'appuie sur ces travaux pour mettre en évidence la situation particulière dans laquelle se trouvent actuellement les modalités de gouvernance de l'offre de soins. Le courant fonctionnaliste de la sociologie présente les médecins comme des professionnels[106], marquant ainsi une distinction entre les différents corps de métiers. Ce statut particulier rendrait alors légitime l'autorégulation de ce groupe socio-économique (Freidson, 1984). Francis Pavé (2012) met en évidence qu'historiquement, en France, l'indépendance des médecins d'un point de vue professionnel est un principe de droit et que cette profession est largement impliquée dans la réglementation de son activité. Ces résultats seront repris et approfondis par les économistes et analysés sous l'angle de l'Économie des conventions (Da Silva et Gadreau, 2015).

Didier Tabuteau (2010), quant à lui, qualifie les médecins de *profession législatrice*. L'Ordre national des médecins a été créé en 1940 et devient l'instance principale de régulation de l'activité médicale. Il s'agit alors d'une régulation interne. C'est l'Ordre qui autorise l'exercice des professionnels médicaux sous réserve que ces derniers aient suivi un *cursus* de formation complet et aient soutenu leur thèse de doctorat de médecine. Pour pratiquer la médecine, tout médecin doit donc être inscrit à l'Ordre de sa spécialité. L'Ordre est également responsable de la déontologie médicale et de son respect. Ainsi, l'Ordre peut interdire à un médecin d'exercer la profession en cas de manquement aux règles déontologiques.

La pratique libérale de la médecine est alors soutenue par quatre principes fondateurs que compose la charte médicale : le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription du médecin, l'entente directe entre le malade et le patient en matière d'honoraires, le paiement direct des honoraires par le patient au médecin (Hassenteufel, 2008b). Ces quatre principes sont inscrits dans le code de déontologie, publié au Journal officiel en 1947. À ces quatre principes fondateurs s'ajoute celui du respect absolu du secret

[106] La différence entre profession et métier fait débat en sociologie et plus précisément entre les courants de la sociologie fonctionnaliste et interactionniste. Le premier définit la profession comme une catégorie particulière de métiers pour laquelle la spécificité des savoirs et des compétences lui confère une autonomie d'action. Le second affirme qu'il n'y a pas de différence entre les termes profession et métier ; il s'agit tout au plus de critères de représentations sociales. Le récent courant de la sociologie des professions aborde la question différemment en la traitant sous l'angle des spécificités de l'activité et non du statut.

professionnel. Initialement, la régulation de la profession médicale se fait donc exclusivement par voie d'autorégulation et la création de l'Ordre vient renforcer l'idée que seul un organe de gouvernance par les pairs est justifié (Jaunait, 2005).

Toutefois, depuis le XIXe siècle la profession médicale entretient des relations conflictuelles avec la puissance publique. Monika Steffen (1987) parle d'une *profession avec et contre l'État*. En effet, la profession médicale cherche le soutien de la puissance publique dans la reconnaissance du statut du médecin et dans l'instauration de barrières à l'entrée de la profession mais réfute toute intrusion dans la régulation de l'activité. Didier Tabuteau (2009b) met en évidence que, dès les discussions autour de la mise en place d'un système d'assistance publique et de la création d'un statut de médecin salarié, des tensions se sont fait sentir puisque c'est « *le début d'un malentendu historique sur lequel se sont établies, en France, les relations entre le corps médical, du moins dans sa composante libérale, et les pouvoirs publics. Car cette opposition latente, qui s'exprime parfois de manière exacerbée lors des négociations d'une nouvelle convention médicale, explique largement et sous-tend l'organisation actuelle du système de soin* » (Tabuteau, 2009b). Dès lors, le maintien du monopole d'exercice devient primordial pour les professionnels médicaux et les premiers syndicats médicaux sont créés en 1881. Le syndicalisme médical et l'Ordre deviennent les coordinateurs internes de l'action médicale. Pourtant, avec la création des premières caisses d'assurance de la sécurité sociale, la puissance publique devient petit à petit un acteur grandissant de la régulation de la profession médicale et la part de la normalisation dans l'encadrement des pratiques ne cesse de croître. Trois phénomènes peuvent expliquer l'importance croissante de la régulation externe de la profession médicale.

Le premier est une crise interne à la profession[107]. La structure hiérarchique au sein de la profession médicale est source de conflits. Savoir et pouvoir vont généralement de pair et sont à l'origine de la structure hiérarchique du corps médical (Hassenteufel, 1997). En effet, la capacité du médecin à guérir et à sauver des vies constitue un savoir qui lui confère un pouvoir. Néanmoins, tous les médecins, selon leurs formations et leurs spécialisations, ne possèdent pas le même savoir, et ne détiennent donc pas un pouvoir identique. La hiérarchie, créée au sein de l'action médicale, dépend donc du savoir détenu par les médecins. Historiquement, la médecine clinique apparaît comme le sommet de la hiérarchie médicale. Il s'agit alors de médecins experts, généralement praticiens hospitaliers, qui vont impulser les règles internes de la pratique médicale (Arliaud, 1987).

[107] Ce paragraphe est issu de Rauly (2013b).

Cette médecine clinique, historiquement exercée dans un cadre hospitalier, n'est accessible que *via* les concours successifs d'externat, d'internat, de clinicat et de médicat. Il apparaît dès lors que les qualités idiosyncrasiques reconnues comme étant nécessaires à la pratique de la médecine clinique proviennent de la représentation de la bourgeoisie du XIXe siècle, ce qui auto-entretient une vision des propriétés personnelles attendues du médecin clinicien. En dessous de cette élite clinicienne, légitimée par la voie des concours, se trouvent les médecins diplômés de facultés de médecine qui exercent une médecine de ville. Historiquement, il existe donc une suprématie de la médecine hospitalière. Cette suprématie est contestée au sein même de la profession au cours du XXe siècle. Les médecins exclus de la formation et de la pratique hospitalière pointent alors l'inefficience d'un système de santé autocentré sur une reproduction sociale de la bourgeoisie (*Ibid.*).

Ces revendications scellent le début d'un ensemble de réformes institutionnelles à la tête duquel se trouve la réforme dite Debré du 30 décembre 1958 et marquent l'intensification d'une régulation externe de la profession. La réforme Debré amorce une réorganisation du système de santé et fait disparaître la dualité de formation des praticiens. Le clivage hôpital d'un côté et faculté de l'autre laisse place à une formation hospitalo-universitaire commune à l'ensemble des futurs médecins (Arliaud, 1987). Toutefois, toutes les réformes successives du système de santé vont entraîner la montée de la spécialisation médicale. Cette spécialisation va se renforcer à partir de la seconde moitié du XXe siècle. La nouvelle division du corps médical, à la fois technique et sociale, instaure donc une hiérarchie entre les spécialités tout en renforçant l'hospitalo-centrisme. La nouvelle hiérarchisation de l'action médicale tient désormais compte du degré de spécialisation du médecin. Le prestige attribué à chaque spécialisation est, dès lors, corrélé à la qualification nécessaire à son obtention. La mise en évidence d'une division du travail intellectuel et technique, hiérarchiquement différenciée, engendre une différenciation marchande de chaque acte médical permettant un jugement de valeur des différentes actions médicales. Désormais, le système hospitalo-centré côtoie une division verticale du travail médical qui rend difficile une coordination de la profession qui repose sur une unique régulation interne.

Le deuxième phénomène qui explique l'introduction croissante d'une forme de régulation externe est l'apparition d'une crise de confiance de la population à l'égard de la profession médicale depuis la fin des années 1970[108]. Avec l'apparition des maladies chroniques les patients deviennent de meilleurs connaisseurs de leur propre maladie (ex :

[108] Ce paragraphe est repris de Da Silva et Rauly (2015).

SIDA), ce qui a pour effet de réduire l'autorité médicale. Les patients se structurent en association pour revendiquer la fin du paternalisme médical (Barbot et Dodier, 2000). L'asymétrie d'information entre patients et médecins se restreint. Il faut ajouter à cela diverses crises de santé publique, comme celle du sang contaminé, qui contribuent à rendre nécessaire une évolution du système de santé (Benamouzig et Besançon, 2005). Il ne semble plus raisonnable de ne pas contrôler l'expertise médicale. Les années 1980 marquent alors l'avènement d'une « démocratie sanitaire » au sein de laquelle le patient devient actif dans la prise en charge de sa maladie et l'éducation thérapeutique se développe (Domin, 2006).

Le troisième phénomène explicatif de l'intensification de la régulation externe est une remise en question de la représentation ordinale et syndicale des professions médicales. Qu'il s'agisse de l'Ordre ou des syndicats, Francis Pavé (2012) met en évidence que depuis les années 1990 les médecins se détournent de leurs représentants dont l'organisation est jugée technocratique. La profession médicale décrit alors le syndicalisme comme des « *notables qui ont oublié les problèmes de terrain* » (*Ibid*., p. 199). L'auteur a réalisé une enquête auprès de médecins libéraux au sujet de leurs relations avec leurs représentants syndicaux. Il met en évidence que la plupart des sondés ne se souviennent pas du nom du syndicat pour lequel ils votent ou cotisent. Il affirme alors qu'il existe une volonté de la part des médecins de délégitimer le syndicalisme médical. Il interprète cela par une trop grande proximité entre les syndicats et les représentants de la tutelle médicale et particulièrement lors des débats concernant la contractualisation de l'activité et les négociations conventionnelles.

De la même façon, l'Ordre est perçu par les professionnels médicaux comme en décalage avec les pratiques actuelles de la médecine et l'évolution démographique de la population médicale. L'Ordre est alors qualifié d'institution vieillissante qui a des difficultés à faire face aux autres partenaires institutionnels de la profession médicale. Nous allons montrer que l'Ordre cherche à moderniser son action, notamment au sujet des questions concernant la pratique de la télémédecine. De nouveaux mécanismes consultatifs de la profession médicale, tels que la Grande consultation des médecins sont mis en place par l'Ordre afin de regagner la confiance de la profession.

3.1.2. Télémédecine et Ordre des médecins : vers la reconquête de la profession médicale

En février 2016, Le Conseil national de l'ordre des médecins a publié un rapport nommé « *Télémédecine et autres prestations médicales électroniques* » (CNOM, 2016). Ce

rapport peut être interprété comme une reconquête de l'opinion médicale. Il s'agit d'un avis public de l'Ordre sur la télémédecine et son analyse du faible engouement des médecins libéraux pour la pratique. Dans ce rapport, l'Ordre propose différentes modifications à apporter au cadre réglementaire actuel de la télémédecine. Afin de justifier ces recommandations, l'Ordre précise que toutes les propositions faites au sein de ce rapport tiennent compte des avis des professionnels de santé recueillis au cours de la Grande consultation des médecins qui a eu lieu entre le 12 octobre et le 22 novembre 2015 sur un site internet dédié et qui a recueilli les avis de 35 000 médecins sur la pratique de leur activité. Au cours de cette Grande consultation, l'Ordre a demandé aux professionnels médicaux de se positionner au sujet des prestations médicales en ligne au regard de la déontologie médicale.

Il ressort de cette Grande consultation que 70 % des médecins ayant répondu à l'enquête pensent qu'il est nécessaire d'intégrer le numérique dans les pratiques médicales et de façon territoriale. L'Ordre met alors en évidence que les médecins sont favorables à la pratique de la télémédecine, mais que l'encadrement réglementaire actuel pousse à *l'Uberisation des prestations médicales*. L'Ordre prend alors clairement position à l'encontre de la régulation externe de la télémédecine et déclare dans ce rapport : « *Alors que le décret n° 2010-129 du 19 octobre 2010 (dit télémédecine) pris pour l'application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 continue d'imposer des conditions juridiquement strictes pour la mise en œuvre des pratiques de la télémédecine et que les conditions de la rémunération des praticiens qui y contribuent fait toujours défaut à la CCAM, des offres parallèles de prestations médicales téléphoniques ou informatiques s'affranchissent de ces contraintes ouvrant vers des situations «d'ubérisation de la médecine», selon l'expression utilisée dans notre communiqué de presse* » (CNOM, 2016, p. 3).

Il est possible de voir à travers cette position clairement affichée de l'Ordre la recherche d'une légitimité nouvelle de la première instance de régulation interne de la profession médicale. L'Ordre énonce alors un ensemble de recommandations destiné à la puissance publique afin de tenir compte de la position de la profession médicale quant aux modalités de régulation externe de l'activité de télémédecine. Il est alors explicitement demandé de simplifier les modalités de mise en œuvre de la pratique de la télémédecine, de sécuriser juridiquement les médecins participant à l'activité et enfin de supprimer les modalités contractuelles avec l'ARS.

Il est donc possible de retrouver ici les mêmes conclusions que celles faites par Monika Steffen (1987), la profession souhaite une protection juridique de la part de la puissance publique, sans pour autant que celle-ci n'intervienne dans les modalités de

régulation de la pratique. L'Ordre appuie également sa crainte sur le manque d'encadrement par la puissance publique du respect de la déontologie dans la mise en œuvre de la régulation de la pratique et notamment dans le cadre de la collecte d'informations de santé. Ainsi, l'Ordre pointe huit limites et inadéquations du cadre réglementaire et normatif actuel de la télémédecine. Ces limites viennent toutes remettre en question les modalités de régulation externes tant à l'échelle de l'ARS que de la puissance publique nationale.

Encadré 17 – Les arguments de l'Ordre en défaveur de la régulation externe de la télémédecine

Nous retranscrivons ici les arguments du CNOM donnés dans le rapport de février 2016 portant sur la télémédecine en défaveur des modalités de régulation actuelles :

1. Si le cadre juridique, a permis le développement de la télémédecine entre établissements ou entre établissements et prestataires, il s'est révélé manifestement trop rigide dans les pratiques ambulatoires, alors même que la télémédecine est un élément important à prendre actuellement en compte dans le « virage ambulatoire » annoncé dans la communication politique du gouvernement.
2. Pour le secteur ambulatoire, un nombre infime d'actes de télémédecine sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou par les ARS dans des expérimentations régionales. Pourtant le CNOM souligne que la pratique de la télémédecine a donné lieu à de multiples études de portée scientifique ou médico-économique, notamment par les travaux de la SFT-ANTEL et d'autres sociétés savantes. Ces travaux et les évaluations réalisées, y compris sur le plan européen et international, permettent à cette pratique médicale de reposer sur des bases assurées, sans qu'il soit nécessaire de reproduire sans cesse des expérimentations avec des fonds de financement public. Le temps est venu des mises en œuvre concrètes et appliquées sur les territoires de santé afin de répondre aux besoins des patients et aux attentes des médecins qui les prennent en charge.
3. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a d'ailleurs déjà tenté de débloquer cette situation par la voie d'une proposition d'amendement au projet de la loi de financement de la sécurité sociale 2015 en proposant que les actes déjà pris en charge par l'assurance maladie par leur inscription à la CCAM le soient tout autant lorsqu'ils sont pratiqués par télémédecine. Ces propositions ont été portées par des parlementaires mais ont été écartées par le Gouvernement au prétexte des effets que pourrait présenter une telle tarification sur les dépenses publiques. La ministre de la Santé a toutefois noté dans son courrier en réponse au CNOM qu'elle y était attentive même si, à ses yeux, les études publiées à ce sujet n'étaient pas encore unanimes.
4. Le cadre juridique contraint du décret télémédecine ne s'adapte pas aux pratiques quotidiennes des médecins dans la prise en charge des patients. C'est ainsi qu'on ne peut pas exiger d'eux qu'ils contractent avec l'ARS.
5. La télémédecine ambulatoire reste donc vitrifiée par des contraintes réglementaires excessives. Cela a contribué à l'émergence de sociétés prestataires de services de « télé conseils personnalisés » payants et hors parcours de soins, qui affirment que leur activité sort du champ de la télémédecine, dès lors qu'aucune contractualisation n'avait eu lieu avec une ARS. Comme si le contrat définissait les besoins et la réalité de la pratique médicale par télémédecine...
6. Par ailleurs, dans ce panorama, des assureurs complémentaires ont proposé des prestations, hors parcours de soins, en profitant du vide créé par les régimes obligatoires, puisque quasiment aucun acte n'est à ce jour inscrit dans la CCAM.
7. Le CNOM, comme d'autres organisations professionnelles, soulignent depuis plusieurs années le fait que la situation actuelle n'est pas tenable. Le ministère de la Santé en a conscience et a lancé une concertation sur la révision du décret télémédecine. Le CNOM demande que le processus soit accéléré.
8. Cette révision de l'écriture du décret télémédecine devra être menée de façon conjointe et concomitante avec une proposition de l'Ordre sur la réécriture de l'article 53 du code de déontologie médicale, afin que la télémédecine s'inscrive dans les réalités quotidiennes pratiques du parcours de soins et de la coordination de soins du patient.

Source : CNOM (2016)

Il n'est en aucun cas question de remettre en cause la pratique de la télémédecine dans les arguments présentés par l'Ordre. Il s'agit en revanche de contester les modalités de régulation de l'activité, la principale critique étant faite à l'égard des modalités de contractualisation de l'activité et la rigidité liée à la normalisation de la pratique. L'Ordre demande alors que les actes de télémédecine, de la même façon que n'importe quel autre acte médical fasse uniquement l'objet d'une inscription dans la Classification commune des actes médicaux et puisse être pratiqués librement. À travers une prise de position en défaveur des modalités actuelles de régulation de la télémédecine, l'Ordre cherche donc à trouver une légitimité nouvelle. Si les modalités actuelles de régulation sont jugées trop rigides par la profession, le cadre éthique soulève d'autres questions. Ainsi, l'Ordre pointe le manque d'encadrement juridique des systèmes d'information partagés de santé.

3.1.3. L'éthique et la déontologie, sont-elles solubles dans la régulation externe ?

« Un système d'information ne sera jamais totalement éthique.
Il ne peut qu'espérer y tendre ! »
Béranger, et al. (2013, p. 92)

Nous avons mis en évidence précédemment que le développement des systèmes d'information partagés de santé était une condition primordiale du déploiement de la télémédecine puisqu'il s'agit du vecteur de circulation de l'information médicale (ASIPSanté, 2015). L'interopérabilité des systèmes d'information doit permettre une harmonisation des pratiques de la télémédecine à l'échelle nationale (ASIPSanté, 2014). Cela étant, cette interopérabilité doit également faciliter le recueil d'informations par les institutions en charge de la régulation externe de la pratique (Beranger, 2014). Autrement dit, c'est par le biais de ces systèmes d'information que peuvent être réalisés le contrôle et l'évaluation des pratiques de télémédecine. Toutefois, plus l'information circule et est collectée, plus la question du respect des principes fondateurs de la médecine libérale se pose et plus particulièrement le respect de la confidentialité et la liberté de prescription du médecin. C'est donc la question du respect de la déontologie qui est soulevée à travers ces questions éthiques.

L'Ordre des médecins demande alors que toute forme contractuelle de la télémédecine porte le visa de l'Ordre afin de s'assurer du respect du code de déontologie. Dans le cas contraire, l'Ordre craint que l'*Uberisation de la santé* entraîne une dégradation de l'éthique médicale (CNOM, 2016). L'éthique médicale peut être représentée comme l'institution conventionnelle de coordination originale de la profession médicale (Batifoulier et Gadreau,

2006). L'éthique est alors *l'esprit de la déontologie* (*Ibid*.). Aucun code déontologique ne peut être complet. L'éthique représente la capacité d'interprétation de la déontologie. Si l'*Uberisation de la santé* vient compromettre l'éthique, c'est la garantie d'une interprétation commune des règles qui est remise en question. Si l'interprétation de la déontologie change, de par l'influence de la régulation externe, la convention éthique ne sera plus approuvée au sein du groupe professionnel. En cas de changement de l'interprétation de la déontologie, telle qu'elle est communément admise par le collectif, la représentation de l'éthique se modifie. L'Ordre craint alors que l'évolution de la convention éthique nuise à la qualité des soins.

Dans cette perspective, Jérôme Béranger, et al. (2013) développent un modèle permettant d'évaluer un système d'information en santé d'un point de vue éthique. Autrement dit, la question qui est posée est de savoir si un système d'information en santé correspond à la représentation de l'éthique qu'en ont les utilisateurs. L'article qui présente ce modèle débute en posant différentes questions quant à l'évolution de la médecine : « *L'information et la numérisation des données médicales mettent-elles en péril certains fondements sociaux et moraux de la médecine ?* » (*Ibid*. p. 84). En d'autres termes, les auteurs posent la question d'une rupture dans les conventions représentatives de l'activité[109]. Ils poursuivent : « *L'évolution de la technologie se fait-elle dans le sens de la simple captation de l'information médicale, au détriment de certaines valeurs, règles et principes centrés sur le respect de l'homme ?* » (*Ibid*. p. 84).

Afin de construire un modèle d'évaluation de l'éthique des systèmes d'information, les auteurs ont réalisé une enquête de terrain en interrogeant les concepteurs, les administratifs, les médecins, les paramédicaux, les responsables de cabinets conseil, les éditeurs et les hébergeurs de données médicales de système d'information en santé. Tous sont des acteurs[110] de système d'information ayant pour objet l'imagerie médicale dans la prise en charge du cancer et utilisent la télémédecine. C'est donc leur interprétation qui conditionne la représentation collective de l'éthique. L'objectif est de questionner les acteurs en positionnant le système d'information comme un dispositif compris entre l'outil technique et l'environnement global de la pratique. Les auteurs ont défini l'éthique par le biais de quatre

[109] Nous définissons ces termes dans la section 3.2 de ce chapitre.

[110] Il est précisé que l'étude porte sur les acteurs de la santé. Sont donc considérés comme acteurs de la santé les administratifs du système d'information, les concepteurs, les éditeurs, les hébergeurs, les cabinets de conseil, les médecins et les paramédicaux. Les acteurs sont présentés dans cet ordre au sein de l'article ce qui amène à poser la question de l'importance hiérarchique des acteurs de la santé. Le statut le plus important dans cet environnement nouveau est-il celui qui conçoit l'outil de production ? Celui qui pose le diagnostic (le médecin pose-t-il le diagnostic ou interprète-t-il celui de l'outil) ? Ou celui qui administre les soins ? Dans ce cas, au sein de l'exemple présenté c'est le professionnel paramédical qui administre les soins, le professionnel médical ne fait qu'interpréter les résultats du système d'information. La question qui se pose alors est de caractériser le rôle de professionnel médical et de définir son rôle dans la chaîne de production du soin au sein de ce système d'information.

principes : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. L'éthique du système d'information a été questionnée sous deux angles environnementaux : politique/stratégique et organisationnel/technologique.

L'étude révèle que, plus l'acteur est éloigné du patient, plus il considère le système d'information comme éthique. En revanche, plus il est proche du patient et le côtoie de façon répétée, plus il évalue le système d'information négativement au regard de l'éthique. Dans cette étude, les professionnels paramédicaux sont ceux qui attribuent le score éthique le plus faible au système d'information. La question peut alors se poser pour les instances de régulation externes qui sont donc les plus éloignées du patient. Un système d'information peut donc être qualifié d'éthique par la gouvernance externe de la santé et ne pas l'être par des acteurs en contact direct avec le patient. Dès lors, cela appelle à questionner les modalités de coordinations internes des acteurs du soin et leur adéquation avec les modalités externes de coordination.

Ainsi, dans le collectif la représentation de l'éthique n'est pas la même. L'interprétation de la déontologie diffère donc au sein des acteurs du système d'information. De nouveaux arbitrages sont donc en cours. Il y a une modification dans le collectif de la représentation d'un comportement légitime. L'éthique peut donc évoluer en fonction des instances régulatrices de la politique de santé, ce qui vient modifier la définition de la légitimité. Philippe Batifoulier et Maryse Gadreau (2005) parlent alors d'éthique intéressée. L'introduction croissante de la régulation externe, telle que nous l'avons définie, peut alors entrainer une *coloration marchande* de l'éthique médicale (Batifoulier et Biencourt, 2005). Il s'agit alors de mettre en évidence les évolutions des représentations de l'activité au sein de la coordination interne.

3.2. La convention, outil de coordination interne

Il semble que dans la présentation de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, qui repose sur les préceptes du *New public management*, la question de la régulation externe soit la seule prise en compte. En effet, la définition des contrats incitatifs de télémédecine, associée à la discussion du rôle de la tutelle de proximité et la recherche du cadre normatif national optimal, sont largement présentées dans la stratégie nationale de déploiement. Ces dispositifs sont alors bénéfiques à l'efficacité productive et à l'organisation des projets de télémédecine dans le sens où ils permettent d'encadrer les spécificités des actifs

lors des transactions. Toutefois, cette vision des modalités de coordination semble incomplète. Les projets de télémédecine ne sont pas nés avec la loi HPST. La règle préexistante est interprétée et dominée à l'échelle du projet par la convention. Pour le comprendre, il est nécessaire de présenter le projet de l'Économie des conventions qui donne une grille de lecture de la régulation interne (3.2.1). Ce cadre d'analyse permet de mettre en perspective l'évolution de l'interprétation que font les médecins des projets de télémédecine. La régulation interne évolue alors d'une cité par communauté à une cité par projet (3.2.2). La convention d'activité professionnelle permet ainsi de caractériser la régulation interne des premiers projets de télémédecine (3.2.3).

3.2.1. L'Économie des conventions, grille de lecture de la régulation interne

Nous avons mis en évidence dans la première partie de cette thèse que les premiers projets de télémédecine ont largement précédé dans le temps l'institutionnalisation de la pratique. Initialement, la télémédecine renvoie donc à l'absence de règle élémentaire formelle et à l'absence de régulation externe de la pratique. L'institutionnalisation de la pratique se fait donc de façon *ad hoc*. Il est possible de retrouver à travers l'histoire de la télémédecine les trois stades évolutifs des organisations réticulaires, à l'image des réseaux, tels qu'ils ont été mis en évidence par Christophe Assens et Philippe Accord (2007)[111].

Il s'agit dans un premier temps d'organisations sans structure juridique particulière mises en place à l'initiative de professionnels médicaux souhaitant répondre aux besoins spécifiques de territoires de santé au sein desquels les caractéristiques de l'offre de soins ne sont pas optimales. L'objectif est alors de faciliter, par le biais des nouvelles technologies médicales, la coopération entre professionnels de soins. La qualité de la coopération est alors primordiale. Dans cette première phase de la pratique de télémédecine, la dimension est exclusivement locale et les dispositifs sont singuliers. Nous rappelons que la moitié des projets de télémédecine recensés sur le territoire national en 2013 était opérationnelle avant l'institutionnalisation de la télémédecine (DGOS, 2013). Jusqu'en 2010, ces projets fonctionnent sans encadrement juridique et, au-delà d'une coordination, cela suppose donc une coopération forte entre les acteurs des projets qui interviennent simultanément dans l'organisation du dispositif. Dans ce cadre particulier, le partage des informations et des responsabilités repose sur une relation de confiance entre les acteurs impliqués. Il ne s'agit

[111] *Cf.* l'encadré 15 dans la section 1 de ce chapitre pour la présentation théorique de ces trois stades.

alors en aucun cas d'une mise en concurrence des acteurs ou d'une volonté de réorganiser le système de santé. La télémédecine est seulement perçue comme une solution efficace à un problème géographiquement et temporellement situé : la désertification médicale et l'évolution croissante de la problématique des maladies chroniques. Il ne s'agit en rien d'une coordination marchande et concurrentielle. Le comportement de chacun est régulé par le respect d'une éthique commune et de l'importance accordée à l'interprétation des autres membres du projet, du comportement de chacun. Le fonctionnement d'un tel modèle de régulation interne suppose d'autres hypothèses de rationalité que celles mobilisées par les théories supports du *New public management*. L'Économie des conventions propose alors un cadre analytique qui permet de comprendre comment de telles modalités de régulation internes peuvent être efficaces.

Encadré 18 – L'Économie des conventions, une pluralité d'approches

La nature d'une convention n'est pas sans ambiguïté dans la littérature et cela au sein même des auteurs appartenant à l'Économie des conventions. Le terme convention a été défini pour la première fois dans la Revue Économique en 1989 (Dupuy, et al., 1989). Il y est alors mentionné que « *le dispositif constituant un accord de volontés tout comme son produit, doté d'une force normative obligatoire, la convention doit être appréhendée à la fois comme le résultat d'actions individuelles et comme un cadre contraignant les sujets* » (*Ibid*., p. 143). Cette définition a ensuite été précisée voire remodelée par les différents auteurs qui s'inscrivent dans le courant de l'Économie des conventions. Ainsi, la convention renvoie, selon les auteurs, à un modèle cognitif et collectif (Favereau, 1989), un système d'attentes réciproques sur les compétences et les comportements (Salais, 1989), une forme sociale (Batifoulier, 2001 ; Favereau, 1999).

Nous retiendrons quatre caractéristiques de la convention définis par Olivier Favereau (1999) : sa formulation est implicite ; son origine est généralement obscure ; son contenu est arbitraire puisqu'il existe d'autres solutions de coordination alternatifs dont la légitimité est concevable (il ne s'agit pas de penser que n'importe quelle règle aurait pu convenir mais de mettre en évidence la pluralité des manières de juger et de légitimer une action (Batifoulier et Thévenon, 2001) ; il n'existe pas de mécanisme de sanction juridique dans le cas de son non-respect bien que des répercussions négatives d'autrui puissent être observées en cas de non-respect.

La dualité de la convention entre normativité et arbitraire est notamment prégnante dans la littérature (Batifoulier, 2001 ; Dupuy, et al., 1989 ; Favereau, 1999). Cela révèle alors la pluralité des modalités de coordination offerte par la convention. Nous retiendrons deux caractéristiques de la convention, son caractère collectif et sa construction sociale malgré le faible degré d'intentionnalité à sa conformité.

La convention possède un caractère collectif qu'il convient de préciser. La convention renvoie nécessairement à une conception individuelle de la décision qui est toutefois ancrée dans les relations sociales de l'agent. La convention n'est ni une contrainte extérieure à laquelle l'individu doit se soumettre ni un accord volontaire. Il existe donc indéniablement un lien social dans la coordination des comportements individuels lors de la régulation par la convention. Pour se coordonner, les agents économiques ont besoin de repères communs. Dans le cas de la pratique médicale, différents critères ne sont pas définis par la règle juridique ou déontologique puisque non observables. Il s'agit par exemple du temps de consultation. Un médecin est libre de choisir le temps qu'il passe avec chaque patient. Toutefois, il ajuste son comportement à une norme non juridique fondée sur l'observation de ce que font ses confrères. Les professionnels médicaux s'identifient à un groupe pour lequel ils possèdent un sentiment d'appartenance (Arliaud, 1987). Ce groupe d'appartenance peut être large (l'ensemble des médecins) ou plus restreint (spécialité, réseau). Chaque professionnel de soin agit donc par mimétisme, ce qui est donc considéré comme rationnel en situation d'incertitude. Il est donc question

ici de convention. Chaque nouvel entrant dans le groupe ou le réseau va procéder par mimétisme pour définir ses conditions d'exercice. La convention est ainsi perpétuée. Les conventions permettent donc de résoudre les problèmes de coordination (Batifoulier, 1992). Or la convention n'est pas strictement individuelle (Favereau, 1994). En effet, si la convention met l'accent sur l'observation individuelle elle est pour autant ancrée dans le collectif. Le comportement individuel est mobilisé nécessairement dans une relation avec d'autres agents. La convention fait donc référence à un savoir collectif. La coordination nait de l'interaction et révèle donc un apprentissage collectif. L'accord entre les agents pour se coordonner repose ainsi sur des dispositifs conventionnels.

Dans une vision purement instrumentale de la rationalité, l'individu ne possède pas de capacité réflexive lui permettant de penser sa relation vis-à-vis du collectif. L'Économie des conventions propose d'étudier différemment le comportement d'un agent en situation d'incertitude radicale[112]. Le collectif se construit alors autour d'une interprétation commune de nouvelles règles pour réduire l'incertitude. La notion de rationalité est alors plurielle dans l'Économie des conventions et dépend des formes d'action, du contexte et du rôle des représentations collectives à un moment donné. La rationalité est certes limitée, mais elle est également procédurale (Favereau, 1989), située (Thévenot, 1989), interprétative (Batifoulier et De Larquier, 2001 ; Buttard, 2008a) et argumentative (Boltanski et Thévenot, 1991). Pour certains auteurs, ces différentes formes de rationalité convergent et forment le modèle de coopération conventionnelle (Bessis, et al., 2006).

Nous retiendrons de ces différentes hypothèses qu'elles permettent de comprendre que le calcul d'utilité n'est qu'une modalité parmi d'autres dans le processus de décision et intègrent des motivations diverses. Le comportement de l'individu reste possiblement opportuniste mais son environnement joue davantage un rôle dans son processus de décision. L'individu et ses décisions individuelles sont analysés dans le collectif. L'individu s'appuie donc sur des règles dont la légitimité repose davantage sur leur caractère collectif qu'objectif, il s'agit d'une convention. Dans une situation d'incertitude radicale, l'individu prend donc des décisions en interprétant différentes règles normatives incomplètes en essayant de garder une cohérence avec les décisions prises par les différents groupes sociaux auxquels il appartient en fonction du contexte donné. L'individu qualifie et interprète donc son environnement tout en étant influencé par ce même environnement. Ce nouveau cadre d'analyse, qui contraste avec les théories supports du *New public management*, permet de comprendre l'évolution de la représentation qu'ont les médecins des modalités de coordination au sein des projets de télémédecine.

[112] L'incertitude radicale fait référence à une situation où ni la liste exhaustive des événements de la nature ni les probabilités (même subjectives) associées ne sont connues. La théorie du choix rationnel est alors inutile pour la décision.

3.2.2. Coordination et coopération interne : cité par projet *versus* cité communautaire

Il est possible de mettre en évidence deux types de projets de télémédecine, les projets tels qu'ils ont été conçus spontanément par les premiers médecins utilisateurs, en amont de l'institutionnalisation de la pratique. Ces projets possèdent des règles et des logiques d'action qui leur sont spécifiques et sont reconnues comme légitimes par les utilisateurs. La seconde forme de projet est celle construite par la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine. Elle diffère alors de la première dans la logique d'action[113] qui y est présentée.

Il est possible de formaliser ces deux types de projet de télémédecine à l'aune des économies de la grandeur et des travaux en santé qui les ont approfondis dans le champ des organisations réticulaires (Boltanski et Chiapello, 1999 ; Boltanski et Thévenot, 1991 ; Buttard, 2008a ; Domin, 2003). Les projets de télémédecine issus de l'ère de pré-institutionnalisation sont guidés par les justifications de la cité par communauté alors que les projets post-institutionnalisation sont assimilés à une cité par projet. Les modes de coordination, les conventions ne sont pas les mêmes.

Encadré 19 – Adaptation des économies de la grandeur au champ de la santé

Dans leur ouvrage « De la justification », publié en 1991, Luc Boltanski et Laurent Thévenot proposent un cadre d'analyse des différentes représentations de l'environnement que peuvent avoir les individus. Ces représentations sont alors explicatives des différents modes de coordination. Les auteurs montrent qu'en situation de conflit ou de désaccord, les individus sont amenés à dévoiler la forme qu'ils reconnaissent comme légitime du bien commun. Ils recensent alors six grands types de justification correspondant à six cités : industrielle, civique, marchande, domestique, de l'opinion, de l'inspiration. Dans chacune de ces cités une grandeur caractérise la forme reconnue comme légitime du bien commun.

Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999) vont en ajouter une septième, la cité par projet et Anne Buttard (2008a) une huitième, la cité par communauté. Nous allons détailler tout particulièrement par la suite ces deux cités, étant celles qui caractérisent le mieux un monde en réseaux, plus particulièrement informatique et dont l'interconnexion des membres domine.

Il existe dès lors une pluralité de cités et lors d'interactions, les individus peuvent passer d'une cité à l'autre selon les critères de justification mobilisés. En cas de conflit de représentation, les individus doivent apporter une justification et un mode de coordination entre les différents acteurs ne pourra être trouvé que sous la condition d'un compromis autour du bien commun, et donc de la grandeur. Dans chaque cité, une logique d'action domine.

[113] La notion de *logique d'action* est aux sciences sociales ce que celle de *rationalité* est aux sciences économiques. La définition qui lui est associée conditionne dès lors l'ensemble du cadre analytique. Les logiques d'action déterminent les raisons d'agir des individus et donc la construction de la décision et de la règle. Étudier les logiques d'action revient à construire une méthodologie d'analyse des déterminants du comportement. Nous retiendrons dans nos travaux la définition du terme donnée par la théorie de la régulation sociale et plus particulièrement celle de Jean-Daniel Reynaud (1988) qui renvoie à une dimension collective de l'action. D'après l'auteur, tout groupe social ne peut mener une action collective qu'à condition de se coordonner autour de règles. Mais ces règles ne sont pas statiques. L'ordre social qui permet l'action est un ordre négocié et toutes les règles qui en découlent sont construites et évoluent en fonction du contexte institutionnel et historique. Les logiques d'action évoluent alors au cours de phases de coopération et de conflit entre les acteurs d'un collectif. De ces différentes phases découlent des règles qui coordonnent l'action.

Cité	Principe supérieur	Traduction en santé
Industrielle	La performance	Efficacité technique, qualité des soins, médecine de pointe
Civique	L'intérêt collectif	Équité du système, rationalisation et financement des dépenses
Marchande	La concurrence	Introduction de mécanismes incitatifs, marchandisation de la santé et développement d'assurances privées
Domestique	La tradition, la proximité	Médecine traditionnelle, respect de l'éthique médicale et de la hiérarchie professionnelle, relation de confiance médecin-patient
De l'opinion	Le prestige	Réputation du médecin, médiatisation
De l'inspiration	La création	La médecine est un art, autonomie du médecin, recherche
Par projet	L'engagement et la mobilité	La médecine est pratiquée en réseau où les médecins sont en concurrence, flexibilité de la performance médicale, circulation de l'information
Par communauté	L'équité et l'accessibilité aux soins	Le droit à la santé, partage de l'information, autonomie du médecin

Source : réalisé à partir de Buttard (2008b)

Les cités sont des conventions générales qui coordonnent les actions individuelles sous couvert d'un bien commun et en même temps permet leur interprétation. Les modalités de justification du bien commun sont alors fondées sur un choix politique puisqu'il n'existe pas de supériorité axiomatique d'une cité sur une autre.

Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999) mettent en évidence que l'évolution du capitalisme au cours de la dernière décennie du XXe siècle est marquée par les avancées technologiques et la mise en réseau des individus qui débordent du cadre de la firme. De nouvelles logiques d'action sont mises en place et ne peuvent pas être analysées par le biais des cités existantes. Le monde est connecté par des ordinateurs en réseau, le coût de circulation de l'information diminue et la flexibilité est le maître mot de l'organisation. Cette cité par projet incarne alors le *Nouvel esprit du capitalisme*. La dénomination *projet* et non *réseau* tient au fait que c'est le projet qui sert de fin à l'interconnexion. Sans projet commun, l'interconnexion n'a pas lieu d'être. Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999, p. 170) justifient ainsi le projet : *« Le projet est précisément un amas de connexions actives propre à faire naître des formes, c'est-à-dire à faire exister des objets et des sujets, en stabilisant et en rendant irréversibles des liens. Il est donc une poche d'accumulation temporaire qui, étant créatrice de valeur, donne un fondement à l'exigence de faire s'étendre le réseau en favorisant les connexions* ».

L'engagement et la mobilité font la grandeur de cette cité. Au sein de la cité par projet, l'organisation réticulaire s'oppose en tout point au réseau domestique. En effet, dans la cité domestique le réseau peut être qualifié de volontariste, alors qu'il est déterministe dans la cité par projet. De la même façon, dans la cité industrielle, la normalisation et la standardisation liées à la recherche de performance entraînent un manque de flexibilité. Dans la cité par projet, le nouvel esprit du capitalisme repose sur la décentralisation du contrôle, ce qui permet de contrer la rigidité de la recherche de performance. La cité par projet se distingue également fortement de la cité civique. Dans cette dernière les biens communs sont gouvernés par des représentants à qui l'on accepte de déléguer du pouvoir afin de préserver les communs.

Dans la cité par projet au contraire, les grands ont pour mission de veiller à la circulation de l'information et de se connecter aux autres. L'objectif est d'insuffler la participation collaborative. L'autorité se limite au champ de compétences et au savoir : « *Le « grand » de la cité par projets renonce également à exercer sur les autres une forme ou une autre domination en se prévalant de propriétés statutaires hiérarchiques qui lui donneraient une reconnaissance facile. Son autorité ne dépend que de sa compétence. Il n'impose pas ses règles ou ses objectifs, mais admet de discuter ses positions (principe de tolérance)* » (*Ibid*., 1999, p. 200). Le relationnel, la flexibilité, et le renouveau guident les décisions des agents.

En revanche, la cité par projet est proche de la cité marchande dans le sens où les relations entre acteurs sont intéressées et que la concurrence entre les acteurs guide la recherche de performance et d'efficacité. L'évaluation est la contrepartie de l'autonomie de l'individu. La rémunération est directement liée au niveau d'effort fourni et se doit d'être incitative dans la cité par projet. Les projets de télémédecine, tels qu'ils sont présentés par la puissance publique au cours de l'institutionnalisation de la pratique correspondent à l'idée d'une cité par projet. La régulation externe de la télémédecine est en effet en adéquation avec la justification de la cité par projet.

Toutefois, cette vision de l'organisation réticulaire n'est pas adaptée pour décrire les projets de télémédecine dont la création est antérieure à l'institutionnalisation de la pratique. Nous mobilisons alors la notion de communauté, ce qui renvoie aux travaux de trois économistes sur les réseaux : Jean-Paul Domin (2003), Joseph Szarka (1990) et Anne Buttard (2008b). En effet, Jean-Paul Domin (2003) met en évidence que les réseaux spontanés de santé et donc non encadrés par une forme rigide et normative de règle sont dominés par une triple dimension communautaire. La première est que ces réseaux sont différents de toute autre forme organisationnelle médicale et prennent notamment le contre-pied de l'hospitalo-

centrisme. La deuxième est que ces réseaux reposent sur des modalités de coopération avant d'être des modalités de coordination (à l'inverse de la cité par projet). Cette coopération repose sur le volontariat des participants (ici encore dans la cité par projet il est possible de constater l'inverse). Enfin, la régulation interne de ces projets repose sur des conventions d'activité domestiques, c'est-à-dire que les actions sont guidées par des principes de confiance qu'il est possible de retrouver dans la cité domestique. La confiance remplace donc la recherche d'utilité pour justifier la conformité à la règle.

Joseph Szarka (1990) met également en évidence la spécificité organisationnelle des réseaux en appuyant sur les caractéristiques de la confiance réciproque entre les membres, le partage d'information et la coopération comme mécanisme prévalant sur la coordination. Anne Buttard (2008b) propose enfin une nouvelle cité, la cité par communauté. Il est possible de retrouver dans cette cité les éléments distinctifs de la cité par projet déjà mis en évidence par Joseph Szarka (1990) et Jean-Paul Domin (2003). S'il est possible de retrouver de grandes similitudes entre la cité par projet et la cité par communauté, telles que l'interconnexion, la forme réticulaire, la circulation de l'information, l'évolution rapide et la flexibilité, elles sont diamétralement opposées au sujet du bien commun.

La cité par communauté repose, comme la cité domestique, sur l'éthique professionnelle là où la cité par projet est guidée par une logique marchande. Au sein de la cité communautaire, l'organisation réticulaire est perçue comme un moyen d'améliorer l'activité individuelle et de répondre à des problématiques que seul le collectif est en mesure de prendre en charge (évolution rapide des phénomènes épidémiologiques et des avancées médicales rendues possibles par la technologie). La confiance supplante la recherche d'utilité individuelle et la coopération est antérieure à la coordination. La cité par communauté se distingue de la cité civique dans le sens où l'échelle de compréhension et d'analyse de l'organisation réticulaire n'est pas celle de la profession dans son ensemble. Elle se différencie également de la cité domestique puisque l'évolution des pratiques et la flexibilité sont à l'opposé de la tradition domestique. Les médecins qui participent aux premiers projets de télémédecine y prennent part non seulement parce qu'ils adhèrent aux nouvelles technologies, mais également parce qu'ils sont animés par une volonté d'améliorer le droit à la santé. Les projets de télémédecine, dans un contexte de pression croissante sur les dépenses de santé permettent alors à l'échelle locale d'entrevoir un nouveau compromis d'équité et d'efficacité allocative des ressources tout en conservant un sens éthique dans l'efficacité. L'allocation des ressources n'est en rien arbitraire. Or, dans la cité par projet, l'efficacité est conçue dans une optique utilitariste au sens de Jeremy Bentham (1789) et l'allocation par le

marché est gage d'efficacité. Dans la cité par projet, l'équité est tout au plus envisagée sous l'angle de l'efficacité marchande (Gamel, 1992).

La cité communautaire présentée par Anne Buttard (2008b) permet ainsi de caractériser les projets de télémédecine pré-institutionnalisation puisqu'ils reposent sur la confiance, la délibération et l'équité plutôt que sur l'intéressement, la compétitivité et le marché. C'est par la confiance que l'information circule au sein de ces projets. L'intérêt pour le bien commun dépasse les frontières entre l'hôpital, la ville et le médico-social. La coopération et le transfert d'informations se font ainsi entre des acteurs dont le niveau de spécialisation n'est pas le même. L'éthique médicale pousse les acteurs de la cité à favoriser l'équité dans l'accès aux soins et la pluridisciplinarité plutôt que l'utilité individuelle. La coopération au sein des premiers projets de télémédecine repose alors sur une convention d'activité qui entre dans un conflit de représentation avec la régulation externe. Cela vient du fait que la gouvernance externe de la télémédecine repose sur une vision des projets de télémédecine qu'il est possible d'assimiler à une cité par projet et non à une cité par communauté.

3.2.3. Projets pré-institutionnalisation de télémédecine, coopération professionnelle

Les projets de télémédecine qui ont précédé l'institutionnalisation de la pratique possèdent des règles et des logiques d'action qui leur sont spécifiques et sont reconnues comme légitimes par les acteurs de ces projets. Pour le concevoir, cela nécessite de poser des hypothèses de rationalité des agents qui diffèrent de celles des théories supports du *New public management*.

Encadré 20 – Les caractéristiques des projets de télémédecine pré-institutionnalisation

Nous disposons de quatre sources documentaires permettant de dresser un état des lieux des logiques d'actions au sein des projets pré-institutionnalisation de la pratique :
- Les relevés de l'observatoire sur l'état d'avancement de la télémédecine réalisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins jusqu'en 2005
- Les données et publications de l'Observatoire de télémédecine (issu de l'observatoire de la régionalisation)
- Les données et publications de l'Observatoire des réseaux de soins de télémédecine
- Les études menées par les URML

La télémédecine contre le désert médical :
La première justification apportée par les pionniers de la télémédecine est le souhait de garantir l'équité d'accès aux soins dans les zones de déserts médicaux et les zones isolées (montagne, zones insulaires). Les premières études menées par les différents observatoires ont pour objet de mettre en évidence la diminution du temps d'attente avant l'obtention d'une consultation ou encore la diminution des hospitalisations d'urgence rendue

possible par un suivi régulier par télémédecine. La télémédecine apporte une solution à l'isolement du professionnel médical mais également à celui du patient. La féminisation de la profession médicale est alors présentée comme un élément favorable à l'introduction de la télémédecine.

La télémédecine et l'amélioration des pratiques :
La télémédecine est présentée à la fois comme un outil de formation continue et comme un outil communautaire et participatif d'entraide. La télémédecine permet de faire circuler rapidement le savoir médical et permet de créer des lieux de rencontre fictive entre les différents corps professionnels participant au suivi d'un même patient. La communication et le partage d'informations participent à l'amélioration de la qualité des soins. Les découvertes médicales se multiplient, la télémédecine permet la mise en commun des avancées médicales et technologiques.

La télémédecine et l'évolution des mœurs :
Les arguments présentés par les partisans de la télémédecine sont les capacités de la télémédecine à faire évoluer les mœurs. Les professionnels du soin y voient un moyen de limiter les heures de travail, de diminuer les astreintes, de limiter les interventions d'urgence. La télémédecine permet de modifier le mode de vie des professionnels médicaux et notamment l'organisation de l'emploi du temps traditionnellement séparé entre visites à domicile et consultations en cabinet.

La télémédecine et la technologie :
Les médecins pionniers de la télémédecine sont avant tout des médecins attirés par les nouvelles technologies et les possibilités qu'elles offrent dans leur pratique individuelle. L'interconnexion vient enrichir la pratique individuelle.

Au sein des projets pionniers de la télémédecine, la performance, l'évaluation, la rationalisation, l'incitation et la normalisation sont donc exclues des logiques d'action. L'amélioration de la pratique et son efficacité ne sont traitées qu'à l'aune de la justice sociale.

Eu égard au cadre théorique postulant la rationalité substantive ou limitée au sens de l'institutionnalisme classique, il n'est pas aisé de saisir la logique d'action des projets de télémédecine créés à une période pré-institutionnalisation. Anne Buttard (2008b) met en évidence qu'au sein d'une cité par communauté, les individus développent une relation de confiance et de coopération. Pour le comprendre il est nécessaire d'interpréter de façon nouvelle le comportement d'un agent en situation d'incertitude radicale dans un cadre complexe.

En dépassant la notion de rationalité limitée telle qu'elle est entendue par les théories institutionnelles classiques, il est alors possible de comprendre que le calcul d'utilité n'est qu'une forme parmi d'autres de processus décisionnel. L'hypothèse de rationalité interprétative, dans le sens où l'individu interprète son environnement, permet alors de saisir l'origine des modalités d'action des acteurs dans une cité par communauté caractéristique des premiers projets de télémédecine. Des motivations diverses, non nécessairement additives[114], guident le comportement de l'individu qui est alors rationnel comparativement à un ensemble

[114] Nous approfondissons de façon très détaillée ce point dans le chapitre suivant.

de croyances auquel il adhère. Ces croyances sont déterminées par l'environnement dans lequel il évolue. En situation d'incertitude radicale, l'individu va donc s'en remettre à sa représentation du collectif. Son environnement social devient déterminant de son identité, ce qui vient légitimer le caractère collectif dans la prise de décision. L'individu prend ses décisions au regard de ses croyances, de ses habitudes et des règles issues d'une histoire commune avec un collectif, qu'il a lui-même contribué à construire.

En situation d'incertitude radicale, l'individu se réfère donc à un ensemble de règles incomplètes qu'il interprète en cohérence avec le groupe auquel il s'identifie pour une situation donnée. La coopération au sein des premiers projets de télémédecine repose sur l'établissement de règles communes qui sont reconnues comme légitimes et sont établies à la suite d'un processus de délibération entre acteurs. Cela permet alors de faire face à un ensemble de situations complexes d'incertitude radicale. Ainsi, les pionniers de la télémédecine ont participé à la définition des règles d'action qui encadrent les projets. Ils sont dès lors incités intrinsèquement[115] à privilégier les objectifs du projet plutôt que leur intérêt égoïste.

Ces règles peuvent être interprétées en termes de conventions. Ces conventions sont des accords tacites qui ne sont imposés par aucun mécanisme coercitif, mais qui sont respectés de tous. En ce sens, les conventions permettent de créer une situation de confiance dans un environnement qui se caractérise par une incertitude radicale. La question de la coordination est au centre du questionnement de l'Économie des conventions. La coordination est alors présentée comme l'interprétation par les agents économiques d'un ensemble de règles. La convention est une règle qui permet aux agents de se coordonner dans les situations qui échappent au cadre normatif. Elle est le premier support de coordination interne dans un projet de télémédecine.

Ces conventions peuvent être définies comme des conventions d'activité dans le sens où elles permettent de définir les objectifs opérationnels attribués à la pratique, les modalités d'action permettant l'atteinte des finalités du projet. Dans la cité par communauté la convention d'activité repose sur l'éthique ce qui permet de caractériser les objectifs opérationnels propres de chaque projet en accord avec des règles communes à la profession médicale, la déontologie et autres valeurs qui codifient la pratique. L'éthique détermine donc la convention d'activité qu'il est possible de qualifier de professionnelle. Nous qualifions cette convention d'activité de convention professionnelle en référence à la définition donnée à

[115] *Cf.* chapitre 6.

la profession par Florent Champy (2009). En effet, la profession médicale est caractérisée en sociologie des professions par son activité prudentielle. Florent Champy (2011) justifie le concept de prudence de la façon suivante : « *Le concept de prudence a été forgé par Aristote pour désigner un mode de connaissance et d'action pertinent quand l'application directe de savoirs scientifiques ou de routines est mise en défaut par la complexité et la singularité de la situation ou du problème à traiter. Cette complexité et cette singularité ont pour conséquence l'irréductible incertitude des résultats du travail professionnel* ».

La profession prudentielle se caractérise alors selon Florent Champy (2011) par deux caractéristiques principales. La première est la complexité de l'activité : « *Par exemple, un médecin doit parfois choisir entre des stratégies thérapeutiques présentant toutes des inconvénients : effets secondaires, accoutumance, risques, etc., ce qui suppose de pondérer l'importance de différents critères d'évaluation des traitements possibles* » (*Ibid*.).

La seconde est l'autonomie. Compte tenu de la spécificité de l'activité, l'autonomie est nécessaire. L'encadrement des pratiques vient nécessairement contraindre l'autonomie. Menacer l'autonomie revient alors à faire régresser la démocratie (*Ibid*.). Nous qualifions alors la convention d'activité au sein des premiers projets de télémédecine de convention professionnelle dans le sens où la confiance, la délibération et l'équité de la cité garantissent l'autonomie du praticien, elle-même rendue nécessaire par la complexité des projets. La complexité est liée à l'évolution rapide des dispositifs médicaux et de prise en charge au sein des projets. L'autonomie est ici entendue au sens autonomie complète dans le respect de l'éthique médicale communément admise. L'autonomie n'est soumise à aucune forme d'évaluation ou de normalisation. La coopération est donc au cœur de la convention professionnelle d'activité.

Conformément au modèle théorique de Christophe Assens et Philippe Accard (2007), l'institutionnalisation de la pratique se met en place à la suite de la coordination par convention. En effet, nous avons mis en évidence précédemment que l'institutionnalisation d'une pratique se fait par la généralisation de normes de pratique. Celles-ci sont alors la reconnaissance légale de la convention. Ainsi, la première définition institutionnelle de la télémédecine est celle donnée en 1997 par l'OMS. Pour rappel, elle précise que la télémédecine est : « *La partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* » (OMS, 2010b).

C'est dans un premier temps cette définition très large qui est celle communément admise de la télémédecine. La télémédecine est une histoire de professionnels médicaux qui échangent des informations médicales à distance pour améliorer la qualité de leur décision. L'atteinte de cet objectif très large ne se substitue pas aux conventions d'activité professionnelle puisque celles-ci complètent au sein des communautés les règles élémentaires hégémoniques et déontologiques qui encadrent la pratique. Ces règles étant incomplètes, les conventions permettent de mettre en place la coordination, et notamment la coopération au sein des projets. La coopération dans les projets de télémédecine est alors communément respectée dans l'objectif d'améliorer la pratique médicale, la qualité est assurée par la garantie de l'éthique médicale.

Il semble dans un premier temps que l'institutionnalisation de la pratique se fait également par le biais d'une généralisation des conventions d'activité professionnelles en France puisqu'en 2004 la définition donnée à la télémédecine est, pour rappel la suivante : « *La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* ». Il est possible de voir comment la convention d'activité professionnelle sert de socle à l'élaboration de l'institutionnalisation de la télémédecine. Suite à cette définition de 2004, l'Ordre établit en 2005 un rapport sur le cadre déontologique de la pratique de la télémédecine (CNOM, 2005). Douze principes déontologiques sont alors prononcés par le CNOM.

Encadré 21 – Les 12 premiers principes déontologiques de la télémédecine

Il faut en toute situation que :

1. Le patient soit informé sur la nécessité, l'intérêt, les conséquences et la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et qu'il donne librement son consentement,
2. Le secret médical soit assuré par les personnes qui assistent le médecin au cours de cette activité, dans l'obtention des données personnelles de santé, comme dans la circulation et les échanges de ces données que celles-ci soient cliniques, biologiques, fonctionnelles, anatomiques ou thérapeutiques.
3. Les coopérations entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans un protocole de télémédecine, respectent les champs de leurs compétences réciproques afin que chacun reste responsable de ses actes et de ses décisions.
4. L'acte thérapeutique qui découlerait immédiatement d'un acte diagnostique effectué par télémédecine soit couvert par la responsabilité médicale principale du médecin qui le prescrit et la responsabilité du médecin ou du professionnel de santé qui le réalise.
5. Dans le secteur libéral, la répartition des honoraires attachés à la réalisation d'un acte professionnel par télémédecine ne puisse pas s'apparenter à une pratique de dichotomie ou de compérage, et soient conformes au principe de tact et de mesure.
6. Tous les professionnels impliqués soient en situation d'exercice légal de leurs professions, en France

ou sur le territoire de l'Union européenne, et couverts par une assurance en responsabilité civile précisant le lieu de compétence juridictionnelle,

7. Le médecin, lors d'une activité faisant appel à la télémédecine, formule ses demandes et ses réponses avec toute la clarté indispensable et veille à leur compréhension par son interlocuteur : médecin, professionnel de santé ou professionnel technique qualifié dans l'usage des instrumentations utilisées.

8. Le médecin connaisse l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre, et puisse faire appel, en tant que de besoin, à des tiers compétents dans l'utilisation des technologies les mieux adaptées à la situation.

9. Le médecin puisse s'assurer de la compétence de ces tierces personnes ainsi que du respect du secret professionnel auquel elles sont ainsi personnellement soumises.

10. Les documents générés dans la pratique de la télémédecine fassent l'objet d'un archivage sécurisé et soient considérés comme partie intégrante des dossiers professionnels des médecins impliqués ou des dossiers d'établissements de santé.

11. Les médecins ayant contribué à un acte de télémédecine puissent consigner dans les conclusions de cet acte que la continuité de la prise en charge et des soins qu'ils ont indiqués seront assurés par des tiers compétents, s'ils ne peuvent y pourvoir eux-mêmes.

12. La réalisation d'un acte de télémédecine repose sur une nécessité justifiée par l'absence dans la proximité géographique du patient d'une offre de soins similaire de même qualité.

Source : CNOM (2005)

À la lecture de ce cadre déontologique, il semble que l'institutionnalisation de la télémédecine se fasse effectivement par le biais d'une généralisation des normes de pratiques. Les conventions d'activité professionnelles ne disparaissent pas, elles continuent de permettre l'interprétation du cadre normatif et déontologique.

Toutefois, la loi HPST marque un tournant dans l'institutionnalisation de la télémédecine. Les supports du *New public management*, qui encadrent l'institutionnalisation de la pratique depuis la loi HPST, ne permettent pas de saisir les logiques d'action qui émanent des premiers projets de télémédecine. Il y a donc une absence de cohérence entre le cadre analytique propre au modèle du *Gros embouteillage institutionnel* et les modalités de coopération originelles de la télémédecine. Au faible intérêt porté à la pratique par les professionnels de la ville, le comité national de pilotage répond par la mise en place d'incitations monétaires et à l'autonomie des acteurs sont associées de nouvelles modalités de contrôle et d'évaluation. De la même façon aux organisations idiosyncrasiques de chaque projet sont confrontées de nouvelles normes et standardisations de la pratique. Cela engendre alors des conflits de représentation entre les échelles de régulation qui viennent remettre en question la forme du modèle productif hybride du *New public management*.

4. Les conflits de coordination entre les échelles de régulation : une lecture de l'échec du déploiement de la télémédecine

Les modalités de coordination mises en place au sein de la régulation externe de la télémédecine présente un modèle exemplaire du *Gros embouteillage institutionnel*. Le modèle de gouvernance proposé à l'échelle externe de la régulation de la télémédecine représente l'application de la politique publique et entre pleinement dans le référentiel de marché. Pourtant, la télémédecine ne se déploie pas en France. Nous mettons en évidence que cette absence de développement est liée à l'existence de tensions entre la convention professionnelle, modalité de coopération au sein de l'échelle interne de régulation et la logique d'action industrielle des échelons externes de régulation de la pratique. L'échelle de régulation interne n'étant pas considérée par les partisans du référentiel de marché, ces rapports de force échappent au comité national de pilotage du déploiement de la télémédecine (4.1). Dès lors, ces tensions sont l'expression de conflits de représentation de la télémédecine entre les échelles de régulation. Nous mettons en évidence que les débats actuels autour d'un compromis au sujet de la gouvernance de la télémédecine amène la proposition d'un modèle proche de la *Bureaucratie publique* (4.2).

4.1. Convention professionnelle *versus* logique d'action industrielle

Les modalités de régulation externes des projets de télémédecine, telles qu'elles sont définies par la politique publique de télémédecine et appliquées dans le cadre de la stratégie nationale de déploiement entrent dans un conflit de représentation avec l'organisation initiale des projets de télémédecine. Cela peut alors expliquer le faible taux de contractualisation des projets avec les ARS. Pour conserver les modalités d'action constitutives d'une cité par communauté et les modalités conventionnelles qui y sont associées, certains projets refusent la contractualisation de l'activité, y compris dans le cas de projets de dépistage de la rétinopathie diabétique, acte pourtant rémunéré et inscrit dans la CCAM. Ainsi, en Champagne-Ardenne, les acteurs d'un réseau de dépistage, dont la création est antérieure à l'institutionnalisation, ont fait le choix de ne pas s'inscrire dans le cadre réglementaire de la pratique afin de conserver les modalités organisationnelles antérieures de la pratique. La remise en cause de l'autonomie des professionnels médicaux par la régulation externe de la

pratique entre en conflit avec les modalités d'interprétation de la pratique issues de la convention professionnelle.

L'institutionnalisation de la pratique de la télémédecine renvoie à un modèle organisationnel proche de la cité par projet au sein duquel les logiques d'action de la cité industrielle sont également identifiées. En effet, si l'interconnexion et la flexibilité sont prégnantes, la performance l'est autant. La performance s'interprète dans la cité industrielle par les possibilités offertes de normalisation liées à la standardisation des procédés. La convention professionnelle entre alors en conflit avec la vision industrielle et standardisée de l'acte de télémédecine. En effet, nous avons mis en évidence que la normalisation de l'outil technique, telle qu'elle est mise en œuvre par la régulation externe entraîne une industrialisation du soin.

Les postulats associés au modèle *Gros embouteillage institutionnel*, qui ont conditionné les modalités de régulation externe, sont diamétralement opposés aux logiques d'action présentes dans les premiers projets de télémédecine. En effet, dans les théories économiques supports du *Gros embouteillage institutionnel*, la rationalité des acteurs est supposée instrumentale, c'est-à-dire que l'accent est mis sur le comportement intéressé de l'individu qui cherche à maximiser son utilité personnelle (Pyun, 2013). Même dans l'hypothèse de capacités cognitives limitées, dans cette acception de la rationalité, l'individu cherche en premier lieu à satisfaire son utilité. L'univers, même incertain reste probabilisable et pour encadrer le comportement d'un agent un ensemble de normes exogènes doit être édité. Il est nécessaire de réduire au possible l'asymétrie d'information et l'autonomie des acteurs doit être encadrée par un ensemble de dispositifs incitatifs. Des contrats doivent être mis en place pour inciter les individus (échelle de régulation externe régionale) et ces contrats incitatifs sont vus comme la garantie d'une qualité minimale des soins.

4.2. Le Gros embouteillage institutionnel, conflit de représentation du déploiement de la télémédecine[116]

Les difficultés de mise en œuvre de la télémédecine peuvent s'expliquer par un conflit de représentation entre la convention professionnelle et les modalités de régulation externes constitutives du *Gros embouteillage institutionnel*. La zone de tension se situe dans la confrontation des deux représentations de l'organisation des soins qui vient faire écho au

[116] Cette section est adaptée de Da Silva, Rauly (2016).

déploiement de la télémédecine et qui, à terme, implique un repositionnement du médecin libéral dans le système de santé. Dès lors, ce conflit de représentation s'illustre dans quatre modalités d'interprétation du déploiement de la télémédecine par les médecins issus de la cité par communauté.

La première source de conflit de représentation est la conception d'industrialisation[117] du soin que la régulation externe propose. Au-delà de la normalisation de l'outil technologique que nous avons mise en évidence précédemment, les objectifs attribués par la puissance publique aux outils dématérialisés du soin sont source d'une interprétation conflictuelle. Ainsi, parmi les dispositifs dont l'utilisation est plébiscitée par le comité de pilotage en charge du déploiement de la télémédecine se trouve le Dossier médical personnel (DMP). Ce dernier doit faciliter l'accès à distance aux données médicales des patients et introduit une nouvelle transparence entre les informations détenues par les médecins et la tutelle. Si le DMP est présenté comme un outil permettant d'améliorer la prise en charge des patients grâce à un dossier médical « partagé », il a rapidement été rejeté par les médecins. Le partage de l'information, dans le contexte normatif de la régulation externe, est interprété par les professionnels médicaux comme un pas supplémentaire vers l'industrialisation complète du soin et l'affaiblissement de la profession : « *Le DMP entérine en fait la transformation du domaine public de la santé en un marché où l'on parle « gestion », « process », « performance », et où le vocable « qualité » ne désigne rien d'autre que la standardisation des processus de production (ici de « services médicaux »)*» (Schweitzer, 2012, p. 3).

C'est ici que s'affirme le plus fortement une résistance au changement qui n'est pas réductible à la recherche d'intérêts privés. Ce qui est en cause c'est la bonne façon de faire de la télémédecine. Dans un environnement incertain, la mise en œuvre du Gros embouteillage institutionnel se traduit par la suppression de la cité par communauté, lieu de potentiel avènement de l'opportunisme, au sens des partisans du *New public management*, de par l'impossibilité de contrôler le comportement des agents.

Le modèle de *Gros embouteillage institutionnel*, en apportant avec lui des procédures standardisées, vient remettre en cause la convention professionnelle constitutive des premiers projets de télémédecine. Au sein de ces projets, l'autonomie du médecin conditionne la production d'une médecine de qualité. L'institutionnalisation de la télémédecine et le mouvement de *normalisation galopante* (Mascret, 2008) de la profession peuvent alors être interprétés comme une rupture avec cette conception de l'autonomie. La qualité des soins

[117] Ici l'industrialisation renvoie au sens donné au terme dans le cadre de la cité industrielle.

devient le fait de normes issues de l'*Evidence based medicine* qui évince toute prise en considération de la complexité et de l'idiosyncrasie de la production médicale. L'évaluation des pratiques à travers l'interopérabilité des systèmes d'information vient modifier la représentation qu'ont les médecins des dispositifs technologiques. L'industrialisation du soin devient synonyme de coercition procédurale et d'évaluation normative de la pratique.

La deuxième source de conflit de représentation fait référence à la répartition des tâches. Le modèle du *Gros embouteillage institutionnel* se traduit par la multiplication des partenariats public/privé dans la fourniture des services publics et une délégation des tâches. La télémédecine implique nécessairement une évolution de l'attribution des tâches au sein du système de santé entre la ville et l'hôpital. Par ailleurs, certains postes, ceux des professions paramédicales, vont se complexifier, d'autres seront créés, et l'idée de *télémédecins coordinateurs des projets de télémédecine* est alors évoquée (Esterle, et al., 2011). Or, le transfert de compétences et la délégation de tâches remettent en cause un principe fondamental de la médecine libérale : le monopole des soins[118].

Dans une vision industrielle du soin, la délégation de tâches devient synonyme de délégation de pouvoir. L'outil, dans sa capacité à poser un diagnostic, dépossède le médecin de ses actifs spécifiques. L'octroi du monopole exige la délimitation précise de ce qui relève de l'action du médecin et de ce qui relève de l'action d'autres professionnels. Or, dans le cadre de la télémédecine, « *dans de nombreuses situations, des tâches médicales de première importance sont ainsi déléguées à des médecins moins spécialisés, voire à des personnes n'appartenant pas au corps médical proprement, (il s'agit) d'activités intimement liées à ce qui constitue le cœur du métier de médecin, à savoir la production de jugements professionnels contribuant à établir le diagnostic* » (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013b, p. 315).

Réduire le degré de monopole du médecin en facilitant la circulation des informations médicales et le transfert de compétences n'est pas sans conséquence sur la réaction du corps médical puisque cela revient à céder sur un acquis historique (Kerleau et Pelletier-Fleury, 2002). La concurrence n'est plus entre médecins mais entre professionnels de santé. La délégation de tâches est donc bien plus qu'un simple problème de transfert d'informations dont la bonne incitation peut venir à bout : elle engendre un repositionnement du médecin libéral dans le système de santé.

[118] L'analyse historique montre que le premier combat de la médecine libérale fut d'obtenir le monopole des soins contre les « charlatans ».

La place accordée à l'industrie des Technologies de l'information et de la communication renforce ce repositionnement. Il s'agit alors de la troisième caractéristique révélatrice d'un conflit de représentation entre la cité par communauté et l'industrialisation de la médecine. Le marché français d'équipement en produits pour la télémédecine, estimé à 110 millions d'euros par an, concerne les infrastructures des réseaux de santé, les services d'hébergement, les infrastructures de télécommunications, les services d'intégration, les conseils informatiques, les logiciels de télémédecine, les équipements de visioconférence, les dispositifs médicaux communicants, etc. (Caterina, et al., 2010). En 2011, la Fédération des industries électriques, électroniques et de communication et l'ASIPSanté ont hiérarchisé les facteurs clés, selon eux, du succès de la télémédecine (Kassianides et Seguy, 2011).

En tête se trouve la « *réflexion stratégique entre acteurs publics et acteurs privés* », autrement dit les partenariats entre la puissance publique et l'industrie française. La télémédecine « *est un sujet qui doit impérativement être placé dans une logique de stratégie industrielle* » (*Ibid*., p. 8). La participation des professionnels du champ de la santé, définis comme des clients usagers des dispositifs de télémédecine, n'apparaît qu'en cinquième position (sur sept) : « *répondre aux besoins des professionnels de santé et des patients* ». Les usagers, professionnels et patients, apparaissent comme des agents passifs dans l'élaboration de la stratégie de déploiement de la télémédecine. Au contraire, dans la cité par communauté ils sont les acteurs de l'action collective. Les industriels présentent les outils de télémédecine comme des moyens facilitant la normalisation des soins médicaux (Stratégies télécoms et multimédia, 2003) et la rationalisation du temps de travail médical. Les professionnels de santé deviennent alors des techniciens au service de la télémédecine. Ils sont exclus de la production intellectuelle de l'acte de soins.

Enfin, l'enjeu stratégique attribué à la télémédecine par la puissance publique révèle la dernière source de conflit de représentation entre la cité par communauté et l'industrialisation du soin. La stratégie nationale de déploiement de la télémédecine fixe comme finalité de la pratique l'encadrement de l'évolution de la dépense de santé. Cela passe par le transfert des compétences médicales vers les professionnels de santé non médecins et les aidants, le transfert de tâches hospitalières vers la médecine de ville, la réduction des coûts de transports médicaux des patients et des médecins, la mise en commun des savoirs, etc. (DGOS, 2012d ; Lasbordes, 2009 ; Simon et Acker, 2008). Mais, le plus important pour la puissance publique est peut-être ailleurs. On peut penser que, comme dans les cas du PMSI et de la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), l'interopérabilité des systèmes d'information de

télémédecine est avant tout un moyen de contrôle et de discipline de la profession médicale. L'avantage est double pour la tutelle : les médecins passent sous surveillance et la porosité instaurée entre les professions de santé écorne le statut médical. La télémédecine accentuerait ainsi la scission naissante entre médecins soignants (acte technique) et médecins producteurs de normes (acte intellectuel), les premiers supportant l'essentiel des efforts de contrôle des pratiques et des dépenses, tandis que les seconds, conciliants avec la puissance publique et l'industrie, conserveraient une forte marge d'autonomie dans leur activité.

Les modalités de régulation externes entrent parfaitement dans le cadre du modèle de gouvernance du *Gros embouteillage institutionnel*. Toutefois, dans leur application elles entrent dans un conflit de représentation avec l'échelle interne de régulation. Si les désaccords au sein de la régulation interne ont permis l'intensification de la normalisation et de la contractualisation, l'industrialisation du soin devient source de remise en cause de l'application de la stratégie nationale du déploiement de la télémédecine. La remise en cause de l'autonomie du médecin et celle du monopole d'activité conditionnent l'adhésion des professionnels médicaux. Un nouveaux compromis au sujet du modèle de gouvernance doit alors être trouvé.

Conclusion

L'objectif de ce chapitre était de mettre en évidence l'existence de conflits de représentation du déploiement de la télémédecine entre les différentes échelles de coordination de la pratique. Ce chapitre avait donc pour vocation d'éclairer les contradictions de la politique publique que nous avons présentées dans les chapitres précédents et *in fine* d'expliquer pourquoi la télémédecine ne se développe pas en France. Pour ce faire, nous avons présenté les trois échelles de régulation de la télémédecine. Deux d'entre elles sont externes (échelles nationale et régionale) et la dernière est qualifiée de régulation interne et est représentée par la profession médicale elle-même.

Les mécanismes de coordination des échelles externes sont la norme pour le mode de régulation national comme le contrat l'est pour le mode de régulation régional. Si ces deux instruments de régulation sont encadrés par la politique publique de télémédecine et correspondent en tout point aux attentes des partisans du référentiel de marché, l'échelle de régulation interne n'est, quant à elle, pas caractérisée dans la politique publique qui en ignore,

de ce fait, les effets sur la pratique. Dès lors, nous avons mis en évidence que le cadre analytique du *New public management*, adapté de la théorie standard élargie, ne permet pas d'étudier les conflits de représentation du déploiement de la télémédecine entre ces différentes échelles de coordination. C'est pourquoi nous avons mobilisé les instruments analytiques de l'Économie des conventions.

À partir de la boîte à outils conventionnaliste, nous avons mis identifié deux types de projets de télémédecine, les projets pré-institutionnalisation qui peuvent être caractérisés de projets issus de la cité par communauté au sens de Anne Buttard (2008b) et les projets post-institutionnalisation que nous avons rattachés à la cité par projet (Boltanski et Chiapello, 1999). Les projets pré-institutionnalisation sont antérieurs à la mise en œuvre de la politique publique de télémédecine et sont régis par des mécanismes de coordination propres à la cité par communauté, c'est-à-dire que la régulation interne prévaut sur la régulation externe. La convention professionnelle est alors le mécanisme privilégié. Depuis l'introduction de la politique publique, de nouvelles logiques de coordination, reconnues comme légitimes dans la cité par projet, sont imposées à tous les projets de télémédecine quelle que soit leur date de création. Dès lors, les mécanismes de coordination des échelles externes, la norme et le contrat, s'imposent à tous. La régulation industrielle remplace alors la coordination par la convention professionnelle.

Nous avons alors mis en évidence que l'introduction d'une normalisation des pratiques n'est objectivement pas remise en cause par la profession médicale. Qu'il s'agisse des représentants des médecins au niveau de l'Ordre ou des syndicats, les avis sur la mise en place d'une normalisation des pratiques sont les mêmes. Dans un contexte d'évolution rapide des technologies médicales et des procédures cliniques, les médecins ont une attitude positive vis-à-vis des recommandations en tant qu'outils d'aide à la décision. Ce n'est donc pas l'objet de la régulation externe qui est remise en question mais sa mise en œuvre dans son rapport conflictuel avec l'autonomie et la complexité de l'activité médicale. Au contraire, la convention professionnelle garantissait le maintien de cette autonomie.

Ainsi, nous avons identifié trois niveaux de critiques qui peuvent être adressées aux modalités de mise en œuvre des mécanismes de coordination externes : (i) la qualité de construction des recommandations et les possibilités d'application, (ii) les risques liés à la standardisation des pratiques au sein du cadre actuel de normalisation intensive et (iii) les modalités coercitives d'application et la légitimité des institutions en charge du contrôle.

La première critique repose sur les critères d'instauration d'une épistémologie positive de la thérapeutique telle que l'a défini Julien Dumesnil (2011). L'idée sous-jacente est que le

savoir médical est standardisable et que la maladie est quantifiable en tant que rupture avec le normal. Pourtant, la qualité des études randomisées est contestable et notamment au regard des conditions matérielles de leur production (Keel, 2011 ; Labrousse, 2010). La preuve scientifique ne doit pas être confondue avec la preuve statistique. C'est donc le contenu des recommandations plus que leur principe même qui est critiqué ici.

La deuxième critique porte sur le risque inhérent à la perte de décision médicale idiosyncrasique puisque l'acte de soin ne repose plus sur un jugement subjectif du médecin mais sur un standard objectif et quantitatif. Se pose alors la question de la légitimité du médecin et de son rôle dans *la chaine de production de soins*. La normalisation aboutit à une standardisation qui pose la question de la légitimité du médecin. Si les recommandations sont appuyées sur la science, il ne peut pas y avoir d'autre alternative que les suivre. La liberté thérapeutique du médecin est donc en cause puisqu'en cas de non-respect de la recommandation, le médecin engage sa responsabilité juridique.

Enfin, la troisième critique est que l'introduction de normes permet alors d'établir un référentiel qui peut être interprétable par un néophyte. La normalisation donne donc prise aux interventions de la tutelle et de la puissance publique sur l'activité médicale permettant ainsi de mettre en place des modalités de contrôle externes et notamment en matière de coûts. L'introduction d'un référentiel comptable puis industriel dans le cas de la télémédecine, entraîne une transparence de l'information entre la tutelle et le médecin.

Les sociétés savantes de spécialités médicales participent à la production des normes. Toutefois, cela introduit une stratification des professionnels du soin venant s'ajouter à celle déjà existante entre la ville et l'hôpital. Il y a d'un côté les médecins qui édictent les règles de bonne pratique et d'un autre côté ceux qui les appliquent. À ces médecins, éditeurs de règles, s'ajoutent les experts en évaluation, les statisticiens, les maîtres d'œuvre, les représentants de la puissance publique, ceux de la tutelle (Ogien, 2000). En France, les institutions qui regroupent tous ces acteurs sont la HAS, les ARS, la DGOS, l'ASIPSanté et l'ANAP. Elles peuvent être qualifiées de bureaucraties techniques.

Le comité national de pilotage de la télémédecine, qui comprend des bureaucraties techniques ainsi que des industriels mais pas de représentant du corps médical, est actuellement à la recherche d'un compromis permettant la prise en compte de ces trois niveaux de critiques. L'avancée la plus importante est la renégociation actuelle des expérimentations de l'article 36 qui marque l'orientation de la gouvernance de la télémédecine vers le modèle de *Bureaucratie publique*. En effet, les principales négociations

actuelles portent sur le maintien du contrat de télémédecine. La contractualisation à l'échelle de la régulation externe régionale est le dispositif majeur du *Gros embouteillage institutionnel*. En faisant disparaître la contractualisation, la coordination revient à l'échelle nationale. Le débat porte sur la mise en place d'un pilotage national et centralisé. Si ce projet est mené à terme, alors il entre pleinement dans le modèle de *Bureaucratie publique*.

La deuxième négociation porte sur le rôle des plateformes régionales de télémédecine. Ces plateformes sont initialement présentées comme l'outil d'interopérabilité des systèmes d'information de télémédecine. Ces dispositifs permettent la circulation de l'information et la standardisation des pratiques de télémédecine. C'est par le biais de ces dispositifs qu'est rendue possible la normalisation de la télémédecine. Si le rôle attribué au système d'information s'amoindrit, ce sont les modalités d'application de la normalisation de la télémédecine qui sont actuellement questionnées. Toutefois, si les modalités de mise en œuvre de la normalisation sont discutées, la normalisation en tant que telle de la télémédecine n'est pas remise en question. Les discussions s'orientent plutôt en faveur de modalités bureaucratiques d'évaluation.

La trajectoire du modèle de gouvernance vers la *Bureaucratie publique* se lit également dans les modalités de fourniture du service publique par la télémédecine. Les projets actuels font davantage l'objet d'une intégration verticale qu'horizontale. Cela se traduit alors par une supervision de l'hôpital des projets en cours incluant la ville. Le pouvoir de l'hôpital déborde donc dans la ville. Il n'est donc pas possible de constater l'effet attendu d'externalisation de l'activité.

Enfin, la question de la rémunération reste quant à elle en débat. Il semble ici que le caractère incitatif demeure dominant. Nous abordons la question des incitations et des motivations dans la partie suivante. Cela nous permettra alors de montrer que la nouvelle trajectoire du modèle de gouvernance ne donne pas pour autant plus de place à la régulation interne de la télémédecine et ne se fait pas en faveur de la convention professionnelle. Les compromis ne semblent porter ni sur l'autonomie ni sur la considération de la complexité de l'activité télémédicale. Les modalités organisationnelles de la cité par communauté paraissent toujours échapper à la gouvernance du modèle. L'idée partagée par le comité national de pilotage de la télémédecine est que si les médecins libéraux n'adhèrent pas aux projets de télémédecine c'est parce qu'ils ne sont pas suffisamment incités à le faire.

Conclusion de la deuxième partie

Dans cette partie, nous avons cherché à caractériser les rapports de force qui expliquent le faible déploiement de la télémédecine en France. Pour cela, à l'aide des conclusions de la première partie, nous avons identifié que ces rapports de force sont issus de la mise en œuvre de la politique publique de télémédecine. L'objectif de cette deuxième partie était alors de construire et déployer un cadre d'analyse à même d'identifier les zones de conflit entre les acteurs institutionnels du développement de la télémédecine.

Pour ce faire, nous avons étudié le modèle productif de l'action publique en faveur du déploiement de la télémédecine. Nous avons donc cherché à décomposer la logique productive de l'action publique à l'origine de la gouvernance de la télémédecine.

Dans cette perspective, le chapitre 3 présente le cadre d'analyse du modèle productif de l'action publique nationale. Depuis le début des années 1980, cette production s'inscrit dans un mouvement international de réformes des États, le *New public management.* Toutefois, la littérature met en évidence qu'il n'existe pas de modèle productif générique du *New public management,* puisque le terme renvoie à une dimension plurielle de l'action publique (Bezes, 2005c ; Hood, 1991). Chaque forme mise en œuvre depuis le début des années 1980 possède des caractéristiques idiosyncratiques. Christopher Hood et Guy Peters (2004) expliquent cette variété de modèles comme étant le résultat d'une volonté d'adapter les préceptes du référentiel de marché à un espace institutionnel local. De fait, tout modèle productif du *New public management* représente une hybridation, au sens de Robert Boyer (1997).

À partir des résultats de différents travaux menés sur la production des organisations en charge de l'action publique (Dunleavy et Hood, 1994 ; Hood et Peters, 2004 ; Pyun, 2013), nous avons identifié quatre principales formes hybrides de production fondées sur les principes du *New public management* : (i) *État petit consommateur* ; (ii) *Gouvernance sans pilote* ; (iii) *Gros embouteillage institutionnel* et (iv) *Bureaucratie publique*. Les caractéristiques de ces quatre formes sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau 18 – Les quatre modèles productifs hybrides du *New public management*

Distinction public/ privé / Réglementation	Faible	Forte
Faible	**État petit consommateur** - Niveau très élevé de contractualisation - Forte coopération public/privé ➔ Imitation du modèle de référence sans hybridation et donc sans adaptation au contexte local. Viabilité du modèle de *New public management* fortement compromise.	**Gouvernance sans pilote** - Distinction forte public/privé dans l'organisation de la production de l'action publique - Réglementation faible qui facilite le dynamisme organisationnel et l'innovation - Responsabilités mal définies - Risque de détérioration de la qualité du service ➔ *New public management* facile à mettre en place mais hybridation du modèle à faible portée à cause de la faible réglementation
Forte	**Gros embouteillage institutionnel** - Suprématie de la réglementation - Fourniture de services publics assurée conjointement par les secteurs public et privé - Absence de médiation politique ➔ Forme d'hybridation la plus prometteuse à condition que la forte réglementation n'entraine pas un échec du processus d'hybridation avant son terme. Le *New public management* est un *guidline* dans la réforme du modèle productif.	**Bureaucratie publique** - Fourniture des services publics par le secteur public - Le secteur public conserve toutes ses compétences ➔ Modèle resté au point de départ de l'hybridation. Coexistence de l'ancien et du nouveau modèle productif.

Source : D'après Dunleavy et Hood (1994), Hood et Peters (2004) et Pyun (2013)

Leurs organisations reposent néanmoins sur l'application d'un cadre théorique commun issu de pensées économiques néo-libérales. Ces quatre modèles représentent une hybridation d'une forme idéologique pure du *New public management*. En effet, le *New public management*, quelle que soit sa forme hybride, prend racine dans les préceptes des théories des choix publics, des coûts de transaction et de l'agence.

Après avoir mis en évidence ces quatre formes hybrides et leurs supports théoriques, nous avons déduit que la forme hybride du modèle productif de l'action publique en France est comprise entre le *Gros embouteillage institutionnel* et la *Bureaucratie publique*. Ce modèle a été qualifié de *New public management* à la française.

Le chapitre 4 visait ensuite à positionner le modèle spécifique de la gouvernance de la télémédecine par rapport à la forme nationale de l'action publique. Nous avons mis en évidence que la gouvernance de la télémédecine, en tant que modèle productif sectoriel de l'action publique, est prise entre deux eaux : respecter les principes productifs nationaux du *New public management* tout en préservant les dispositifs institutionnels sectoriels de l'organisation des soins.

C'est donc précisément dans cette articulation entre les directives nationales, issues de la politique de télémédecine, et le modèle organisationnel de l'offre de soins que se matérialisent les zones de tension entre les acteurs de la télémédecine. Nous avons identifié quatre caractéristiques principales de la gouvernance de la télémédecine sur lesquelles se matérialisent les tensions. Pour chacune d'entre elles, l'ambition affichée est de suivre le modèle du *New public management* à la française, mais *in fine* le modèle mis en œuvre correspond aux caractéristiques de la *Bureaucratie publique*.

La première caractéristique mise en tension correspond à l'organisation de la production des actes de télémédecine. En effet, la télémédecine doit correspondre, d'après le comité de pilotage, à l'externalisation d'une partie de la production hospitalière vers la médecine de ville. Initialement, cela renvoie à l'application de l'un des principes du *New public management* à la française, qui consiste en l'établissement de partenariats public-privé dans la fourniture de services publics (Bezes, 2012). Cette application correspond au suivi des principes de la théorie des coûts de transaction en matière de transfert d'activité en fonction de la spécificité des actifs (Williamson, 1975, 1989). Dans les faits, la télémédecine ne contribue pas à l'externalisation de la production hospitalière. Au contraire, elle semble renforcer l'hospitalo-centrisme en faisant déborder l'autorité et la supervision de l'hôpital vers la ville.

La deuxième caractéristique de la gouvernance de la télémédecine que nous avons identifiée comme problématique est le renforcement du rôle de l'État dans les mécanismes de coordination de la production médicale. Paradoxalement, pour mettre en œuvre les mécanismes marchands, la puissance publique doit intervenir davantage dans l'encadrement de la pratique (Batifoulier, et al., 2007a ; Pierru, 2012). En effet, nous avons mis en évidence que l'externalisation d'une partie de la production hospitalière ne peut pas se faire sans l'encadrement, par la puissance publique, de la production et de l'utilisation des technologies télémédicales. Le déploiement de la télémédecine dépend alors de la réglementation de ces technologies. En cette optique, nous avons mis en évidence que dans la mise en œuvre du déploiement de la télémédecine les mécanismes de marché ont été abandonnés, toutefois, le

surcroît de réglementation persiste. *In fine,* le modèle de gouvernance repose sur une réduction de la coordination marchande et davantage de règles. *De facto*, le modèle s'éloigne, sur cette dimension également, de celui du *New public management* à la française.

La troisième caractéristique de la gouvernance de la télémédecine porteuse de tensions est la définition des modalités de rémunérations des professionnels de santé qui interviennent dans la production télémédicale. Initialement, les institutions en charge du déploiement de la télémédecine ont envisagé des formes nouvelles de rémunération qui correspondent aux principes du *New public management* à la française (incluant une part fixe et une part variable incitative) (Lasbordes, 2009 ; Simon et Acker, 2008). Pourtant, avec une tarification à l'acte peu incitative, les modalités de rémunération restent ancrées dans le mode traditionnel de rémunération des professionnels de santé. Au regard de cette caractéristique également, le modèle s'éloigne des préceptes du *New public management* à la française.

Enfin, la quatrième caractéristique retenue comme source de tensions correspond à l'évaluation de la performance de la télémédecine. Suivant les principes de la théorie du *public choice* (Tullock, 1972), le comité de pilotage partage l'idée selon laquelle toute activité qui bénéficie d'un appui de la puissance publique doit justifier de sa performance. Pourtant, ici encore, dans les faits les principes initiaux ne sont pas suivis et les modalités d'évaluation tardent à être mises en place.

Pour chacune de ces quatre caractéristiques, il est alors possible d'analyser les difficultés que rencontre le comité national de pilotage du déploiement de la télémédecine pour appliquer les dispositifs de la politique publique. Nous avons pointé que la gouvernance de la télémédecine dévie : d'une trajectoire censée mener à l'application des principes du *New public management* à la française, elle se dirige droit sur la forme de la *Bureaucratie publique*.

Nous avons interprété ces conflits comme relevant de tensions entre des objectifs divers associés à la télémédecine. En effet, en suivant les préceptes du *New public management*, la puissance publique cherche à imposer une coordination industrielle qui va *a contrario* de la régulation historique du système de santé. De fait, les praticiens prônent une télémédecine reposant davantage sur l'artisanat (au sens d'une coordination adaptative et pragmatique garantissant l'autonomie du médecin). Un conflit entre les mécanismes de coordination des échelles de régulation se dessine ainsi.

Pour expliquer ce phénomène, nous avons souligné dans le chapitre 5 l'existence d'un conflit entre les échelles de régulation des projets de télémédecine. Ce conflit se matérialise

plus précisément dans l'application des mécanismes de coordination propres à chacune des échelles de régulation. Nous avons mis en exergue deux échelles externes de régulation, l'une nationale et l'autre régionale, et une échelle interne. La caractérisation de l'échelle de régulation nationale révèle que les normes médicales et technologiques sont l'outil principal de coordination. À l'échelle régionale, le contrat de télémédecine est utilisé par l'ARS comme mécanisme de coordination. Enfin à l'échelle interne, la régulation est assurée par la profession médicale et ses représentants. La coordination y est assurée par des mécanismes conventionnels au sens de l'Économie des conventions (Rebérioux, et al., 2001).

En mobilisant le concept de *cité*, tel qu'il a été défini par Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991), puis approfondi par Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999) et par Anne Buttard (2008b), nous avons pointé différentes contradictions entre les mécanismes de coordination des échelles de régulation. Les principes de coordination de l'échelle de régulation externe renvoient à une vision de la régulation partagée par les acteurs de la cité par projet. À l'inverse, les mécanismes de coordination de l'échelle interne font référence aux principes de grandeurs de la cité par communauté.

Nous avons également pu identifier les tensions qui caractérisent la confrontation des représentations de chaque échelle de régulation. La régulation externe repose sur une logique d'action industrielle, alors que celle à l'échelle interne peut être associée à une logique professionnelle. Les rapports de force entre ces échelles de régulation aboutissent à une déviation de la trajectoire de la gouvernance de la télémédecine et à l'échec de la mise en œuvre de l'application des expérimentations de l'article 36. Les réformes successives montrent que la trajectoire de la gouvernance de la télémédecine se dirige vers la *Bureaucratie publique* : au lieu de parvenir à une externalisation et à un renforcement de la coordination marchande, les révisions de l'article 36 ont plutôt eu tendance à réduire la logique marchande et contractuelle au profit des règles et de la hiérarchie.

Toutefois, il semblerait que le Comité national de pilotage s'est engagé dans la voie de la coordination industrielle marchande (rappelons ici que le comité de pilotage comprend des représentants de l'État, qui bénéficient toutefois d'une semi-autonomie et des industriels). Appliquant les préceptes de la théorie de l'agence, il cherche en effet à mettre en œuvre un ensemble d'incitations pour encourager les médecins à la pratique de la télémédecine. Le comité fait ainsi l'hypothèse que l'introduction de mécanismes marchandes au sein-même de la logique d'action des professionnels permettrait de transformer la régulation artisanale de la télémédecine, et sa modeste pratique, vers une logique industrielle et des pratiques bien plus

développées. Pour caractériser les enjeux associés à cette hypothèse, il nous faut désormais descendre du niveau de la politique vers le niveau de l'individu.

Partie 3 :

L'efficacité des dispositifs de régulation de la télémédecine à l'épreuve de la motivation professionnelle médicale

Introduction de la troisième partie

Nous avons mis en évidence, dans la première partie de notre thèse, que la politique publique sectorielle dédiée à la télémédecine est l'élément déterminant du niveau de développement de la pratique. Nous avons ensuite caractérisé, dans la deuxième partie, les dispositifs de cette politique qui expliquent le faible déploiement de l'activité depuis son institutionnalisation. En effet, après avoir défini le modèle productif national de l'action publique, nous avons mis en évidence que la gouvernance de la télémédecine, en tant qu'adaptation sectorielle du modèle national est au confluent de deux logiques d'action. L'une industrielle, qui renvoie à la vision de l'échelle de régulation externe et s'inscrit pleinement dans le référentiel de marché. L'autre professionnelle, qui reflète le mode d'action de l'échelle de régulation interne de la production télémédicale.

Nous avons alors caractérisé et analysé les rapports de force qui émanent de l'antagonisme de ces deux modalités de coordination. Nous en avons retenu que la situation actuelle conduit à un antagonisme difficilement soutenable. La forme hybride de l'action publique en faveur de la télémédecine, le *New public management* à la française, tend à l'échec du modèle de gouvernance de la pratique. Face à ce conflit entre échelles de régulation, trois directions sont envisageables et doivent l'être puisque la puissance publique réalise un *bricolage institutionnel*[119] (Frinault, 2005) permanent dans sa politique. L'une irait vers un nouveau compromis entre les différentes échelles de régulation. Les deux autres, quant à elles, matérialiseraient la victoire de l'une des deux échelles de régulation dans le rapport de force qui les oppose.

L'objectif de cette troisième partie est alors de présenter et de discuter les solutions proposées par le Comité national de pilotage pour sortir de ce conflit qui bloque le développement de la télémédecine. Le chapitre 6 présente donc les solutions envisagées par la

[119] Nous empruntons le concept de bricolage institutionnel à Thomas Frinault qui le mobilise pour rendre compte de la mise en place chaotique de dispositifs permettant de répondre au problème de la dépendance des personnes âgées. En effet, le financement de la prise en charge de la dépendance s'est organisé dans : « *un processus de réforme "lent, chaotique et mal assuré", comme en témoigne la succession des étapes suivantes : processus de non-décision (1979-1994), expérimentation législative (1994-1996), loi Prestation spécifique dépendance (PSD) explicitement transitoire (1997-2001), loi allocation personnalisée d'autonomie comportant une clause de revoyure (2002), ajouts législatifs et réglementaires (2003-2004).* » (Frinault, 2005, p. 607) auquel nous pourrions rajouter plusieurs tentatives de loi dans le débat politique dès 2006-2007 mais ne se matérialisant qu'avec la Loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

puissance publique, et développe une revue de littérature destinée à traduire ces solutions en une hypothèse testable.

Pour justifier le faible déploiement actuel, les organes en charge du déploiement de la télémédecine arguent un manque d'incitation à la pratique, en se fondant sur les approches standards. En cette optique, si les médecins n'adhèrent pas à la télémédecine et aux modalités de coordination proposées par l'échelle externe de régulation, c'est parce qu'ils ne seraient pas suffisamment incités à le faire. Toutefois, les travaux de la psychologie cognitive (Deci et Ryan, 1985 ; Deci et Ryan, 2002 ; Fenouillet, 2012) et ceux de l'Économie des conventions (Batifoulier, et al., 2011a ; Batifoulier et Biencourt, 2005 ; Gadreau, 1993), suggèrent que la mise en place d'incitations peut aboutir à une situation encore plus problématique que la précédente. Nous examinons alors les conséquences que peuvent avoir l'introduction d'incitations externes sur le cadre motivationnel des professionnels de santé (Da Silva, 2014 ; Sicsic, 2014 ; Videau, et al., 2010). Nous en retenons que les incitations peuvent entraîner une dégradation du jugement des médecins sur leur activité (Biencourt, 1999), aboutissant *in fine* à la détérioration de la qualité des soins.

Afin de tester cette hypothèse relationnelle entre l'introduction d'incitations à la pratique de la télémédecine et le niveau de qualité des soins, nous présentons, dans le chapitre 7, les résultats d'une enquête menée à cet effet et que nous avons réalisée auprès des médecins libéraux de Champagne-Ardenne et d'Île-de-France. Cette enquête vise à identifier deux caractéristiques principales concernant les acteurs utilisateurs de la télémédecine. En effet, en premier lieu, l'enquête doit nous permettre d'établir le profil-type du médecin utilisateur de la télémédecine. En second lieu, nous caractérisons la motivation des médecins enquêtés (Blais, et al., 1993 ; Hackman et Oldham, 1975). Nous cherchons à connaitre le type de motivations qui anime les médecins. Pour cela, nous nous appuyons sur *l'index global de motivation autodéterminée au travail* mobilisé dans les travaux récents portant sur l'étude des motivations des professionnels médicaux (Forest, 2008). Nous mettons alors en évidence que, compte tenu de leur forte motivation autonome, une large majorité des médecins n'est pas sensible aux incitations, celles-ci n'entraînent de fait pas leur adhésion à la télémédecine. Au contraire, elles risquent même de produire des effets contre-productifs.

Chapitre 6
Des incitations aux motivations, confrontation entre les dispositifs de régulation externes et les logiques d'action professionnelles

Introduction

Ce chapitre développe une revue des analyses des motivations des individus, en particulier des médecins, afin d'une part, d'identifier des hypothèses sur la manière dont les individus réagissent aux incitations et d'autre part, de mettre en regard ces hypothèses avec la manière dont la puissance publique interprète la motivation.

Nous avons identifié, dans le chapitre précédent, l'existence d'un conflit de représentations entre les échelles de régulation du déploiement de la télémédecine. L'échelle de régulation externe est composée des institutions en charge du déploiement de la télémédecine et repose sur une logique d'action[120] que nous avons qualifiée de logique industrielle. L'échelle de régulation interne, quant à elle, représente les institutions médicales et la logique d'action peut y être qualifiée de professionnelle. Nous avons donc mis en évidence différents conflits entre ces échelles de régulation, notamment en termes d'organisation de la coordination entre les acteurs. Ce conflit de représentation se traduit par une déviation de la trajectoire du mode de gouvernance de la télémédecine et donc du modèle productif sectoriel du *New public management* à la française, passant alors d'une logique de *Gros embouteillage institutionnel* vers une logique de *Bureaucratie publique*.

Pour cela, nous nous proposons d'analyser la façon dont les institutions en charge du déploiement de la télémédecine traitent ce conflit et d'étudier les solutions apportées par la puissance publique afin de mener à bien son ambition de développement de la pratique. Cette analyse permettra alors de questionner l'efficacité de la stratégie mise en œuvre pour résoudre ce conflit.

Le comité national de pilotage de la télémédecine souhaite conserver le cadre du déploiement de la télémédecine et poursuivre la trajectoire du modèle de gouvernance. Autrement dit, le comité persiste dans la mise en œuvre des grands principes du *New public management* à la française et ce malgré l'échec du premier cahier des charges des expérimentations de l'article 36. Dans cette optique, la perspective du comité est similaire à

[120] Nous avons défini la notion de logique d'action dans le chapitre précédent.

celle des travaux *mainstream* portés par (Benabou et Tirole, 2003 ; Bénabou et Tirole, 2006). Schématiquement, le raisonnement est le suivant : si les médecins n'adhèrent pas à la télémédecine, c'est parce qu'ils ne seraient pas suffisamment incités à le faire. La différence de rémunération entre les médecins qui pratiquent la télémédecine et les autres ne serait pas suffisamment importante. *De facto*, selon les organes en charge du déploiement, le manque d'intérêt des professionnels médicaux tiendrait donc à l'existence d'un cadre incitatif non adapté. Ainsi, la résolution du conflit entre les échelles de régulation que nous avons pointé passerait, pour le comité national de pilotage de la télémédecine, par la mise en place d'incitations à la pratique, et notamment d'incitations financières *via* la mise en place d'une rémunération supplémentaire.

La première section cherche alors à préciser dans quelle mesure le cadre incitatif peut permettre de mener à bien l'ambition portée par la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine. Face à la position du comité national de pilotage de la télémédecine, selon laquelle les mécanismes actuels ne seraient pas suffisamment incitatifs, nous proposons de tenir compte des enseignements d'un autre type de littérature. En effet, l'approche conventionnaliste des incitations dans le champ de la santé met en évidence une efficacité toute relative des incitations quelle que soit la forme qu'elles prennent (Ventelou et Videau, 2010 ; Videau, et al., 2010). Celles-ci peuvent même dans certains cas se révéler contre-productives (1).

Il apparaît ainsi nécessaire d'étudier précisément le cadre motivationnel des professionnels médicaux pour comprendre l'échec relatif des dispositifs incitatifs, ce que nous réalisons dans une deuxième section. Nous examinons alors les travaux menés par les psychologues de la théorie de l'autodétermination pour en dégager les apports en termes de motivations (Fenouillet, 2012). Il en ressort que les motivations ne sont pas additives, dit autrement, l'ajout de nouvelles incitations ne permet pas d'accroître la motivation. *A contrario*, les incitations peuvent même venir dégrader le caractère autonome des motivations initiales. Toutefois, dans le cas de la télémédecine, le comité national de pilotage ne semble pas prendre en compte l'importance de ces résultats. Nous montrons néanmoins la concordance de sa position avec l'analyse réalisée par les approches standards et standards étendues, support du déploiement de la télémédecine. Dans cette approche, un seul type de médecins est pris en considération, ce sont les médecins cupides, dont l'opportunisme prime sur les valeurs professionnelles. La stratégie nationale de déploiement ne dispose ainsi pas d'une vision complète de la population médicale et de ses logiques d'action, et l'action désintéressée du médecin semble échapper aux institutions en charge de la gouvernance de la

télémédecine. Les apports de la psychologie cognitive permettent ainsi d'éclairer les conséquences possibles d'une restriction de considération envers les médecins –notamment au regard de leur altruisme- au profit d'incitations monétaires nécessairement individuelles (2).

La troisième section pointe que le jugement fait par les médecins des règles issues de la régulation externe peut expliquer la situation conflictuelle et son insolubilité actuelle (Batifoulier, et al., 2011a). Les théories de la psychologie cognitive mettent en évidence des situations de dégradation du cadre motivationnel professionnel (Vallerand et Thill, 1993). À partir de ce cadre théorique, il est possible d'analyser le fait que non seulement la politique de télémédecine est inefficace, puisque la pratique ne se développe pas, mais également qu'elle risque de dégrader la situation initiale. En effet, en modifiant le cadre motivationnel, les incitations mises en place risquent d'entraîner une dégradation de la qualité de production des soins de télémédecine. Nous dégageons alors un ensemble d'hypothèses concernant le lien entre la forme de la régulation externe, le cadre motivationnel des médecins et la qualité des soins de télémédecine. Ces hypothèses seront testées dans le chapitre suivant.

1. Les incitations, solution efficace pour atteindre le *Gros embouteillage institutionnel* ?

La gouvernance du déploiement de la télémédecine repose sur les principes du *New public management* à la française. Le modèle hybride entre le *Gros embouteillage institutionnel* et la *Bureaucratie publique* est alors présenté comme la forme idéale en termes d'efficacité de l'allocation des ressources et de modalités de coordination. Toutefois, nous avons mis en évidence que la trajectoire s'éloigne du *Gros embouteillage institutionnel* et se dirige droit vers la *Bureaucratie publique*. Il devient alors nécessaire, d'après les recommandations des théories supports du *New public management*, d'inciter les médecins à adhérer au modèle organisationnel de la télémédecine tel qu'il est pensé par le comité de pilotage afin de tendre vers un modèle de bien-être collectif. Les incitations doivent permettre de résoudre les conflits entre les échelles de régulation interne et externe et mener à terme le déploiement de la télémédecine en suivant le modèle de gouvernance initial (1.1). Toutefois, la littérature nous enseigne que les dispositifs incitatifs dans le champ de la santé, qu'ils soient monétaires, normatifs ou organisationnels, engendrent des résultats plus que mitigés. Il semble alors que le cadre d'analyse des théories du *New public management* ne permette pas

d'en donner des explications satisfaisantes. Non seulement les incitations peuvent être inefficaces, mais dans certains cas elles sont également contre-productives (1.2).

1.1. Inciter les médecins à suivre le *Gros embouteillage institutionnel*, garantie du bien-être collectif ?

Le modèle hybride du *New public management* à la française est caractérisé par une logique d'action industrielle dans laquelle le marché fait figure de forme idéale de coordination. Dans cette perspective, en permettant un transfert de tâches et de compétences tout en réduisant l'opacité informationnelle, la télémédecine doit aboutir à l'encadrement de la logique d'action professionnelle. Selon les partisans du référentiel de marché, cette dernière serait néfaste au fonctionnement concurrentiel et donc au développement de la télémédecine dans sa forme retenue par le comité national de pilotage (1.1.1). Toutefois, pour que les médecins adoptent un comportement pro-marchand, la puissance publique doit intervenir afin de créer un marché artificiel des soins au sein duquel les incitations jouent le rôle des prix en tant que mécanisme de coordination (1.1.2).

1.1.1. La télémédecine, un remède à l'illusion déontologique ?

Nous avons mis en évidence dans le chapitre précédant trois types de règles élémentaires : les normes, les contrats et les conventions. L'analyse de chacune d'entre elles permet de comprendre les dimensions particulières, non seulement de la coordination, mais également de la régulation de la pratique de la télémédecine. Au sein de ces règles élémentaires, la convention possède un statut particulier (Batifoulier et Thévenon, 2001). Elle assure la coordination des agents tout en étant ni le résultat d'une confrontation avec la puissance publique, ni l'application d'une règle autoritaire. La puissance publique, de façon générale, et les institutions régulatrices de la télémédecine plus particulièrement, n'ont donc aucune autorité sur l'émergence d'une convention d'activité (Eymard-Duvernay, 1989). Traditionnellement, c'est en composant avec les conventions existantes que les pouvoirs publics conçoivent les politiques de régulation (Assens et Accard, 2007). Or, nous venons de mettre en évidence dans le chapitre précédent qu'il existe une rupture entre les modalités de régulation externes et les conventions d'activité pré-existantes dans le cas de télémédecine.

Ainsi, deux logiques d'action dominent dans la pratique de la télémédecine. La première est la logique professionnelle. Elle s'incarne dans la pratique historique de la télémédecine et renvoie au fonctionnement de la cité par communauté qui se matérialise au sein de la régulation interne de la télémédecine. Telle que nous l'avons définie au chapitre précédent, la déontologie, l'éthique, l'autonomie d'action en sont les principes dominants. La seconde est la logique industrielle qui est portée par la politique de santé et est suivie par le comité de pilotage national de déploiement de la télémédecine. Cette logique s'incarne donc dans les modalités de régulation externes de la télémédecine et fait référence au fonctionnement de la cité par projet. Dans cette seconde logique d'action, le nouvel esprit du capitalisme s'exprime dans le champ de la santé à travers le rôle stratégique attribué au médecin. En effet, l'institutionnalisation de la télémédecine s'inscrit dans un vaste ensemble de réformes en santé qui véhicule la supériorité de l'idéologie néo-libérale marchande (Jobert, 1994 ; Pierru, 2012). Le modèle de coordination plébiscité par le comité national de pilotage de télémédecine est donc issu d'une logique industrielle au sein de laquelle le marché est une figure idéale.

Pour rappel, la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine s'appuie sur une forme hybride du modèle canonique du *New public management*. Bien que les théories supports du *New public management* questionnent toute l'efficacité absolue du marché, ce dernier reste la référence et les formes alternatives de coordination doivent être l'exception. Toutefois, ces théories légitiment l'intervention de l'État pour pallier les défaillances ou l'inexistence de marché. Cela étant, seule la dimension de la coordination est considérée comme nouvelle au sein de ces théories, celle de la rationalité reste inchangée. La coordination par le marché reste alors la forme institutionnelle la plus efficace en termes d'allocation des ressources. Mais, en cas de défaillances, d'autres formes légitimes de coordination peuvent être mises en place et peuvent être supervisées par l'État. Il s'agit alors d'un *optimum* de second rang. En supposant que la coordination par les prix ne suffise pas, une relation contractuelle peut être introduite (Batifoulier, et al., 2011a). Selon la logique d'action industrielle marchande, les règles de coordination dans le champ de la santé doivent ainsi permettre de créer des conditions concurrentielles favorables à l'optimisation des ressources et de l'utilisation des facteurs de production.

Dès lors, la logique d'action professionnelle est interprétée par les partisans du *New public management* comme un comportement déviant au sein de la logique industrielle marchande. Telle que nous l'avons présentée dans le chapitre précédent, la déontologie serait, au sens de référentiel de marché, une illusion professionnelle qui entraverait le

fonctionnement du marché (*Ibid.*). D'après la logique industrielle, l'éthique et la déontologie ne garantiraient en rien la qualité et l'efficacité du travail professionnel. Elles ne seraient qu'une construction sociale mise en place par les médecins pour garantir le monopole des soins et les barrières à l'entrée de la profession (Batifoulier et Biencourt, 2005). Dans le cas de la télémédecine, le monopole des soins ne tient plus qu'à un fil. En effet, le partage des tâches avec les professionnels paramédicaux ainsi que le transfert rapide et sans coût des connaissances *via* les technologies du numérique minimiseraient les coûts de production. La déontologie serait donc un artifice permettant aux médecins de maintenir leur contrôle de l'accès au marché des soins. Elle est alors un moyen de différentiation qui permettrait aux médecins de développer une réputation afin d'empêcher toute forme de concurrence.

Au-delà des théories supports du *New public management*, le courant interactionniste[121], issu de la sociologie, favorise également l'émergence de ce point de vue (Bloy et Schweyer, 2010 ; Robelet, 2005). Ce courant, en considérant toute les professions au même titre, et en les étudiant comme des groupes homogènes, estime qu'aucune protection spécifique ne doit être accordée à quelle que profession que ce soit. La déontologie, dans cette logique de réflexion n'a donc rien à voir avec des conditions particulières d'exercice. Différents courants théoriques issus des sciences sociales viennent alors légitimer la suprématie de la représentation marchande des logiques d'action qui doivent encadrer l'institutionnalisation de la télémédecine (Batifoulier, et al., 2011a).

Les barrières à l'entrée de la profession médicale et le monopole des soins seraient autant d'obstacles à un modèle de coordination efficace, tel que souhaité par les institutions externes de la régulation de la télémédecine. Les problèmes d'asymétrie d'information laissent libre court aux stratégies calculatrices des professionnels médicaux. Dès lors, pour les partisans de la logique industrielle marchande, la déontologie et l'éthique médicales, qui font la grandeur de la cité communautaire, deviennent un obstacle à la mise en œuvre d'une allocation optimale des ressources. La rente de monopole des médecins, dans un contexte d'encadrement des dépenses de santé est donc préjudiciable et serait alors une entrave à la maximisation du bien-être collectif. Il devient dès lors nécessaire d'inciter les médecins à adopter un comportement pro-marchand afin de garantir une allocation optimale des ressources. Alexandre Jaunait (2005) considère que l'éthique médicale est composée simultanément de caractéristiques hippocratiques et libérales. Les caractéristiques libérales de l'activité représentent le pilier de l'autonomie du médecin et sont directement reliées à la

[121] La définition du courant interactionniste est donnée dans le chapitre précédent.

politique de santé. Avec la télémédecine, le passage de la cité par communauté (organisation pré-institutionnalisation de la télémédecine) à la cité par projet (organisation post-institutionnalisation) se fait par l'évolution de ces caractéristiques libérales. La puissance publique va ainsi mettre en place un cadre incitatif marchand qui vise à soutenir les critères libéraux de la pratique. L'orientation marchande se fait par un soutien aux mécanismes libéraux se rapprochant du fonctionnement concurrentiel de marché. Il est donc nécessaire d'inciter les médecins à l'adhésion du mode de gouvernance davantage axé vers le modèle de *Gros embouteillage institutionnel*.

1.1.2. La création d'un marché artificiel des soins, les incitations comme substituts des prix

En suivant les théories supports du *New public management*, en vue de tendre davantage vers le *Gros embouteillage institutionnel*, le comité national de déploiement de la télémédecine cherche à piloter en amont toutes les relations entre les acteurs de la production de télémédecine. Nous avons mis en évidence dans les chapitres précédents que cela passe alors par la normalisation et la contractualisation des échanges. Au sein de la logique industrielle marchande, le médecin est défini comme un *entrepreneur opportuniste* (Batifoulier, et al., 2011a), au même titre que tout autre producteur de biens et services. Il devient donc nécessaire d'inciter les professionnels médicaux à adopter un comportement pro-marchand, seul comportement permettant de maximiser le bien-être collectif et de viser le *Gros embouteillage institutionnel* (Jobert, 1994). Ce comportement pro-marchand se caractérise par la participation à la maîtrise des coûts de la santé et à l'orientation concurrentielle de l'offre de soins (Pierru, 2012). Toutefois, au sein de la médecine de ville, il est particulièrement difficile de mettre en place les conditions de réalisation d'un marché. Les modalités de prise en charge des soins font que le rôle des prix est minime et médecins et patients ne se comportent pas comme des preneurs de prix. La puissance publique doit donc intervenir pour recréer les conditions de marché et instaurer une logique marchande dans le champ de la santé alors même que les principes fondateurs du *New public management* prônent un État minimaliste et une logique de marché forte. Dans le champ de la santé, pour que cette logique de marché puisse être effective cela implique un renforcement du rôle de l'État dans la régulation de la production de soins (Bezes et Demazière, 2011).

Toutefois ce n'est pas en influençant les prix que la puissance publique agit mais en introduisant une logique concurrentielle des pratiques entre les producteurs de soins. La

logique marchande ne s'entend pas comme une logique de prix, mais comme un mécanisme concurrentiel à la bonne pratique (Batifoulier et Biencourt, 2005). Les patients sont incités à exercer un pouvoir nouveau au sein d'une démocratie sanitaire et à juger de la bonne pratique (Domin, 2006). Ils obtiennent ainsi un nouveau rôle dans la production de soins en exerçant une contrainte de marché. Cela se matérialise notamment par l'évolution des termes employés, il n'est plus question de patient[122], mais de malade dans les textes législatifs (Abecassis et Domin, 2009). Les agences sanitaires, que nous avons présentées dans le chapitre 4 jouent également un rôle dans l'information des malades. Elles ont pour mission de donner plus de transparence sur le marché fictif de la santé afin d'éclairer le patient. La transparence est un critère de la concurrence qui permet d'encadrer la position dominante sur un marché. La mise en concurrence des médecins se fait par leur capacité à respecter les normes (Biencourt, 1999). Il s'agit donc d'une concurrence en tant que valeur normative.

La construction du marché repose alors sur la mise en place de mécanismes normatifs et incitatifs dont l'objectif est la mise en concurrence des médecins dans la recherche de pratiques économes au regard de la dépense de santé. Pour pouvoir comparer les pratiques, il est nécessaire d'inciter les médecins à avoir des activités standardisées en vue de comparer le comparable. Comme tout agent, d'après les théories du *New public management*, le médecin cherche à satisfaire son intérêt personnel. Des mécanismes incitatifs doivent être mis en place pour orienter le comportement des médecins vers un comportement vertueux de marché. Pour cela, la puissance publique met en place des règles de marché qui doivent envoyer des signaux aux autres participants de l'échange. Les incitations doivent favoriser les comportements optimaux au sens d'une allocation marchande des ressources. Dans le cas de la télémédecine, la rémunération des actes est conditionnée par le respect des standards de production et l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée et labélisée par l'ASIPSanté (*Cf*. encadré ci-dessous).

Encadré 22 – Les dispositifs incitatifs de la politique de télémédecine

Il convient préalablement à la présentation des mécanismes incitatifs de rappeler qu'avant l'institutionnalisation de l'activité, la télémédecine était pratiquée sans être rémunérée. L'institutionnalisation, par le biais de la politique de télémédecine a conduit à la mise en place de mécanismes de rémunération. Toutefois, tous les actes et tous les acteurs ne sont pas rémunérés, ce qui peut dès lors poser des problèmes d'interprétation de cette différentiation de considération des actes et des acteurs. Cela peut en effet être interprété comme un signal envoyé par les institutions en charge du déploiement de la différence de considération qu'elles portent en termes de valeur des actes et des professionnels qui participent à la production de la télémédecine.

[122] Le terme patient renvoie à la passivité de l'individu dans la relation de soin. Or, le malade, notamment dans la perspective de la démocratie sanitaire, est un acteur actif. Le développement de l'éducation thérapeutique va dans ce sens.

Nous rappelons que seuls deux actes (sur cinq) sont rémunérés dans le cadre des expérimentations dites article 36 : la téléconsultation et la téléexpertise. Cela laisse alors supposer une valeur supérieure attribuée à ces actes comparativement aux autres. De la même façon, seuls les médecins réalisant les actes intellectuels sont rémunérés. Ceux réalisant l'acte technique ne le sont pas. Dès lors, il est possible d'interpréter cette différence comme l'attribution d'une valeur marchande plus élevée à la production intellectuelle qu'à à la production d'actes techniques. Cette distinction n'est pas sans rappeler les débats entre l'élite clinicienne hospitalière et les médecins de ville (Arliaud, 1987). Nous avons pointé précédemment le fait que la télémédecine instaure une nouvelle division du travail entre acte technique et acte intellectuel (*Cf.* p. 107 et 216). Par ailleurs, l'acte de dépistage de la rétinopathie diabétique est également rémunéré. Nous détaillons les mécanismes incitatifs pour ces trois actes.

Tableau 19 – identification des mécanismes incitatifs des expérimentations articles 36

	Premier cahier des charges article 36 (2015-2016)		Second cahier des charges article 36 (Depuis avril 2016)	
	Médecin requis (acte intellectuel)	Médecin requérant (acte technique)	Médecin requis (acte intellectuel)	Médecin requérant (acte technique)
Téléexpertise	Rémunération à l'acte 14 € quelle que soit la spécialité Sans limite de nombre d'actes	0 €	Rémunération forfaitaire de 40 € par patient. 100 patients maximum par médecin	0 €
Téléconsultation	Rémunération à l'acte 28 € quelle que soit la spécialité Sans limite de nombre d'actes	0 €	Rémunération à l'acte 26 € pour un généraliste (max 3 actes par patient) 28 € pour un spécialiste (hors gériatrie et psychiatrie, max 3 actes par patient) 43,70 € pour un gériatre ou un psychiatre (max 5 actes par patient)	0 €

Le premier cahier des charges a été un échec, aucune expérimentation n'a eu lieu dans le cadre de l'application de l'article 36. C'est pourquoi, le comité national de pilotage a pris la décision de modifier les modalités de rémunération afin de les rendre incitatives. La plus grande différence réside dans les modalités de rémunération des actes de téléexpertise. En passant d'une rémunération à l'acte de 14 euros à une rémunération au forfait de 40 euros, l'objectif affiché est clairement d'inciter les médecins experts à la pratique de la téléexpertise (Nous avons pointé dans le chapitre 2 les questionnements de l'efficacité de chaque modalité de rémunération, de leurs avantages et de leurs limites, nous ne reviendrons pas dessus ici, cf. p. 148).
Si la téléconsultation reste rémunérée à l'acte, son montant est en revanche modifié. Dans l'ancien cahier des charges les montants de la rémunération était identique pour toutes les spécialités. Dans le nouveau cahier des charges, une différence est opérée selon les spécialités, ici encore dans le but d'inciter les médecins experts à participer à la production de téléconsultation. Notons également que la rémunération des médecins généralistes diminue, alors même qu'ils sont censés être les acteurs de liaison entre la ville et l'hôpital.
Toutes ces évolutions ne vont donc pas être neutres en termes d'interprétation de la part des médecins utilisateurs des dispositifs de télémédecine. Nous allons mettre en évidence dans la suite du chapitre que ces incitations peuvent être analysées en termes de jugement de la norme.

Si pour les expérimentations de l'article 36 la mise en œuvre des dispositifs incitatifs peut être analysée dans la transition entre les deux cahiers des charges, pour les actes de rétinopathie diabétique il en est autrement. Le dépistage de la rétinopathie diabétique par télémédecine est le troisième acte actuellement rémunéré.

Tableau 20 – Les mécanismes incitatifs dans la réalisation du dépistage de la rétinopathie diabétique

Acte réalisé en utilisant une Messagerie de santé labélisée par l'ASIPSanté		Acte réalisé sans utiliser une Messagerie de santé labélisée par l'ASIPSanté	
Ophtalmologiste (acte intellectuel)	Orthoptiste (acte technique)	Ophtalmologiste (acte intellectuel)	Orthoptiste (acte technique)
Rémunération à l'acte 11,30 €	Rémunération à l'acte 17,30 €	0 €	Rémunération à l'acte 15,86 €

Dans le cas du dépistage de la rétinopathie diabétique, les modalités de rémunération sont mises en œuvre dans le but d'inciter les professionnels de santé à utiliser un dispositif technologique labélisé par l'ASIPSanté (*Cf.* Chapitre 4 p. 226 et 5 p. 286 pour la présentation des enjeux liés à la normalisation et la standardisation des dispositifs technologiques). L'utilisation de dispositifs labélisés permet, entre autres, à la tutelle de recenser les informations concernant les pratiques des professionnels de santé (temps d'édition de compte-rendu, durée de l'acte, utilisation de protocoles, …).

Qu'il s'agisse des mécanismes incitatifs mis en place dans le cadre des expérimentations de l'article 36 ou dans les modalités de rémunération des actes de dépistage de la rétinopathie diabétique, ces dispositifs ne sont pas sans conséquence sur la pratique des professionnels de santé. En effet, nous montrerons dans la troisième partie de ce chapitre que tout mécanisme normatif incitatif fait l'objet de jugement. Ce jugement a dès lors des conséquences sur l'action des professionnels de santé qui peut se répercuté *in fine* sur la qualité de la production.

Le droit dans le champ de la santé a également intégré cette logique marchande. Qu'il s'agisse des textes de loi de l'Assurance maladie ou des conventions professionnelles, les formulations utilisées orientent l'interprétation de la meilleure façon de faire. Pour bien faire, le médecin doit être à la recherche de la performance économique, il doit utiliser des dispositifs concurrentiels et doit avoir conscience de la nécessité de maîtriser les dépenses de santé. L'interprétation des textes, conjuguée à la mise en place de dispositifs incitatifs, se fait par le calcul de gains ou pertes potentiels en fonction de la conformité à la règle. Les médecins réalisent alors un calcul coût-avantage. En lieu et place des prix, les mécanismes marchands sont donc des incitations monétaires ou matérielles. L'activité médicale est représentée sous la forme d'un objet comptable qui laisse place à un raisonnement maximisateur (Le Galès, 1999). L'hypothèse de rationalité limitée instrumentale est posée, mais les caractéristiques comportementales restent les mêmes que dans le cadre d'une rationalité substantielle. L'*Homo œconomicus*, par nature fondamentalement opportuniste, se réduit à sa fonction d'utilité (Da Silva, 2011b). Toute interaction est analysée du point de vue instrumental. Toute forme cognitive est réduite au calcul rationnel instrumental. Les choix

optimaux se font uniquement sous la contrainte objective de la rareté des ressources disponibles, des techniques de production et des préférences individuelles entendues comme la satisfaction de l'intérêt individuel. La coopération, fruit de la main invisible, n'est possible que si elle s'inscrit dans la convergence des intérêts individuels (Robelet, et al., 2005).

Toutefois, ce désencastrement institutionnel pose problème dans la lecture des évolutions des relations économiques et des logiques d'action, malgré ces interventions, le modèle de gouvernance de la télémédecine continue de dévier de son axe. Cette logique ne semble pas interprétable à la lecture du cadre analytique de l'économie de marché. Si l'individu est doté d'une rationalité instrumentale et n'a pour objectif que la maximisation de son utilité, en tant que gain monétaire, alors la mise en place d'incitations monétaires devrait suffire à le faire participer à un projet de télémédecine et suivre la trajectoire du *Gros embouteillage institutionnel*. Le passage d'une logique d'action professionnelle à une logique d'action industrielle ne devrait pas poser de problème. Si le blocage entre la régulation externe et interne repose sur des questions de modalités de coordination, alors une incitation supérieure aux coûts de la nouvelle forme de coopération devrait suffire à faire adhérer le médecin à un projet de télémédecine. La première piste à suivre afin d'expliquer ce résultat peut alors être le manque d'efficacité des incitations mises en place.

1.2. Les incitations et les professionnels de santé, de l'inefficacité à la contre-productivité

Nous venons de mettre en évidence le cadre d'analyse que mobilisent les institutions en charge du déploiement de la télémédecine pour expliquer l'absence de développement de la pratique. Ainsi, il semblerait que la déviation de la trajectoire du modèle de gouvernance soit liée à la persévérance de formes d'anti-sélection et d'aléa moral, malgré les dispositifs mis en place par la politique publique. La puissance publique, afin de mettre en œuvre le déploiement de la télémédecine cherche alors une meilleure forme incitative pour que les médecins coopèrent à la stratégie nationale de déploiement de la pratique. Le conflit de représentation entre les échelles de régulation pourrait donc être résolu par le biais d'incitation. L'incitation serait dès lors la solution pour dépasser le conflit de représentation de la pratique de la télémédecine.

Nous montrons dans un premier temps que ces formes incitatives reposent sur différentes hypothèses issues de la théorie standard élargie en termes de logiques d'action

comportementales (1.2.1). Toutefois, nous mettons en évidence dans un deuxième temps, à partir d'une analyse historique des dispositifs incitatifs, que ces incitations ont une efficacité toute relative dans le champ des professions de santé. Certains mécanismes incitatifs étant même jugés comme contre-productifs (1.2.2). Par ailleurs, nous montrons dans un troisième temps que le médecin est un agent multi-tâches. Dès lors, mettre en place un cadre incitatif revient à envoyer un signal de sélection des tâches qui renforce l'idée de contre-productivité des incitations (1.2.3).

1.2.1. À la recherche des bonnes règles incitatives

Les théories supports du *New public management* s'inscrivent dans une trajectoire commune suivie par les économistes de la santé orthodoxes depuis le début des années 1970 en termes d'hypothèses concernant les logiques d'action des individus (Bezes et Demazière, 2011). Les comportements des médecins sont étudiés à l'aune de choix stratégiques qui dépendent de la quantité d'information privée détenue comparativement aux informations dont disposent les organes de régulation externe de la profession. La coordination des individus est analysée dans une dimension inter-individuelle stricte où seule la rationalité individuelle est explicative de l'action (Batifoulier, et al., 2011a). Cette coordination, compte tenu des défaillances de marché que sont dans le cas de la santé, au sens des théories standards, l'absence de signal des prix, l'asymétrie d'information et la différentiation des produits en termes de qualité, passe par différentes formes institutionnelles des plus marchandes aux plus régulées par la puissance publique. L'enjeu est toujours le même : encadrer les risques d'anti-sélection et d'aléa moral.

Ces hypothèses communes concernant le comportement des individus poussent la puissance publique à émettre de nouvelles recommandations en matière de politique de santé. Il devient nécessaire d'intégrer dans les politiques publiques des modalités d'encadrement des comportements individuels afin de les rendre coopératifs. Les politiques publiques s'appuient dès lors sur la rationalité individuelle pour faire tendre les comportements des individus vers un standard optimisateur qu'est l'équilibre coopératif en situation d'information parfaite (Béjean et Gadreau, 1992b). L'équilibre réel doit donc s'approcher de cet équilibre parfait. Les médecins, même s'ils peuvent être animés par une éthique professionnelle restent avant tout opportunistes et peuvent profiter de leur rente informationnelle à l'égard de la tutelle et/ou des patients. Il serait d'ailleurs irrationnel qu'ils ne le fassent pas (*Ibid.*). Il est donc rationnel que les médecins adoptent un comportement non-coopératif en situation d'asymétrie

d'information. Dès lors, en situation de défaillance de marché il est légitime que la puissance publique intervienne en tant que manipulateur d'incitation afin de réduire la distance entre l'équilibre coopératif et la situation d'asymétrie d'information (Batifoulier et Biencourt, 2005).

Le seul outil de la puissance publique, dans cette relation d'asymétrie d'information est la mise en place d'incitations. Toute la difficulté repose alors sur la bonne façon d'inciter les professionnels de santé. Traditionnellement, les incitations à disposition de la tutelle concernent les modalités communes de rémunérations (à l'acte, par capitation) et les dispositifs d'individualisation (fixation d'une part fixe et d'une part variable). Nous avons mis en évidence que dans le cas de la télémédecine, les mécanismes incitatifs passent effectivement par la mise en place de nouvelles formes de rémunération. Entre le premier et le second cahier des charges des expérimentations de l'article 36, les modalités de rémunération sont diamétralement opposées. Le nouveau cahier des charges affiche clairement la volonté d'attirer les médecins vers la télémédecine par le biais de mécanismes incitatifs.

Dès lors, la mise en place d'incitation doit permettre de garantir des logiques d'action individuelles qui tendent vers l'équilibre coopératif. Compte tenu de la rationalité des individus, si la bonne incitation est mise en œuvre, la maximisation de leur utilité passe alors par l'adoption d'un comportement coopératif (*Ibid.*). Le *New public management* légitime une intervention renforcée de la puissance publique dans la mise en œuvre des échanges (Pierru, 2010). Cela marque une rupture dans les théories économiques, le marché est considéré comme une institution de coordination parmi d'autres. Toutefois, toutes les institutions doivent avoir pour vocation de recréer les conditions concurrentielles du marché et de pallier les défaillances existantes. La tutelle intervient en effet en amont de l'échange pour encadrer de façon normative le comportement des individus et en aval pour les inciter à respecter les règles (Biencourt, 1999). Tout l'enjeu pour que l'intervention de l'État ne soit pas contre-productive est alors de trouver les bonnes règles accompagnées des bonnes incitations pour encadrer la rationalité individuelle non-coopérative. Pour que l'individu puisse maximiser son utilité tout en respectant une logique d'action qui permette d'atteindre l'équilibre coopératif, les règles incitatives doivent se rapprocher au plus près du système de prix. Seules des contreparties monétaires ou potentiellement traduisibles en équivalent monétaire peuvent garantir la coopération des individus. Les incitations matérialisent alors les prix relatifs d'un marché fictif (*Cf.* encadré 23 *infra*).

Encadré 23 – Contrats Incitatifs et équilibre coopératif vers la performance absolue ?

D'après Claude Ménard (2012) et Edward Lazear (2000), la modélisation d'un contrat incitatif fondé sur la recherche d'un équilibre coopératif absolu à partir des contributions individuelles peut être décrit comme suit.
Le principal (P) et l'agent (A) sont dotés de fonctions de production distinctes. P détient un actif spécifique dont l'usage dépend de l'action a de A. A agit dans un environnement où il ne contrôle pas les états de la nature θ. Jusque là, la relation est on ne peut plus classique. La relation de production peut alors s'écrire :

$$y = f(a\ ;\ \theta)$$

Il est possible de simplifier la relation afin d'avoir une fonction linéaire :

$$y = a + \theta$$

Afin d'inciter l'agent à agir dans l'intérêt du principal celui-ci lui propose un contrat incitatif à la performance censé le motiver à agir dans l'intérêt de tous. La rémunération prévue dans le contrat est alors :

$$s = k + \beta y$$

$$s = k + \beta(a + \theta)$$

k correspond à un salaire minimum fixe et β est un paramètre défini dans le contrat qui rémunère l'agent en fonction de sa production individuelle.
Le profit du principal est alors

$$\Pi = y - s$$

Le principal cherche alors à maximiser l'espérance E(y - s)
L'agent s'il accepte le contrat doit alors fournir une action qui se matérialise par le coût c(a) et en retirera l'utilité :

$$U = s - c(a)$$

La fonction de coût est supposée convexe, ce qui signifie que le coût marginal à l'effort est croissant. Il cherchera alors à maximiser l'espérance E(s – c(a))

Si cette démonstration semble pertinente elle n'est empiriquement pas soutenable. Outre le fait que la courbe des coûts c(a) n'est pas nécessairement linéaire, c'est le paramètre β qui doit retenir l'attention. Pour que l'individu accepte un contrat de ce type, β doit avoir une valeur élevée ce qui signifie que le principal accepte de renoncer à une part importante de l'output (Gibbons, 1998 ; Sappington, 1991). Dans le cas de l'offre de soins, la puissance publique doit accepter qu'une part importante des dépenses de santé soit consacrée à l'incitation des médecins. Cela n'est alors pas soutenable puisque l'objectif même de l'incitation est de faire diminuer la dépense de santé. Dans le cas de la télémédecine, l'encadrement de la dépense est la priorité de la stratégie nationale de déploiement.

Par ailleurs, un β élevé envoie un signal particulier à l'agent quant à la pénibilité de la tâche et s'il n'est pas neutre par rapport au risque, l'aversion face au risque l'emportera sur la fonction incitative du contrat. Le médecin incité fortement à la pratique de la télémédecine pensera que la tâche est pénible et un médecin qui n'y est pas incité ne verra pas l'intérêt de subir de nouveaux coûts d'apprentissage. La définition du contrat optimal devient alors insoluble. La mesure de y par le principal peut alors se révéler impossible. Elle peut également introduire des inégalités de traitement si les états de la nature θ sont différents pour deux agents ayant fourni le même effort. Un médecin disposant d'une couverture internet satisfaisante pourra sans problème pratiquer la télémédecine et ses gains seront importants. En revanche, un médecin désireux de pratiquer la télémédecine mais se trouvant dans une zone en déficit de couverture internet ne pourra pas prétendre à la récompense financière. Une forme d'injustice est alors développée.

Une seconde forme de mesure de la performance a été mise en évidence dans la littérature. Cette fois-ci il n'est plus question de mesurer les contributions individuelles de façon absolue mais de façon relative en procédant par comparaison. Il s'agit alors de mettre les individus en concurrence puis de les classer en fonction de leur performance et de les rémunérer selon leur classement. Il serait par exemple possible de classer les médecins en fonction de leur taux d'utilisation des dispositifs de télémédecine. Il est alors possible de parler de tournoi en référence aux activités sportives (Eriksson, 2009 ; Lazear et Rosen, 1981). Le classement entre individus permet de réduire les coûts liés à la mesure de la performance individuelle tout en conservant la possibilité de discriminer individuellement les résultats. Nous détaillons la modélisation de Ehrenberg et Bognanno (1990) qui ont mis en évidence un modèle incitatif de tournois à partir de tournois de golf.
Dans ce modèle à deux joueurs chaque joueur cherche à maximiser son score en obtenant un résultat Q. Pour

l'individu j dans le tournoi i l'équation s'écrit :

$$Qji = Uji\ [(w1i - w2i), Ajo, Ajc] + \delta i + \mu j\ i$$

(w1i - w2i) représente l'écart entre les gains du premier et les gains du deuxième joueur et Uji l'utilité qu'en retire le joueur j
Ajo, Ajc représentent les capacités des joueurs déterminés grâce à la répétition des compétitions et donc des tournois antérieurs
δi désigne les facteurs environnementaux propres au tournoi
μj i est le terme d'erreur

Les performances des individus sont directement corrélées au montant des gains et que plus les joueurs sont bons plus ils sont réceptifs aux gains puisqu'ils espèrent un gain important. Si la puissance publique veut que les bons médecins pratiquent la télémédecine il sera donc nécessaire ici encore d'augmenter les dépenses de santé. L'incitation de type tournoi comporte également d'autres inconvénients. Dans un travail en équipe il est difficile d'attribuer un classement individuel au sein de l'effort collectif. Or, pour chaque acte de télémédecine plusieurs médecins interviennent. Il serait donc nécessaire d'établir un classement de performance entre eux. D'autres aspects contre productifs peuvent également être mis en évidence. Outre les possibilités de comportements de type non-coopératifs tels que le sabotage affligé aux éléments trop motivés les incitations de type tournoi peuvent influencer un effort collectif vers le bas.

Pour que la règle incitative, *i.e.* le prix relatif, soit valide cela nécessite que le contrat qui y est associé procure au moins autant d'utilité que la meilleure autre opportunité de coordination. Ce qui n'est pas le cas dans la modélisation qui vient d'être présentée. Cette tâche s'avère alors difficile à mettre en œuvre. En effet, si depuis le tournant en économie et plus précisément en économie de la santé introduit par Kenneth Arrow (1963), la considération d'une pluralité de modalités de coordination vient modifier l'analyse des échanges, cela signifie que le marché walrasien, par définition centralisé et agrégé, n'est plus le seul lieu de rencontre de l'offre et de la demande. Avec la reconnaissance d'un encastrement institutionnel, les modalités de coordination deviennent alors volatiles puisque tout changement institutionnel entraîne une refonte de l'ensemble des règles d'échange. Au cours de la contractualisation, par définition complètement décentralisée, un ensemble de variables exogènes qui sont inexistantes sur le marché walrasien, rend inévitablement partielle tout terme du contrat.

Si les théories supports du *New public management* supposent que la contrainte de participation, c'est-à-dire l'existence d'un terrain d'entente aboutissant à la contractualisation est toujours respectée, la contrainte de compatibilité des incitations n'est pas démontrée. Preuve en est, le comité de pilotage de la télémédecine reconnaît l'échec des modalités contractuelles avec les ARS. Alors que la contractualisation avec une ARS était une obligation dans le premier cahier des charges des expérimentations de l'article 36, elles deviennent optionnelles dans le second. Une centralisation nouvelle entre la tutelle nationale

et les projets de télémédecine s'opère dans le nouveau cahier des charges. Dès lors, si le comité de pilotage reconnaît l'échec de la contractualisation, les théories supports du *New public management* peinent à expliquer l'inefficacité de certains dispositifs incitatifs mis en place et qui ont tenté d'améliorer le niveau de contractualisation.

1.2.2. Les effets incitatifs dans la médecine libérale, une efficacité toute relative

Les propositions incitatives dans le cas de la pratique de la télémédecine passent par un montant de la rémunération qui est conditionné par l'utilisation de dispositifs techniques spécifiques labélisés par l'ASIPSanté. S'il est encore trop tôt pour juger de leur efficacité, les nouvelles expérimentations de l'article 36 n'ayant pas encore débutées, nous pouvons toutefois mettre en évidence les résultats des dispositifs incitatifs mis en place au sein du système de santé et à destination des professionnels médicaux libéraux depuis le milieu des années 2000. Le tableau ci-dessous reprend les différentes études empiriques qui ont été menées en France sur l'efficacité de ces dispositifs incitatifs.

Tableau 21 – Les effets des incitations sur les pratiques médicales libérales en France

Auteurs	Objet d'étude	Population étudiée	Problématique	Résultats
Ammi (2011)	L'offre de prévention des médecins libéraux	301 médecins généralistes de Bourgogne	Par quels mécanismes inciter les médecins à la prévention ?	Les aspects non-financiers de l'environnement de travail tels que les formations, guides de pratique, modes d'exercice, retour d'information constituent des attributs forts de la fonction d'utilité des médecins
Barlet et al. (2011)	Les modalités de rémunération des médecins libéraux	1 900 médecins généralistes	Que pensent les médecins généralistes de leur rémunération ?	Laisser le choix aux médecins de leurs conditions de rémunération ne conduirait pas nécessairement à une meilleure allocation de l'offre de soins
Franc et al. (2009)	La perception par les pédiatres des contraintes économiques	611 pédiatres	Quelles incitations pour la prise en charge de l'obésité infantile ?	Les incitations financières ne suffisent pas à la prise en charge des patients obèses. Le rôle des croyances est très fort.
Bachimont et al. (2006)	Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques	94 médecins généralistes de la région Centre (19 entretiens + 75 questionnaires)	Pourquoi les médecins ne suivent pas les recommandations de bonnes pratiques dans la prise en charge du diabète de type 2 ?	Les recommandations de bonnes pratiques ne prennent pas en compte la co-construction du service et le comportement du patient auquel doit s'adapter le médecin. Le médecin préfère satisfaire le patient que suivre les recommandations.
Videau et al. (2010)	Les motivations professionnelles des médecins généralistes	528 médecins généralistes de la région PACA	Quelle influence du paiement à la performance sur les motivations des médecins dans l'offre de prévention ?	La pertinence d'un paiement à la performance uniforme est toute relative. Mise en évidence d'un cycle de vie des motivations professionnelles dont il faut tenir compte.
Da Silva (2014)	Une analyse statistique du ROSP en Île-de-France	7 440 médecins traitants généralistes d'Île-de-France	Quels sont les médecins gagnants ?	Le paiement à la performance participe très relativement à la performance des médecins. Les médecins signataires gagnants ne sont pas les plus performants
Abecassis et Domin (2011a)	Les pratiques tarifaires des médecins	596 médecins généralistes d'Île-de-France et de Bourgogne	De quelles façons l'éthique et les politiques publiques influencent-elles les pratiques tarifaires ?	La marchandisation de la santé pousse les médecins à s'interroger sur le « juste prix ».
Sicsic (2014)	Les incitations en médecine générale	402 médecins généralistes sur l'ensemble du territoire national	Le paiement à la performance améliore-t-il la qualité des soins ?	Le CAPI n'a pas eu d'impact significatif sur la qualité des soins. Effet de substitution des motivations. Les médecins sont davantage sensibles à des incitations non-monétaires
Lievaut (2012)	Les pratiques tarifaires des médecins	7 896 omnipraticiens libéraux (période 1980-2000)	Quelles explications à l'évolution des pratiques tarifaires ?	Mise en évidence d'une logique de marchandisation au détriment d'une logique de *care*.

Différents enseignements peuvent être tirés de cette littérature pour expliquer les limites des mécanismes incitatifs. La question de la représentation qu'ont les médecins de leur activité et le respect de l'autonomie professionnelle en sont les deux éléments. Qu'il s'agisse des recommandations de bonnes pratiques, des dispositifs de rémunération à la performance ou des politiques publiques de santé, les incitations peuvent aboutir à des effets contre-productifs. Trouver la bonne incitation s'avère dès lors compliqué dans le sens où la littérature met en évidence que les données socio-démographiques ne permettent pas significativement de comprendre l'échec des dispositifs incitatifs (Ventelou et Videau, 2010). En effet, qu'il s'agisse de l'âge, du sexe, du secteur, de la zone géographique, de la spécialité ou encore des modalités d'exercice, il apparaît une grande difficulté à discriminer les professionnels de santé réceptifs aux incitations et ceux pour qui elles peuvent avoir un effet nul ou négatif. Il n'y a pas de profil type du médecin réceptif aux incitations et du médecin non-réceptif (Sicsic, et al., 2012).

Les auteurs mettent alors en évidence deux pistes explicatives de ce résultat. La première est que, pour étudier le comportement des professionnels médicaux, il est nécessaire d'ajouter de nouveaux arguments à leur fonction d'utilité (Sicsic, 2014). Les arguments de cette fonction ne peuvent pas être uniquement construits sur des caractéristiques instrumentales. Des éléments environnementaux et contextuels doivent être introduits pour saisir pleinement la démarche cognitive de la prise de décision (coopérer ou non selon l'incitation) (Abecassis et Domin, 2011c). Ainsi, les arguments de la fonction d'utilité ne peuvent pas être exclusivement financiers, elle doit être constituée d'éléments non objectifs tels que la satisfaction au travail ou l'attrait pour la pratique. Cela amène alors à la deuxième piste explicative, celle de la prise en compte des motivations qui animent les professionnels médicaux (Videau, et al., 2010).

Si leur fonction d'utilité n'est pas exclusivement instrumentale, alors d'autres attributs en lien avec la perception de l'autonomie et le contexte de l'incitation jouent un rôle dans l'efficacité de l'incitation. Le contexte dans lequel sont introduits les mécanismes incitatifs semble effectivement jouer un rôle primordial dans leur efficacité. En France, les mécanismes incitatifs sont mis en place dans l'optique d'optimiser les dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins. Les professionnels médicaux interprètent dès lors ces initiatives comme des sanctions de la tutelle à l'égard de leur comportement et du niveau de qualité de leur activité. L'incitation devient un mécanisme de jugement (Biencourt, 1999 ; Ventelou et Videau, 2010). Ces dispositifs sont perçus comme le résultat d'une considération négative du travail des médecins. Les incitations sont alors interprétées comme une réduction de l'autonomie

médicale afin d'encadrer la production de soins, et donc la remise en cause du principe libéral (Da Silva, 2011a).

Ainsi, cela met en évidence que les incitations ont un sens et une efficacité qui dépendent intrinsèquement de la représentation qu'en ont les médecins. Si les incitations entrent en conflit avec les représentations que les médecins ont de leur environnement, alors leur efficacité sera nulle voir négative. Or, les objectifs des mécanismes incitatifs, tout comme la perception de l'environnement sont une construction sociale. Dès lors, la considération de motivations professionnelles non instrumentales apparaît comme une piste d'explication des logiques d'action des professionnels médicaux, c'est ce qu'il convient de présenter. Ici encore, la littérature n'est pas unanime sur le rôle et la composition des motivations professionnelles. Au-delà de la représentation de l'incitation, les caractéristiques de l'activité de soins peuvent également expliquer l'efficacité relative des dispositifs incitatifs. En effet, les médecins sont des agents multi-tâches.

1.2.3. Les médecins, des agents multi-tâches difficiles à inciter

Les caractéristiques de l'offre de soins font des médecins des agents multi-tâches, ils réalisent plusieurs types de tâches divisés entre les actes intellectuels, les actes techniques et les actes administratifs (Béjean et Gadreau, 1992a). Il convient alors d'en détailler les caractéristiques. De manière générale, toute forme d'incitation par espérance de maximisation des gains comporte une limite majeure dès lors que l'individu est multi-tâche. En effet, lorsqu'un individu réalise dans son activité différentes tâches, les incitations peuvent alors conduire à la mise en place d'effets négatifs (Holmstrom et Milgrom, 1991). Ces effets négatifs proviennent de l'indépendance des tâches. Si le système incitatif ne couvre pas l'ensemble des tâches alors certaines seront délaissées au détriment de celles qui rentrent dans le système incitatif. Il est possible de modéliser simplement cet effet. Nous détaillons celle de Claude Ménard (2012). L'agent effectue deux actions a_1 et a_2, par exemple un médecin réalise des actes intellectuels et des actes techniques. L'*output*, c'est-à-dire l'état de santé de la population dépend de ces deux actions. Il faut également tenir compte des caractéristiques de l'environnement, les états de la nature θ, qui peuvent être par exemple le contexte épidémiologique du moment observé.

Cela donne la fonction de production :

$$y = f(a_1, a_2, \theta)$$

Dans son choix d'inciter le médecin, le principal (la tutelle) doit tenir compte de la production totale, l'état de santé total de la population, mais également des effets induits de la production, les externalités de chacun des facteurs de production. Ces effets ne peuvent pas forcément être directement observés par le principal et l'interprétation qu'il fait des actions menées par l'agent va influencer le système de rémunération de cet agent. Le principal doit donc trouver une approximation des actes que réalise l'agent. Dans le cadre de la médecine, l'Assurance maladie peut comptabiliser uniquement le nombre d'actes qui rentre dans la nomenclature médicale. L'Assurance maladie ne peut retranscrire à la puissance publique qu'une approximation de q, la performance du médecin. Elle ne peut pas non plus tenir compte de tous les états de la nature.

La fonction de performance devient alors :

$$q = g\,(a_1, a_2, \varphi)$$

Pour faciliter la modélisation il est possible d'utiliser les formes linéaires :

$$y = f_1a_1 + f_2a_2 + \theta$$

$$q = g_1a_1 + g_2a_2 + \varphi$$

En reprenant l'hypothèse d'un contrat incitatif évoqué précédemment (*Cf.* encadré p. 366) on trouve :

$$s = k + \beta q$$

$$s = k + \beta(g_1a_1 + g_2a_2 + \varphi)$$

k correspond à un salaire minimum fixe et β est un paramètre définit dans le contrat qui rémunère l'agent en fonction de sa production individuelle.

Le profit du principal s'écrit :

$$\pi = y - s$$

et l'utilité de l'agent :

$$U = s - c\,(a_1, a_2)$$

La méthode précédemment présentée de maximisation sous contrainte pour déterminer la valeur optimale de l'action de l'agent est la même ici mais doit prendre en considération les deux actions et donc déterminer les valeurs optimale a_1*, a_2*.

Outre les difficultés déjà présentées pour déterminer la valeur optimale lorsque l'agent n'effectue qu'une seule tâche (*Cf.* encadré p. 366), ici des coûts de transaction

supplémentaires s'appliquent puisque les informations sur le ratio des différentes tâches et leur contenu n'est pas directement mesurable. La question qui se pose alors est de savoir ce que représente la production d'un acte intellectuel d'un médecin. Cette question est primordiale dans le cas de la télémédecine puisque le comité national de pilotage a fait le choix de ne rémunérer que le médecin sollicité et non le médecin sollicitant. C'est-à-dire que seul le médecin à distance, celui qui réalise l'acte intellectuel est rémunéré. Le médecin qui est avec le patient, celui qui réalise donc l'acte technique n'est pas rémunéré. Ce choix a été fait dans le cadre du premier cahier des charges des expérimentations de l'article 36 et a été conservé dans le second.

Or, l'Assurance maladie n'est pas en mesure d'évaluer la production intellectuelle au cours de cet acte. Par ailleurs, dans la pratique de la télémédecine le médecin qui est avec le patient peut renoncer à des soins complexes nécessitant des actes intellectuels importants pratiqués par un autre médecin puisqu'il n'est pas rémunéré pour l'acte technique qu'il effectue s'il demande l'avis à un autre médecin. Cette fois-ci l'information envoyée à l'agent est que toutes les tâches ne possèdent pas en réalité la même valeur. Celle ne bénéficiant pas d'incitation possède une valeur inférieure, *i.e.* l'acte technique a une valeur inférieure à l'acte intellectuel. L'efficacité des mécanismes incitatifs est donc toute relative. Cela pose problème à l'économiste puisqu'il semble difficile d'établir une corrélation entre incitation et amélioration de la performance. Pour en comprendre les limites il est possible de se tourner vers les travaux menés en psychologie cognitive.

2. L'éviction des motivations, une réponse rationnelle au regard des relations d'agence

Nous venons de mettre en évidence que les institutions en charge du déploiement de la télémédecine, en suivant les recommandations du *New public management*, semblent dans une impasse pour résoudre le conflit entre les échelles de régulation internes et externes de la pratique. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en posant les hypothèses d'une rationalité limitée instrumentale et d'une fonction d'utilité aux arguments exclusivement financiers, ces théories mettent de côté le cadre motivationnel des professionnels médicaux. Toutefois, depuis le début des années 2000, c'est en confrontant les théories de la motivation et les dispositifs incitatifs que les économistes hétérodoxes donnent un sens aux logiques d'action jusqu'alors difficiles à expliquer (Abecassis et Domin, 2011c ; Videau, et al., 2009). Une nouvelle

explication à la trajectoire de la télémédecine est donc envisageable. En effet, il semblerait qu'il soit possible de donner une explication aux comportements des médecins, en termes de conformité ou de disjonction vis-à-vis des dispositifs incitatifs, en étudiant les motivations comme déterminants de l'action. Les théories de la psychologie cognitive vont donc devenir une clé de lecture nouvelle pour comprendre les limites des dispositifs incitatifs (2.1). Toutefois, pour certains économistes, s'il est nécessaire de prendre en compte les motivations pour analyser les logiques d'action des médecins, l'éviction des motivations intrinsèques[123] reste analysable dans le cadre d'une relation d'agence. Les incitations seraient alors considérées comme révélatrices d'informations cachées et viendraient dégrader le cadre motivationnel des agents (2.2).

2.1. La psychologie cognitive, clé de lecture du cadre motivationnel

Les travaux issus de la psychologie cognitive permettent une nouvelle lecture des déterminants de l'action individuelle. La motivation apparaît comme l'origine du comportement humain. Afin de saisir l'étendue du rôle de la motivation dans l'efficacité des dispositifs incitatifs, il convient dans un premier temps d'en définir les contours (2.1.1). Après avoir défini le cadre motivationnel des médecins, nous mettons en évidence que la motivation est un déterminant fondamental de l'action. Si les théories psychologiques s'accordent sur le rôle des motivations, elles se scindent en deux corpus théoriques concernant l'évolution de la motivation. Le premier fait l'hypothèse d'une additivité de toutes les motivations (internes et externes) et l'autre suppose la substituabilité de différents registres de motivation. Au sein des théories qui font l'hypothèse d'une substituabilité des motivations deux registres sont présentés. Il existe d'une part les motivations intrinsèques qui relèvent des actions conduites uniquement par l'intérêt personnel de l'individu. D'autre part, les motivations extrinsèques se traduisent par une action provoquée par les circonstances extérieures à l'individu (punition, récompense, incitation, pression sociale, etc.) (2.1.2). Il convient alors d'approfondir dans une dernière partie les motifs d'éviction des motivations intrinsèques (2.1.3).

[123] Nous définissons la notion d'éviction des motivations dans le 2.1.3 de ce chapitre.

2.1.1. La motivation, de quoi parle-t-on ?

D'après les théories de la psychologie cognitive, l'analyse de la motivation permettrait de comprendre pourquoi et comment l'individu agit lorsque rien ni personne d'autre que lui ne le contraint à l'action et ce dans différents contextes, professionnel, familial, associatif, etc. (Fenouillet, 2012). L'individu, en l'absence de dispositif incitatif externe serait donc déjà animé par une logique stimulant son action. Dès lors, il est possible d'imaginer que toute introduction d'élément exogène peut modifier la logique d'action de façon positive ou négative. Les psychologues ont dans un premier temps examiné la logique d'action par l'approche de l'instinct (James, 1890 ; McDougall, 1908) puis par celle de besoins, physiologiques dans un premier temps et psychologiques ensuite (Deci, 1971, 1975, 1980 ; Deci et Ryan, 1985 ; Deci et Ryan, 2000, 2002 ; Maslow, 1943). Quelle que soit l'approche théorique, dans chacune d'entre elles, le terme retenu pour désigner les déterminants du comportement humain est celui de *motivation*.

L'analyse de l'étymologie du terme motivation permet d'en clarifier la définition. Ce terme prend racine dans le terme latin *movere* qui signifie au XIe siècle *mouvoir*, *se mouvoir* qui se transformera ensuite par l'appellation *motivus* qui signifie *mobile*, *qui se met en mouvement* (Maugeri, 2008). Ce n'est qu'au XIXe siècle qu'apparaît le terme motivation qui signifie « *l'action des forces qui déterminent le comportement* » (*Ibid.*). La motivation n'est donc pas l'unique élément d'explication du comportement humain, elle est davantage l'objet d'étude qui matérialise le dynamisme de l'action. De cette vision simplificatrice, Robert Vallerant et Edgar Thill (1993, p. 18) en tireront la définition suivante : « *le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclanchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ».

Fabien Fenouillet (2012) met en garde contre les raccourcis qui peuvent être pris lors de l'analyse des motivations. Pour cela, il précise que la motivation est un élément interne, quels que soit les évènements qui ont lieu dans l'environnement de l'individu. Il faut alors la distinguer de ses déterminants qui eux peuvent être internes comme externes. Ainsi, il montre que la mise en place d'une sanction qui est un déterminant externe, peut expliquer le changement de comportement mais ne caractérise en rien la nature de la motivation à l'origine du changement de comportement. Cette précision semble fondamentale dans le sens où un nombre important de travaux en économie de la santé, qui traite de la motivation, ne fait pas cette distinction et considère les incitations externes comme des motivations externes. Nous

nous attacherons à maintenir la distinction lors de nos propres analyses. Cela semble d'autant plus important à préciser que les travaux économiques traitant de la motivation apportent une importance à rappeler que leurs hypothèses concernant les déterminants de la motivation reposent sur des travaux en psychologie sociale ayant fait l'objet de validation empirique. Il semblerait pourtant qu'en donnant comme synonyme aux incitations externes la notion de motivations externes, une partie des postulats de base n'est pas respectée. La notion de motivation en tant que telle renvoie alors à un terme assez générique. Les psychologues se sont donc attelés à la mise en évidence des différentes formes de motivations et à l'explication de leurs origines multifactorielles. Fabien Fenouillet (2012) recense ainsi plus de cent théories de la motivation qui cherchent à classifier les forces et leurs déterminants à l'origine des logiques d'action.

2.1.2. De l'additivité à la substituabilité des motivations

Nous venons de mettre en évidence qu'il existe plus de cent théories de la motivation en psychologie cognitive. Il est possible de les classer en deux grandes catégories. La première regroupe les théories qui considèrent la motivation comme une variable quantitative et concluent que les différents registres de motivation seraient additionnels (Bandura, 1986 ; Baumeister et Vohs, 2007). La principale théorie de cette catégorie est celle du renforcement (*Cf.* encadré ci-dessous).

Encadré 24 – La théorie du renforcement

Les résultats empiriques de la théorie du renforcement montrent que les récompenses externes ne nuisent pas aux motivations, l'effet négatif qui peut être perçu n'est que transitoire (Cameron et Pierce, 2002 ; Flora, 1990). La théorie du renforcement fait l'hypothèse que le comportement d'un individu est uniquement déterminé par son environnement. Un certain nombre de renforcements venant de l'extérieur ne peuvent qu'améliorer la motivation des individus. Il est nécessaire pour cela de faire évoluer la structure de l'environnement pour modifier le comportement des individus. Ces travaux ont notamment été repris dans le cadre des motivations au travail et mettent en évidence les différents renforcements qui peuvent venir modifier le comportement organisationnel (Stajkovic et Luthans, 1997). Ces travaux menés en psychologie sociale rejoignent dès lors les hypothèses de la théorie économique de l'agence telles qu'elles sont traditionnellement présentées. Les différents types de renforcements peuvent être monétaires, non-monétaires ou sociaux. Cette théorie fait alors l'hypothèse que toute récompense positive ne peut qu'encourager un comportement à se reproduire. Les motivations sont donc cumulatives. Au contraire, la mise en place de sanction permettra de voir disparaître un comportement négatif ou déviant (Stajkovic et Luthans, 1997).

Les renforcements doivent répondre à deux conditions pour être efficaces. Premièrement ils doivent être mis en place uniquement si les comportements voulus sont constatés. C'est-à-dire que la mise en place de récompense ne doit se faire que si un comportement positif est identifié et celle d'une sanction qu'en cas

d'observation de comportement déviant. Deuxièmement, les renforcements doivent intervenir immédiatement après l'observation du comportement. Il ne doit pas y avoir de délai entre l'observation d'un comportement vertueux ou répréhensible et la mise en place de la récompense ou de la sanction.
Quatre types de renforcements peuvent alors être mis en application :

- Les renforcements positifs, qui consistent en la mise en place de récompenses monétaires, verbales et de *feedbacks* informatifs positifs après constatation d'une amélioration de l'efficacité ou du comportement individuel.
- Les renforcements négatifs, qui suggèrent l'arrêt de conséquences négatifs lorsque l'individu améliore ses compétences dans la réalisation d'une tâche afin de renforcer un comportement vertueux.
- Les sanctions, qui visent à réprimander un comportement négatif et donc à en dissuader l'adoption.
- L'extinction, qui est la suppression de toute forme de renforcement en vue d'un retour à un comportement initial.

Les partisans de cette théorie mettent en évidence l'efficacité des processus de renforcement positif sur l'accomplissement d'une tâche en milieu professionnel. Notamment lorsque les individus n'y sont pas intrinsèquement motivés. Néanmoins, la théorie du renforcement est davantage critiquée que plébiscitée. Les processus de renforcement décrits, de par leur aspect mécanique, apparaissent comme déshumanisants et réduisent l'être humain à un être incapable d'intérioriser son environnement. L'inspiration de cette théorie issue du béhaviorisme classique de Pavlov sur les méthodes d'apprentissage amène à délaisser les caractéristiques individuelles et idiosyncrasiques de l'individu. Enfin, pour être efficaces, les renforcements doivent être permanents. S'ils cessent, l'individu est censé retrouver son comportement initial. Pour améliorer son efficacité, un renforcement positif doit être maintenu. Cette idée de stimuli-réponse ne peut alors être pleinement satisfaisante comme analyse des effets des récompenses externes sur les motivations.

La seconde rassemble les théories qui considèrent que la motivation doit être appréhendée comme une variable qualitative reconnaissant l'existence de différents types de motivations, qu'il est possible de hiérarchiser mais qui ne peuvent pas s'additionner, représentant chacune d'entre elles un état motivationnel (Deci et Ryan, 2002). Ces théories postulent qu'il ne suffit pas d'inciter de façon externe les individus pour que leur motivation à la tâche augmente. La théorie de l'autodétermination[124] (TAD) se trouve en tête de cette catégorie (*Cf.* Encadré ci-dessous).

Encadré 25 – TAD : Motivation, besoins psychologiques et logique d'action

La théorie de l'autodétermination (TAD) se trouve au confluent de deux théories antérieures. L'une présente le développement humain comme une tendance naturelle à l'actualisation de soi et l'autre réfute l'idée d'une trajectoire innée au développement et formulant en contre-partie une théorie du développement qui repose sur les apprentissages et l'adaptation à l'environnement présent. La TAD postule alors que l'individu possède effectivement une tendance naturelle à l'actualisation de soi, mais également que l'environnement interagit nécessairement dans son développement. En ce sens, la TAD fait partie des théories psychologiques qui attribuent la logique d'action à la satisfaction de besoins. Ce sont donc des motifs primaires, la satisfaction de besoins psychologiques, en plus de celle des besoins physiologiques, qui sont indispensables au développement de l'individu et qui le poussent à agir (Deci et Ryan, 2000).

Edward Deci et Richard Ryan (2002) postulent l'existence de trois besoins psychologiques

[124] Il s'agit plus précisément de la théorie de l'évaluation cognitive qui deviendra par la suite un axe de la théorie de l'autodétermination.

fondamentaux dont la satisfaction conditionne le développement de l'individu. Le premier est le besoin de compétence. L'origine de ce besoin peut être retrouvée dans les travaux de Robert White (1959). Ce besoin se matérialise par la nécessité de montrer ses capacités à l'autre dans le cadre d'une interaction avec son environnement. Pour satisfaire ce besoin l'individu recherche à être efficace dans son activité et le sentiment d'efficacité dans l'accomplissement de la tâche amène l'individu à étendre son champ d'action.

Le deuxième besoin est celui de relation sociale. Il renvoie à la nécessité de se sentir connecté avec les autres et donc d'appartenir à une même collectivité, une même communauté. L'individu doit avoir le sentiment d'unité sociale pour satisfaire ce besoin. Il n'est pas nécessaire que l'individu retire un bénéfice de cette appartenance au groupe, l'objet de la satisfaction réside dans le sentiment d'appartenance au groupe.

Le dernier besoin est celui d'autodétermination, initialement appelé le besoin d'autonomie. Celui-ci renvoie au sentiment d'être à l'origine de son propre comportement. L'action ne doit pas être perçue comme la réponse à une contrainte extérieure. Cela n'est pas synonyme d'indépendance, l'individu peut agir en réponse à des croyances ou des valeurs auxquelles il adhère mais il doit avoir le sentiment que l'adhésion à ces croyances reflète l'expression d'une volonté personnelle.

Dans la perspective de la satisfaction de ces besoins, l'individu pourra alors atteindre un niveau optimal de développement personnel et son comportement aura alors une retombée positive sur son environnement. C'est la satisfaction de ces besoins psychologiques fondamentaux qui va permettre d'atteindre des objectifs définis. Si l'atteinte des objectifs représente le but de l'action, la motivation en caractérise le pourquoi. La motivation représente alors les déterminants de l'action (Deci et Ryan, 2000).

La TAD est la première à avoir montré que les individus soumis au libre choix étaient dans certains cas plus persistants à la réalisation d'une tâche que ceux ayant reçu une récompense externe pour mener à bien cette tâche (Deci, 1971). Ce premier résultat empirique est alors le point de départ de la validation de l'hypothèse selon laquelle une récompense, et donc par extension une forme d'incitation externe, n'est pas nécessairement un facteur de motivation à la bonne conduite. La TAD, postule alors l'existence d'un *crowding out effect* qui matérialise la substitution d'un état motivationnel par un autre. En postulant l'existence d'une éviction par substitution de certaines formes motivations par d'autres, la théorie de l'autodétermination va donc mettre en évidence différents registres de motivations.

La TAD est composée de cinq axes de recherche. L'un d'entre eux, celui de la théorie de l'*Intégration organismique*, s'est attaché à caractériser les motivations des individus. La prise en compte de cet axe de la TAD a souvent été délaissée par les économistes qui ont repris à leur compte les théories de la motivation. Il en résulte dans la littérature économique une distinction stricte entre la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. Le médecin sera animé de façon binaire par son altruisme ou par sa cupidité. Au contraire, l'objectif de la théorie de l'autodétermination est de montrer que l'environnement institutionnel joue un rôle principal dans la représentation qu'a l'individu d'une activité et donc de sa motivation à l'accomplir. L'état motivationnel n'est pas statique, il évolue en fonction des modalités de

régulation du *self*[125] (Deci et Ryan, 2000 ; Gagné et Deci, 2005). Edward Deci et Richard Ryan (2000, 2002) parlent d'un *continuum* d'autodétermination (d'où le nom général de la théorie) pour faire référence au degré d'intégration au *self* en opposition avec les formes de régulation externe du comportement. Les auteurs vont alors définir des motivations intrinsèques et extrinsèques. Mais, contrairement à ce que les économistes ont tendance à évoquer, certaines formes de motivations extrinsèques peuvent être à l'origine d'un comportement autodéterminé si la régulation de l'action a été intégrée à l'image du *self* et fait partie de l'ensemble des valeurs de l'individu. Il existerait donc une multitude de formes de motivations qui peuvent rendre compte d'une pluralité de phénomènes en lien avec des comportements également multiples qu'il serait possible de placer sur un *continuum* de motivation. Trois grandes catégories de motivations peuvent néanmoins être formées sur ce *continuum* et renvoient à des formes de régulation du comportement distinctes (Deci et Ryan, 2002). L'encadré ci-dessous présente ces trois grandes catégories de motivations.

Encadré 26 – Les formes de motivations et le *continuum* d'autodétermination

La première forme de motivation est un peu particulière puisqu'il s'agit de l'absence de motivation, l'amotivation (Deci et Ryan, 2002). Elle renvoie à une situation où aucune source de régulation ne vient dicter le comportement, il y a donc absence de régulation extérieure du *self,* mais également absence d'autorégulation. Dans ce cas de figure, soit l'individu n'agit pas, soit il agit passivement. Différentes explications peuvent être présentées pour éclairer le phénomène d'amotivation. La première renvoie simplement à l'idée que l'action ou son résultat n'a aucune valeur pour l'individu. Dans le cas de la télémédecine cela peut représenter le comportement du médecin pour qui la télémédecine est uniquement un outil de politique publique avec laquelle il est en désaccord. La deuxième s'explique par l'impression pour l'individu que la réalisation de l'action est impossible ce qui l'amène à être résigné. C'est le cas par exemple pour les médecins qui exercent dans une zone géographique où la couverture internet ne permet pas de pratiquer la télémédecine. Enfin la troisième explication est que l'individu éprouve un sentiment d'incompétence à réaliser une action. Dans ce cas, il préfère ne pas agir plutôt que de se sentir inefficace. Ici, le médecin qui ne maîtrise pas l'outil technologique peut être amotivé à la pratique de la télémédecine.

La deuxième catégorie de motivation est la motivation extrinsèque (*Ibid.*). Celle-ci se décline en quatre sous-groupes de motivations en fonction du système de régulation du *self*, autrement dit en fonction de l'autodétermination. Le premier sous-groupe renvoie à une régulation externe de la motivation extrinsèque (absence totale d'autorégulation). Cette situation se rencontre lorsque l'individu agit dans le but de satisfaire les individus d'un groupe pour lequel il partage des valeurs communes. Dans ce cas l'action satisfait une demande externe à l'individu et donc externe du *self* et renvoie davantage à une pression sociale informelle. L'individu agit pour être bien vu. Dans un cabinet de groupe, si tous les médecins pratiquent la télémédecine, le seul qui ne la pratique pas va se sentir obligé de faire comme les autres.

Le deuxième sous-groupe fait référence à ce que les auteurs de la TAD appellent la régulation introjectée. Elle peut être considérée comme un entre deux entre la régulation extérieure et l'autorégulation. La régulation est toujours extérieure mais les déterminants de l'action sont davantage autodéterminés. Le sentiment

[125] Le *self* définit la provenance de l'action. Lorsque le *self* est entièrement spontané il est question de vrai *self* il s'agit d'autodétermination. Au contraire, lorsqu'il dépend en partie de l'environnement de l'individu il est question de faux *self* il s'agit d'une régulation externe. Les facteurs de régulation de l'action de l'individu peuvent donc être plus ou moins matériels.

de culpabilité ou la recherche de valorisation de l'ego sont alors déterminants dans l'action. L'individu veut se prouver à lui-même qu'il en est capable. Dans un cabinet de groupe, le seul médecin qui ne pratique pas la télémédecine va décider de participer à un projet pour montrer qu'il en est capable même si l'activité de l'intéresse pas *a priori*.

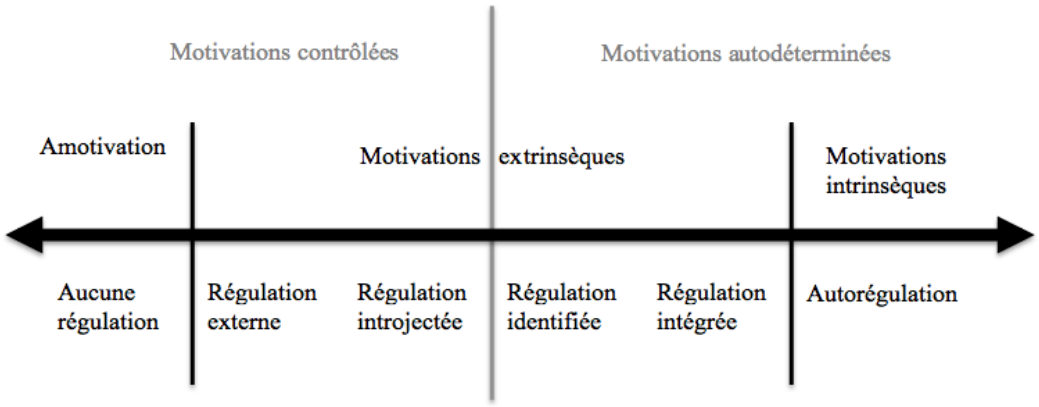
Le troisième sous-groupe est celui de la régulation identifiée. Elle se caractérise par une démarcation forte avec les deux autres formes de motivations extrinsèques. Ce qui explique l'importance de préserver ces sous-groupes lors de l'étude des motivations des individus. Le comportement de l'individu est cette fois autodéterminé et n'est donc plus le résultat d'une régulation extérieure. Bien qu'autodéterminée, cette forme de motivation reste une motivation extrinsèque. La satisfaction du besoin de compétence est toutefois comblée. Le seul médecin à ne pas pratiquer la télémédecine dans un cabinet de groupe va accepter de participer à un projet et va se sentir compétent dans la tâche qu'il accomplit, il ressent une utilité intime à la pratique.

La dernière forme de motivation extrinsèque renvoie à la régulation intégrée et est très proche de la précédente à une distinction près. En plus de s'identifier à cette action l'individu a le sentiment d'en faire partie intégrale, d'y être intégré. Cette action permet alors de satisfaire le besoin de relation sociale. L'individu est intégré au groupe, à la communauté et son existence prend sens dans ses actions. Le médecin rejoint un projet de télémédecine et a le sentiment de partager les mêmes valeurs que les autres médecins du projet.

La troisième forme de motivation est la motivation intrinsèque (*Ibid.*) et représente le niveau d'autodétermination de l'action le plus élevé. Elle fait référence à des comportements dont la simple mise en place apporte de la satisfaction à l'individu. L'individu prend plaisir à pratiquer l'activité pour elle-même. Tous les plaisirs satisfaits dans le cadre d'une activité intrinsèquement motivée sont autodéterminés. Le médecin pratique la télémédecine parce qu'il aime ça et son attirance pour la pratique n'a été influencée d'aucune façon. L'existence d'une politique publique de déploiement de la pratique n'a en rien été déterminante dans sa participation à un projet.

Toutes ces formes de motivations peuvent se retrouver sur un *continuum* d'autodétermination (*Cf.* Figure ci-dessous). Selon les raisons qui poussent l'individu à agir, sa place sur le *continuum* sera différente. Cela étant, il ne s'agit pas de définir si l'individu est plus ou moins motivé. La motivation n'est pas considérée comme un stock qu'il est possible d'augmenter ou de diminuer. Selon les raisons pour lesquelles l'individu agit sa motivation ne sera pas la même, mais il ne sera pas question d'affirmer qu'il est plus ou moins motivé qu'un autre individu. La source de motivation n'est seulement pas la même et selon le type de motivation les résultats de l'action peuvent ne pas être les mêmes.

Figure 26 – Le continuum d'autodétermination



Source : D'après Ryan et Deci (2000, p. 61)

Les auteurs de la TAD précisent que le *continuum* d'autodétermination ne représente pas des stades évolutifs de développement ou d'épanouissement d'un individu au cours de sa vie (Carré et Fenouillet, 2009). Il permet de visualiser la configuration motivationnelle d'un individu à un moment donné pour un comportement donné en vue d'accomplir une action précise. Ainsi, différentes motivations pour différentes activités peuvent s'additionner, mais pour une même activité l'individu se place sur une position déterminée du *continuum*. L'absence d'additivité des registres de motivation pose alors la question de l'éviction.

2.1.3. Les incitations, sources d'éviction des motivations intrinsèques ?

La théorie de l'évaluation cognitive repose sur un ensemble de résultats empiriques expérimentaux ayant pour objectif d'identifier les effets négatifs ou positifs de différentes formes de récompenses (monétaires, verbales, matérielles), d'évaluation et de contrôle sur la motivation intrinsèque des individus (Deci, 1971 ; Deci et Ryan, 2002). Les résultats de ces travaux permettent de définir si l'instauration d'une incitation extérieure à se conformer à un comportement déterminé peut entraîner une évolution du cadre motivationnel. Plus précisément, les théoriciens de l'évaluation cognitive ont analysé les évolutions comportementales d'un individu suite à l'introduction d'une incitation externe à l'exécution d'une tâche lorsque cet individu est initialement intrinsèquement motivé à la réalisation de cette tâche.

En menant différentes expériences empiriques avec deux groupes d'individus intrinsèquement motivés, Edward Deci (1971) a mis en évidence plusieurs résultats concernant l'évolution des comportements. Dans ces expériences, un premier groupe sert de groupe de contrôle et ne subit aucune influence extrinsèque et un second groupe est confronté à la mise en place d'incitations extrinsèques. Ces expériences ont donné plusieurs résultats. Le premier est que l'introduction d'incitations extrinsèques à la réussite d'une tâche influence négativement la performance dans le sens où les individus cessent de porter un intérêt à l'activité une fois que l'incitation ne s'applique plus. Pourtant avant l'introduction de la récompense les individus étaient intrinsèquement motivés à la réalisation de cette tâche.

Le deuxième résultat est que l'introduction d'une incitation extrinsèque à la réalisation d'une tâche, sans que cette récompense soit conditionnelle de la réussite, ne modifie pas la motivation d'un individu initialement intrinsèquement motivé. Dans ce cas précis, la motivation ne change pas suite à l'arrêt de la récompense.

Le dernier résultat est que l'introduction de récompenses verbales et d'encouragements au cours de la réalisation d'une tâche par un individu intrinsèquement motivé joue un rôle positif sur la période qui suit l'arrêt des récompenses. La mise en place de *feedbacks* informationnels positifs tels que les taux de réussite élevés ou un jugement positif sur la qualité de l'action joue un rôle positif sur les motivations intrinsèques des individus. Une seconde expérimentation a été menée dans les mêmes conditions (deux groupes d'individus intrinsèquement motivés) afin d'approfondir ce point (Deci, et al., 1999). Cette étude a permis de mettre en évidence la mise en place de *feedbacks* informationnels négatifs en cas d'échec à la réalisation d'une tâche par des individus intrinsèquement motivés. Les individus blâmés ont fait preuve d'une performance moins importante après avoir reçu la sanction.

Edward Deci et al. 1999 identifient alors deux processus à même d'expliquer la diminution de la motivation intrinsèque au cours de ces expériences. Ces deux concepts sont alors à l'origine de la description du phénomène d'éviction des motivations intrinsèques (le *crowding out effect*). Le premier concept de la théorie de l'évaluation cognitive est celui de « perception du point de causalité » (*perceived locus of causality*). Pour présenter ce concept Deci fait référence aux travaux sur l'attribution causale de Fritz Heider (1958). La notion d'attribution causale comme son nom l'indique fait référence à l'explication qu'un individu donne à une situation. C'est donc la manière dont l'individu se représente la réalité et l'interprétation qu'il en fait. Edward Deci décrira quant à lui la perception du point de causalité comme la manière dont les individus s'expliquent leur propre comportement, l'origine de leur comportement (Fenouillet, 2012). Ce point peut être interne à l'individu et donc faire référence à des aptitudes personnelles, l'attrait pour la réalisation de la tâche, ou à un point extérieur à l'individu tel que l'environnement.

L'aspect fondamental de cette théorie est la reconnaissance que pour tout individu dont le point est interne, c'est-à-dire pour tout individu intrinsèquement motivé, l'introduction d'incitations externes qu'il s'agisse de récompense monétaire ou de sanction verbale, vient dégrader la motivation intrinsèque de l'individu. L'intégration d'incitation externe vient modifier la perception qu'ont les individus de l'origine de leur comportement. Cette origine n'est plus le plaisir éprouvé à la réalisation de la tâche mais l'atteinte des objectifs fixés par un tiers extérieurs afin de toucher la récompense ou au contraire pour ne pas subir de sanction. Il y a donc une éviction des motivations intrinsèques (*crowding out effect*). Il n'y aurait donc pas de complémentarité des registres de motivations. Si l'on reprend les apports de la théorie de l'intégration organismique qui seront postérieurs à la théorie de l'évaluation cognitive,

pour une tâche donnée l'individu ne peut se trouver qu'à un endroit sur le *continuum* de l'autodétermination. Les motivations extrinsèques ne peuvent pas s'additionner aux motivations intrinsèques.

Le second concept est celui de la perception de la compétence (*perceived competence*). Edward Deci (1980) met en évidence que la mise en place de l'incitation externe vient mettre en péril la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux et en particulier celle du besoin de compétence. Avec l'introduction d'incitation externe et notamment de sanction en cas d'échec, le besoin de compétence n'est plus satisfait. De la même façon, le besoin d'autonomie est également insatisfait puisque l'introduction de récompenses ou sanctions externes entraine un changement dans les déterminants de l'action. L'individu n'a plus le sentiment d'être à l'origine du choix qu'il effectue d'agir ou non. Ici encore l'auteur apporte des éléments de théorisation de l'effet d'éviction des motivations intrinsèques.

L'actualisation de la théorie de l'évaluation cognitive montre qu'au-delà la motivation intrinsèque c'est le niveau d'autodétermination et donc d'autorégulation qui est évincé (Fenouillet, 2012). D'où l'importance de considérer l'ensemble des éléments de la TAD lorsque l'on s'intéresse aux motivations individuelles. En effet, les études récentes peinent à mettre en évidence le phénomène d'éviction des motivations intrinsèques ne pouvant alors valider l'inefficacité des mesures incitatives malgré le constat d'absence d'amélioration (*Ibid*.). L'analyse des comportements, en tenant compte de l'autodétermination, semble alors à privilégier contrairement à une analyse duale motivations intrinsèques / motivations extrinsèques.

Au cours du temps, la TAD a évolué et la distinction classique motivations intrinsèques *versus* motivations extrinsèques a laissé la place à une palette plus large de motivations permettant de mieux comprendre les réactions comportementales des individus intrinsèquement motivés à l'accomplissement d'une tâche. Une analyse en termes d'incitations autonomes et d'incitations extérieures semble dès lors davantage pertinente pour mettre en évidence les comportements des individus face à un changement du cadre incitatif. En effet, une partie des motivations extrinsèques renvoie tout de même à des degrés importants d'autodétermination dans la réalisation d'une activité. Distinguer uniquement la motivation intrinsèque de la motivation extrinsèque ne permet donc pas de rendre compte de l'ensemble des mutations engendrées par la mise en place de nouvelles sources de récompenses ou sanctions.

L'un des enseignements majeurs de la TAD, constituant l'une des hypothèses de base de la théorie est la non-additivité des motivations pour une même tâche (Carré et Fenouillet,

2009). L'individu ne peut pas accumuler différents types de motivations. La notion de *continuum* d'autodétermination a fréquemment été mal interprétée dans la littérature économique traitant de la motivation. Le *continuum* ne représente pas un stock de motivations mais permet de situer l'individu en fonction du type de motivation qui l'anime comparativement au degré d'autodétermination qui le pousse à agir. D'après les conclusions de la TAD, l'introduction d'une forme de récompense extérieure n'entraînera donc en rien une augmentation de son capital de motivation. Au mieux son niveau d'autodétermination ne sera pas modifié et au pire cela pourra le dégrader. Les différents types de motivation ne sont donc pas cumulables.

Le dernier point à souligner est que la TAD s'intéresse avant tout à la dégradation potentielle de l'autodétermination de l'action. En effet, les différents tests empiriques réalisés ont eu pour objectifs de montrer que l'introduction d'incitation à la réalisation d'une tâche pour des individus intrinsèquement motivés détériore le cadre motivationnel. Plus précisément, l'introduction d'incitation remet en cause la perception de l'autorégulation de la réalisation de la tâche et diminue de ce fait le niveau de satisfaction des besoins fondamentaux. En revanche, l'introduction d'incitations externes dans la réalisation d'une tâche d'individus non intrinsèquement motivés, ou plutôt qui ne suivent pas un but autonome, n'est pas précisée dans la TAD. Toutefois, si l'on s'en tient à l'hypothèse de non-additivité des motivations, l'introduction d'incitations externes pour des individus non intrinsèquement motivés ne peut pas avoir d'effet bénéfique sur le comportement individuel.

Si la forme de régulation comportementale est déjà externe voire introjectée, l'intégration d'incitation externe n'augmentera pas davantage le capital motivationnel de l'individu concerné. L'objet d'étude de la TAD devient alors la motivation autonome, ses déterminants et ses évolutions en cas de récompenses externes à l'exécution de la tâche. Si la TAD a connu un premier stade de développement au cours des années 1970-1980, c'est depuis les années 2000 qu'elle connaît un essor important avec la mise en évidence de l'importance du mode de régulation du comportement humain et ses déterminants (Fenouillet, 2012). Néanmoins, les différents travaux empiriques sur la question des formes d'incitations ont eu des résonnances différentes selon les théories mobilisées.

2.2. L'effet d'éviction, simple résultat d'une asymétrie d'information ?

Les résultats de la théorie de l'évaluation cognitive posent problème à l'économiste institutionnel orthodoxe. En effet, comment est-il possible de conserver les hypothèses théoriques comportementales de l'économie standard s'il est empiriquement reconnu que les dispositifs incitatifs ne permettent pas d'améliorer l'efficacité productive ? Compte tenu des hypothèses de rationalité et de cupidité présentées par les théories standards et standards étendues, aucune structure de préférence ne peut supplanter les dispositifs incitatifs. La mise en évidence d'un effet d'éviction des motivations intrinsèques vient questionner ces postulats de base. Différents auteurs postulent l'existence de l'effet de *motivation crowding out* dans certains cas extrêmes d'incitations non efficaces voir contre performantes (Baron et Kreps, 1999 ; Benabou et Tirole, 2003 ; Fehr et Gächter, 2000 ; Gibbons, 1998). Afin de ne pas ignorer les travaux en psychologie et en vue de conserver les hypothèses d'individus rationnels et bayésiens, Roland Bénabou et Jean Tirole (2003, 2006) vont expliquer que l'effet d'éviction peut s'exprimer, selon eux, en termes d'asymétrie d'information. En d'autres termes, l'effet d'éviction ne ferait que confirmer les hypothèses orthodoxes, les asymétries d'information nuisent au bon fonctionnement des systèmes économiques.

Deux pistes explicatives sont alors suivies. La première suit le postulat selon lequel les incitations jouent le rôle de révélateur d'information sur la pénibilité de la tâche, ce qui expliquerait l'éviction des motivations des individus découragés par les nouvelles informations recueillies par les mécanismes incitatifs. Dans le cas de la télémédecine, la mise en place d'incitation marquerait alors le fait que la pratique de l'activité soit plus pénible et plus difficile que ce que les médecins pensaient, expliquant leur désintérêt pour la pratique suite à l'introduction de la politique nationale de déploiement (2.2.1).

La seconde piste suivie est celle de la théorie du signal. En reprenant des concepts traditionnellement utilisés dans la théorie du signal, Roland Bénabou et Jean Tirole (2003, 2006) vont démontrer que les comportements *a priori* altruistes sont en réalité une stratégie visant à accroître la réputation sociale. Dans ce cas, ce qui est interprété comme une baisse de motivations intrinsèques, suite à la mise en place d'une incitation, est en réalité une perte d'intérêt pour l'individu d'effectuer cette tâche si elle n'envoie plus le signal d'un comportement favorisant le prestige social. Les médecins qui utilisaient la télémédecine dans la période pré-institutionnalisation de la pratique se désintéresseraient de l'activité pour ces raisons (2.2.2).

Toutefois, ces deux pistes explicatives ne semblent concerner qu'une partie des médecins pratiquant la télémédecine, ceux étant uniquement animés par un instinct de cupidité. Selon ces théories, le médecin, comme tout individu serait uniquement caractérisé par une désutilité à l'effort et son action ne pourrait être qu'intéressée. Les pistes explicatives de Roland Bénabou et Jean Tirole (2003, 2006) excluent dès lors toute une partie des professionnels médicaux, ceux désintéressés par des arguments d'origine purement instrumentale. Il semble alors que cela tienne au fait que ces médecins sortent du cadre d'analyse de la théorie de l'agence (2.2.3).

2.2.1. Les coûts cachés et principal informé, les incitations révélation de la pénibilité de production de télémédecine ?

Roland Benabou et Jean Tirole (2003) cherchent à démontrer l'existence de coûts cachés (*Hidden costs*) des récompenses ou sanctions dans le cadre d'un modèle d'agence. Dans ce cas, les dispositifs incitatifs et l'intervention publique révèlerait de l'information concernant la difficulté ou la pénibilité de la tâche. D'après ce cadre d'analyse, lorsque la puissance publique incite le médecin à participer à un projet de télémédecine, cette incitation pourrait être perçue comme un renseignement concernant la difficulté de la pratique ou un dédommagement de la diminution de l'autonomie dans le travail. Les auteurs présentent alors un modèle de principal informé (*looking glass self*) pour rendre compte de cette situation. La modélisation repose sur la présentation standard de la relation d'agence à laquelle nous avons déjà fait référence dans le chapitre 3. L'agent va accepter de réaliser l'action, c'est à dire participer à un projet de télémédecine, si le coût de l'effort (c) est inférieur au gain (V) en cas de réussite de l'action. La probabilité de réussite est alors θ. En l'absence d'incitatif nous retrouvons la fonction d'utilité (U) :

$$U = \theta V - c$$

Le principal, *i.e.* les institutions en charge de la régulation externe, quant à lui gagne Wθ si l'agent entreprend l'action. Cependant, le principal n'est pas certain que l'agent va entreprendre l'action. Dans le cas présent, la puissance publique ne sait pas si le médecin va accepter de pratiquer la télémédecine. Contrairement au cadre standard traditionnel, les auteurs font ici l'hypothèse que le principal détient des informations sur l'agent que lui-même ne possède pas. Cette hypothèse a par ailleurs déjà été présentée dans différents travaux tels que ceux de Nassiri et Rochaix (2006) ; Rochaix (1986, 1989, 1997). Le principal peut par exemple détenir des informations au sujet de la difficulté de l'action à entreprendre ou sur les

rendements de l'activité en cas de réussite. Le principal connaît les adaptations que le médecin va devoir entreprendre dans sa pratique pour participer à un projet de télémédecine (ex : le transfert de tâche, le partage de l'information). Le principal peut donc détenir des informations concernant θ, V et/ou c. L'agent détient également une information privée concernant son niveau d'effort (σ). Il sait s'il est intéressé ou non par la télémédecine. Le principal met alors en place un système incitatif (y) qui peut être une récompense monétaire ou non-monétaire en vue d'encourager l'effort de l'agent (ex : rémunération supplémentaire, fourniture du matériel de télémédecine).

Dans la présentation classique des effets d'une incitation la représentation de la récompense augmente les chances de réussite de l'action :

$$\theta(V + y) \geq c$$

$$(\theta V - c) + \theta y \geq 0$$

Roland Benabou et Jean Tirole (2003) définissent alors la motivation intrinsèque comme étant $(\theta V - c)$ et n'est autre que la motivation sans incitation. Cela matérialise la réaction du médecin face à la télémédecine sans politique publique de déploiement. Ici il n'est donc plus question de reprendre la définition donnée par la TAD. La motivation intrinsèque est donc la motivation sans système incitatif, peu importe les déterminants qui poussent l'agent à agir. La motivation extrinsèque est quant à elle représentée par (θy) et correspond à l'incitation introduite par la puissance publique pour pratiquer la télémédecine. Dans la représentation que Roland Benabou et Jean Tirole (2003) font, les registres de motivation s'additionnent et augmentent l'espérance de la réussite. Cette hypothèse s'oppose donc aux résultats de la TAD. La fonction d'offre ne peut donc être que croissante.

En revanche, dans une situation d'asymétrie d'information le principal détient une information soit sur *c*, V ou θ. L'agent détient quant à lui une information sur son niveau d'effort (σ). Dans ce contexte d'asymétrie d'information, l'incitation est, en elle-même, une information nouvelle que l'agent va prendre en considération et analyser. L'incitation est un signal. Si l'information du principal porte sur *c*, celui-ci va donc détenir comme information l'espérance de *c* sachant l'information qu'il possède σ et l'information que lui envoie le signal du principal :

$$E\ (c \mid \sigma, y)$$

Suite à la mise en place de cette incitation l'agent entreprendra un effort supplémentaire si $\sigma^* > \sigma$. Or σ dépend de l'incitatif y :

$$[\theta V - E\,(c \mid \sigma^*(y), y)] + \theta y = 0$$

Dans cette situation la motivation intrinsèque est donc dépendante de la motivation extrinsèque puisque la perception de l'action *c* dépend de la récompense *y*. Or *c* est constitutif de la motivation intrinsèque et *y* est la motivation extrinsèque. Dans le modèle présenté Roland Benabou et Jean Tirole (2003), la motivation n'est donc pas la manifestation d'un ressenti d'autonomie ou d'autodétermination mais uniquement une action qui ne dépend pas d'un cadre incitatif venant du principal. Dans ce cas, une additivité des registres de motivations, lorsqu'elles ne sont pas contradictoires, est envisageable. Le *continuum* d'autodétermination n'est donc pas pris en considération dans cette modélisation. Cette absence de considération de l'autonomie de la motivation par les auteurs peut alors s'expliquer par l'analyse qu'ils font des conséquences de l'introduction de la motivation. S'ils mettent en évidence les possibilités d'un *motivation crowding out effect*, ils vont l'interpréter comme signal d'information et non en matière de perte d'autonomie comportementale de l'individu qui renvoie à des caractéristiques cognitives idiosyncrasiques et donc non modélisables. Raisonner du point de vue du signal informationnel permet alors d'apporter deux significations alternatives pour expliquer l'effet d'éviction des motivations intrinsèques.

En mettant en place un système d'incitation, le principal envoie un signal à l'agent et celui-ci peut l'interpréter comme une information sur la difficulté de la tâche lorsque l'incitation porte sur c et peut décourager l'agent (effet de confiance). Si la récompense est importante cela signifie que la télémédecine est une pratique qui demande beaucoup d'adaptation par rapport au cadre traditionnel de la pratique médicale en matière de charges administratives, de délégation des tâches, d'utilisation de techniques et technologies nouvelles ou d'investissement matériel.

Lorsque l'asymétrie d'information porte sur θ, l'incitation est interprétée comme une information concernant ses compétences et dans ce cas là, l'agent peut alors douter de ces capacités à agir (effet de profitabilité). Le médecin considère que s'il est récompensé c'est parce que la télémédecine est une pratique difficile et il ne sait pas s'il va être capable de mener à bien l'expérience au regard des conditions performatives demandées par la puissance publique. C'est principalement de la performance administrative dont il est question en télémédecine. La charge administrative liée aux contraintes de partage de l'information entraine une charge de travail considérable pour le médecin, d'autant plus que les délais de

rédaction des comptes-rendus télémédicaux sont courts. Si le principal est informé sur la probabilité de réussite et que l'incitation porte sur ce paramètre alors l'agent considère que le niveau de difficulté est élevé.

Dans les deux cas, la fonction d'offre peut alors devenir décroissante à moyen ou long termes suite à la mise en place de l'incitation. Celle-ci envoie un signal à l'agent qui peut alors prendre comme décision de ne pas agir plutôt que de prendre le risque d'avoir des coûts supérieurs à ses gains.

Tout en intégrant les mécanismes incitatifs externes et leurs effets sur les motivations des individus Roland Benabou et Jean Tirole (2006) arrivent aux mêmes conclusions que Ehrenberg et Bognanno (1990) ; Gibbons (1998) ; Sappington (1991) : dans une situation d'asymétrie d'information, l'évolution du cadre incitatif externe est donc l'expression d'une source d'information nouvelle qui dégradera ou favorisera la performance de l'individu selon l'interprétation qu'il fait de l'information nouvelle. La motivation semble donc interprétable dans un cadre d'analyse standard.

2.2.2. L'extraction du signal d'altruisme, l'avantage compétitif de la télémédecine ?

Nous venons d'exposer la première situation pour laquelle la théorie standard étendue justifie l'existence d'effet d'éviction : la révélation de coûts cachés. Il convient à présent de détailler la seconde. Contrairement à la première, ici le principal n'est plus informé et l'hypothèse d'équilibre bayésien n'est plus formulée. Il va désormais être question d'extraction du signal d'altruisme de l'agent suite à la mise en place d'un système d'incitation (Bénabou et Tirole, 2006). Pour cela les auteurs s'appuient sur la théorie psychologique d'*overjustification effect* (*Cf*. encadré ci-dessous).

Encadré 27 – La théorie de l'attribution, l'*overjustification effect*

La théorie de l'attribution est une théorie alternative à la TAD quant aux éléments de réponse aux conséquences des récompenses externes sur les motivations intrinsèques. Cette théorie ne remet pas en cause les postulats de la TAD et de la théorie de l'évaluation cognitive, mais apporte des éléments de justification supplémentaires qui vont par la suite pousser les théoriciens de la TAD à compléter leur grille analytique. La théorie de l'attribution introduit l'effet de sur-justification (*overjustification effect*) qui sera par la suite très utilisée en économie (Benabou et Tirole, 2003). Cet effet intervient lorsque des individus intrinsèquement motivés se voient attribuer une récompense en fonction de leurs performances. Dans cette situation, cette récompense apporte une sur-justification à leur action et dégrade *in fine* leur cadre motivationnel en diminuant le plaisir qu'ils éprouvent naturellement à la réalisation de la tâche (Lepper et Greene, 1978). Il ne peut pas y avoir de double justification à la réalisation d'une tâche, l'individu ne peut pas simultanément accomplir une tâche en estimant être à l'origine de l'action et l'accomplir pour obtenir une récompense monétaire.

Ces différents travaux ont amené les théoriciens de l'évaluation cognitive à compléter leur grille analytique des effets des incitations externes sur les motivations intrinsèques et notamment à intégrer les effets positifs que peuvent avoir les *feedback* informationnels.

Si le principal n'a aucune information sur l'agent et l'action qu'il doit entreprendre l'agent signale quant à lui sa personnalité par son comportement. Dans le cas de la santé, la tutelle ne connaît pas l'état de santé du patient et ne connaît pas les compétences du médecin pour soigner le malade, et le médecin quant à lui signale son attention. Pour cela il réalise des actes gratuits, des actes de prévention, il a une durée de consultation plus ou moins longue, il répond aux emails et appels de ses patients hors consultation (Batifoulier et Gadreau, 2006). L'agent détermine donc un niveau de participation au bien-être collectif, au bon état de santé de la population. Il y participe alors au détriment de tout intérêt économique : l'agent envoie un signal d'altruisme, le médecin réalise des actes qui sont transparents au regard de la Classification commune des actes médicaux. Ce choix peut être continu (niveau de participation compris entre zéro et l'infini) ou binaire (participe / ne participe pas).

Dans ce cadre, en reprenant les terminologies précédentes, le coût de l'action est proportionnel à l'effort (*ca*) et l'introduction d'une incitation extrinsèque à l'action est également proportionnelle à l'effort (*ya*). L'agent retire une utilité intrinsèque $v_a a$ de son comportement altruiste v_a étant le paramètre de générosité pour sa participation a. L'utilité provenant des incitations extrinsèques est notée v_y (paramètre de cupidité).

L'hétérogénéité des agents amène à les différencier par leur générosité v_a ou par leur cupidité v_y. Tous les médecins ne pratiquent pas le même volume d'actes gratuits ou ne répondent pas aux emails et appels de leurs patients. L'agent a pour préoccupation de ne pas apparaître comme cupide aux yeux des autres, il souhaite posséder un niveau important de prestige social et d'auto-réputation (il veut se sentir altruiste). Le médecin cherche la part d'actes non répertoriés qu'il doit pratiquer pour être perçu comme un médecin désintéressé par l'argent. Tant que la télémédecine n'est pas une pratique encadrée et rémunérée sa pratique envoie le signal altruiste et animé avant tout par l'éthique professionnelle. L'agent va donc pondérer sa générosité μ_a et sa cupidité μ_y :

$$\mu_a E\,(v_a\,|a, y) - \mu_y E\,(v_y\,|a, y)$$

$$\mu = \{\mu_a, \mu_y\}$$

Les signaux sont alors des informations concernant la générosité, l'altruisme ou la cupidité de l'agent. Le niveau d'intérêt que porte l'agent à l'image sociale qu'il donne est

alors considéré comme une information privée. Le principal ne sait pas si l'agent est généreux ou cupide et il ne sait pas non plus si l'image de générosité ou de cupidité qu'il donne lui importe. Le comportement de l'agent est donc motivé par la générosité (motivation intrinsèque) par la cupidité (motivation extrinsèque) et par son image (motivation réputationnelle). L'utilité de l'agent sera alors :

$$U = (v_a + v_y y - c)a + [\mu_a E(v_a | a, y) - \mu_y E(v_y | a, y)]$$

Ici encore il y interdépendance entre les motivations intrinsèques et les motivations extrinsèques auxquelles vient s'ajouter la motivation réputationnelle. Roland Benabou et Jean Tirole (2006) mettent alors en évidence que pour un certain niveau de μ c'est à dire pour un certain niveau d'importance attaché à la réputation, l'offre des agents va être inversement proportionnelle à y. À ce niveau μ la théorie du prix ne fonctionne pas. Selon le niveau de y et l'importance que l'agent apporte à la motivation réputationnelle, le signal envoyé pourra être en contradiction avec ses attentes. Si le médecin est extrinsèquement encouragé par une politique publique à faire de la télémédecine sera-t-il toujours autant attiré par la pratique ?

L'effet d'éviction des motivations intrinsèques serait alors la conséquence d'une diminution des motivations réputationnelles suite à l'introduction d'une récompense à l'action. Roland Benabou et Jean Tirole (2003) montrent que plus la réputation est importante plus les récompenses externes risquent d'aboutir à un effet d'éviction des motivations intrinsèques par le phénomène *d'overjustification effect*. Ici encore, l'autodétermination présentée par la psychologie cognitive n'est pas mentionnée. L'auto-réputation fait référence à l'image que l'agent souhaite signaler aux autres individus. Bien que l'existence de différents registres de motivations soit reconnue, la question de l'éviction des motivations intrinsèques ne renvoie plus aux déterminants personnels de la mise en action, mais à l'interprétation d'informations nouvelles données par l'introduction de l'incitation. L'analyse comportementale ne porte pas sur les déterminants de l'action initiale. Les travaux en économie sont ainsi centrés sur deux catégories polaires de motivation et conservent le cadre utilitariste de l'économie orthodoxe. Toute forme d'éviction des motivations intrinsèques est alors reliée à un problème d'information et l'action renvoie toujours à un choix rationnel. L'évolution du cadre motivationnel n'est en rien la conséquence d'un changement de préférence. La théorie standard étendue a donc intégrée l'éviction des motivations. Nous montrons toutefois que ces modalités d'intégration ne sont pas suffisantes pour comprendre la situation dans laquelle se trouve le développement de la télémédecine.

2.2.3. L'action désintéressée du télémédecin, l'impossible interprétation par l'agence

À la suite des travaux de Roland Benabou et Jean Tirole (2003, 2006), la question de la motivation a été intégrée de façon plus ou moins directe dans les travaux portant sur les incitations. Depuis le début des années 2000, les recherches portant sur les formes d'incitations externes abordent quasi systématiquement la question de la motivation. Le rôle des motivations va alors être étudié dans les situations d'anti sélection (Delfgaauw et Dur, 2007), dans la formalisation des préférences sociales (Ellingsen et Johannesson, 2007, 2008), en termes de contrats incomplets (Bénabou et Tirole, 2006 ; Gneezy et Rustichini, 2000 ; Kreps, 1997) et cela décliné dans différents domaines analytiques de l'économie (politiques publiques, environnement, comportements pro-sociaux, organisation marchande, marché du travail, protection sociale et santé).

L'effet d'éviction des motivations intrinsèques n'a pas encore été démontré dans le champ de la profession médicale bien que des travaux tendent à sa matérialisation (Sicsic, 2014 ; Videau, et al., 2010). Toutefois il est possible de faire l'hypothèse que la lenteur du déploiement de la télémédecine est liée au conflit de représentation entre les échelles de régulation de l'activité et que cela nuit au cadre motivationnel des médecins qui pratiquaient la télémédecine avant la mise en œuvre de son institutionnalisation. Il serait alors possible de partir des travaux de Roland Benabou et Jean Tirole (2003, 2006) pour matérialiser ce comportement. Toutefois, la mise en évidence de divergences entre le cadre théorique qu'ils mobilisent et celui proposé par la psychologie cognitive nous amène à nous tourner vers d'autres travaux. Il convient d'en justifier les raisons.

Les travaux de Roland Benabou et Jean Tirole (2003, 2006) proposent une première forme de modélisation théorique qui met en évidence le rôle des motivations dans la perturbation de l'efficacité des dispositifs incitatifs. Deux effets sont alors présentés comme susceptibles d'évincer les motivations intrinsèques des agents pour réaliser une tâche. Les incitations proposées par le régulateur externe sont cependant uniquement interprétées en matière d'informations dans ces travaux. Dès lors, d'après cette modélisation, l'effet d'éviction des motivations intrinsèques ne serait que le résultat d'une mauvaise interprétation, de la part des agents, des informations données par le biais des incitations. Les postulats théoriques sont donc ceux de la théorie de l'agence. D'après ce cadre théorique, les médecins qui pratiquaient la télémédecine avant son institutionnalisation ne se rendaient pas compte de la difficulté de la tâche à accomplir. Les dispositifs mis en place par le comité national de pilotage leur auraient alors ouvert les yeux sur cette pénibilité. Par ailleurs, au sein du modèle

présenté par ces auteurs, qu'il s'agisse de l'explication par les coûts cachés ou celle de l'extraction du signal, l'agent est soucieux de son prestige social uniquement dans le sens où celui-ci lui confère un avantage compétitif. Les médecins qui pratiquent la télémédecine sont plus compétitifs que ceux qui ne la pratiquent pas[126] et peuvent espérer une plus grande patientèle. Or, si la politique de santé généralise la pratique ils n'auront plus aucun avantage, ce qui les désintéresse de la pratique suite à son institutionnalisation. Les justifications proposées par les auteurs ne font donc que renforcer le postulat d'opportunisme des agents.

Ces théories ne questionnent pas le rôle des incitations sur les déterminants psychologiques de l'action tels que le proposent les théories de la psychologie cognitive et plus particulièrement la théorie de l'autodétermination. Roland Benabou et Jean Tirole (2003, 2006) ne posent pas la question du déclanchement de l'action, c'est à dire celle de l'origine de la motivation. Il n'est pas question de médecin naturellement volontaire à l'action, le médecin ne peut pas être désintéressé. Il y a nécessairement un élément extérieur qui est pris en compte dans son action, qu'il s'agisse d'une contrainte sur son prestige social (possibilité de sanction de la part des patients en cas de pratiques discrétionnaires) ou les déterminants de son profit (dans quelle mesure accepter l'incitation, comment minimiser l'effort et maximiser les gains monétaires). Cela ne permet donc pas d'intégrer la notion d'autodétermination comportementale.

Qu'il s'agisse du modèle du principal informé ou de l'*overjustification*, dans les deux cas les arguments de la fonction d'utilité du médecin sont purement d'origine instrumentale (l'intérêt monétaire ou la contrainte). Le rôle des valeurs et des croyances se résume à l'instinct de cupidité. Or, s'il est possible que le comportement du médecin soit animé par l'intérêt financier il se peut qu'il le soit également par d'autres logiques spontanées (notamment celles de l'éthique médicale, de l'équité, de la justice sociale) (Batifoulier et Biencourt, 2005 ; Robelet, 2005). L'hypothèse d'un médecin désintéressé sort du cadre théorique de l'agence. Seuls les médecins intéressés peuvent donc être étudiés à l'aune de ce cadre théorique. Le prestige social, s'il est intégré à la fonction d'utilité dans les travaux de Roland Benabou et Jean Tirole (2006) n'est matérialisé que dans l'avantage qu'il permet de procurer au médecin. Le prestige social n'est qu'un moyen de conserver le monopole des soins. Il ne s'agit que de logique d'intérêt. Le médecin, comme tout individu est caractérisé

[126] Notons qu'aux États-Unis, différents travaux empiriques ont mis en évidence que dans le cadre de fonctionnement des HMO les médecins pratiquant la télémédecine ont un potentiel d'employabilité plus élevé grâce à cet avantage compétitif. Cela tient au fait que les HMO sont mis en concurrence et doivent trouver des mécanismes de différenciation nouveaux pour attirer de nouveaux clients (particuliers et entreprises). Toutefois, ces travaux ne portent pas sur les motivations des médecins.

par une désutilité à l'effort, il n'est donc pas question de motivations intrinsèques au sens des théories psychologiques.

Si toutefois avant la mise en place d'une incitation l'individu était davantage enclin à réaliser une tâche, ce n'est pas tant qu'il était intrinsèquement motivé mais plutôt que l'incitation informe cet agent sur l'effort à fournir pour réaliser la tâche. Il n'est donc pas question d'autodétermination lorsque Roland Benabou et Jean Tirole (2003, 2006) mobilisent la notion de motivation intrinsèque. Il y a donc confusion. Ici incitation et motivation deviennent synonymes. Or, les travaux des psychologues cognitifs mettent en garde contre ce contre-sens. L'effet d'éviction est alors le résultat d'un calcul coût-avantage qui n'a rien à voir avec les fondements psychologiques présentés par la psychologie cognitive. Il ne s'agit pas d'affirmer que les résultats présentés par Roland Benabou et Jean Tirole (2003, 2006) sont erronés, ils ne présentent juste pas les mêmes problématiques que celles mises en évidence par les psychologues. À travers les postulats utilitaristes de l'agence, il n'est pas possible d'étudier le comportement des médecins désintéressés. Ce cadre restreint dès lors l'analyse à une catégorie particulière d'individus.

En psychologie, la motivation intrinsèque renvoie à la spontanéité de l'action, selon les théoriciens de l'agence, elle renseigne le niveau de désutilité à l'effort, l'agent ne pouvant pas, par postulat, être naturellement altruiste. Si les résultats de ces théories ne nous permettent pas de comprendre pleinement les raisons du faible déploiement de la télémédecine, puisqu'une partie de la population médicale serait exclue de l'analyse, elles nous renseignent toutefois sur les façons dont la tutelle pense le problème. En effet, les travaux de Roland Benabou et Jean Tirole (2003, 2006) reposent sur les mêmes fondements théoriques que le *New public management*, dont émane le modèle de gouvernance de la télémédecine. En d'autres termes, le comité de pilotage de la télémédecine s'appuie sur les mêmes concepts que ceux que nous venons de présenter. Une part importante de la population médicale est donc ignorée dans la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine. C'est pourquoi, au faible déploiement de la télémédecine, la puissance publique propose comme solution de trouver le bon cadre incitatif plutôt que de discuter du rôle même des incitations et de l'interprétation que font les médecins de la forme que prend l'institutionnalisation.

Les institutions en charge du déploiement de la télémédecine ne sont donc pas en mesure d'intégrer à leurs postulats de base les enseignements des théories psychologiques. Cela pose alors problème. En effet, si l'existence de relations conflictuelles entre les échelles de régulation internes et externes de la télémédecine est reconnue de tous, les solutions apportées par les institutions régulatrices externes ne sont pas pleinement satisfaisantes au

regard des enseignements de la psychologie. Cela s'explique alors par l'interprétation qu'en font les médecins. Nous proposons à présent de mettre en évidence d'autres résultats théoriques issus de la littérature qui permettent de pointer les faiblesses du modèle de gouvernance actuel et de ses supports théoriques.

3. L'effet d'éviction des motivations intrinsèques, une question de jugement de la règle de coordination ?

Accepter que le comportement d'un individu ne puisse pas être anticipé et contrôlé par un cadre incitatif revient à accepter que ses préférences ne sont pas stables dans le temps. S'il ne suffit pas d'inciter, financièrement ou autre, les médecins pour qu'ils participent à un projet de télémédecine, cela veut dire que les déterminants de leurs actions peuvent évoluer dans le temps et selon le contexte institutionnel qui les entoure. Leurs motivations changent avec le temps et peuvent rendre inefficaces les incitations mises en place par la puissance publique. Toutefois, le cadre analytique des théories supports du *New public management* ne permet pas de rendre compte de cette situation.

Afin de sortir de cette impasse analytique, l'Économie des conventions propose une autre théorie de l'information que celle proposée par les économistes orthodoxes qui traitent de la mise en œuvre d'incitations. L'objectif de cette section, qui est une ouverture sur le chapitre suivant, est de dégager différentes hypothèses permettant une lecture nouvelle de la trajectoire de la gouvernance de la télémédecine et des conséquences que peut avoir l'introduction d'incitations nouvelles sur le comportement des médecins et donc sur le développement de la télémédecine. Si la théorie standard présente les incitations comme une solution au conflit de représentation entre les échelles de régulation de la pratique, un autre cadre d'analyse montre que loin de régler le problème de déploiement de la télémédecine, les incitations risquent au contraire d'aggraver la situation.

Pour le comprendre, l'Économie des conventions apporte une grille de lecture de la coordination qui passe par l'analyse du rôle du jugement conventionnel de la règle et plus précisément de la norme (Biencourt, 1999). Pour saisir le lien entre l'introduction d'incitations et le rôle du jugement conventionnel de cette introduction, il convient en amont de définir la notion de jugement conventionnel. Pour cela, nous montrons que toute règle fait l'objet d'une interprétation par l'individu et cette interprétation dépend de la représentation qu'il a de son environnement. Ainsi, dans un même collectif social les individus interprètent

de façon similaire les règles, ce qui permet la coordination. En cas de divergence d'interprétation, il peut y avoir un conflit de représentation entre les individus (3.1). Dans le cadre de la télémédecine, deux types de jugements normatifs peuvent être mis en évidence : celui de la cité par communauté et celui de la cité par projet. Il est alors possible de mettre en évidence qu'entre ces deux cités existe un conflit de représentation du juste et du légitime. Les normes éditées par la cité par projet, *i.e.* les normes issues des institutions de régulation externe de la télémédecine, sont jugées négativement par les membres de la cité communautaire, *i.e.* les médecins utilisateurs de la télémédecine. Dès lors, les mécanismes incitatifs peuvent être vus comme des moyens de faire adhérer les médecins de la cité communautaire aux normes de la cité par projet. En d'autres termes, les incitations ont pour vocation de modifier la représentation du juste et du légitime des médecins de la cité communautaire. Nous posons alors l'hypothèse que ce changement de représentation peut être à l'origine de l'éviction des motivations intrinsèques des médecins, ce qui expliquerait le faible déploiement de la télémédecine. Si effectivement les médecins, par les mécanismes incitatifs acceptent de participer aux projets de télémédecine, cela se fera alors au détriment de la qualité des soins. *In fine* la politique de télémédecine sera non seulement inefficace mais remettra en plus en question le niveau de qualité des soins (3.2).

3.1. La construction du jugement conventionnel

Avant de présenter le lien entre (i) la représentation du juste et du légitime, (ii) la mise en place d'incitations par l'échelle de régulation externe et (iii) les motivations des médecins utilisateurs de la télémédecine, il convient de définir ce qu'est le jugement conventionnel et le rôle qu'il occupe. Pour cela, en mobilisant le cadre analytique de l'Économie des conventions, il est possible de mettre en évidence le rôle de l'interprétation de la règle dans les mécanismes de coordination. En effet, au-delà du mécanisme réglementaire, l'interprétation qu'en font les individus joue un rôle déterminant dans leur acceptation de la règle. Il est alors nécessaire de clarifier le statut de l'interprétation. Elle peut effectivement être considérée comme un jugement arbitraire et non légitime (3.1.1). Dès lors, cela n'est pas sans soulever un paradoxe de taille : si la convention est arbitraire, en quoi le jugement conventionnel, en tant qu'interprétation de la règle, peut devenir un mécanisme de coordination communément admis ? *A priori*, le caractère arbitraire de la convention rend impossible la construction d'un jugement normatif. Il convient alors de démontrer que la représentation des préférences

permet de légitimer l'arbitraire au sein d'une cité (3.1.2). Dès lors, différents modèles de jugements conventionnels peuvent co-exister renvoyant à une interprétation différente de l'objet de télémédecine. Les conflits entre les échelles de régulations sont alors des conflits de représentation de la télémédecine et les mécanismes incitatifs sont alors inefficaces, voire contre-productifs (3.1.3).

3.1.1. L'interprétation, rempart à l'incertitude

La convention a été analysée dans le chapitre précédent comme la modalité de coordination des comportements à l'échelle interne de la régulation des projets de télémédecine. Toutefois, cela ne signifie pas qu'elle est la seule règle qui entraine la nécessité d'interprétation de la part des individus (Biencourt, 1999). Toute règle est par nature incomplète et source d'incertitude et doit donc faire l'objet d'une interprétation pour pouvoir être appliquée (Batifoulier et Thévenon, 2001). Il convient néanmoins de préciser que selon les règles, la marge d'interprétation n'est pas la même. Ainsi, il est possible de distinguer les règles à faible marge d'interprétation (ex : le code de la route) des règles à forte marge d'interprétation (ex : le code de déontologie). Les règles qui encadrent la régulation externe de la télémédecine font partie des règles à forte marge d'interprétation. En effet, qu'il s'agisse des normes qui représentent l'échelle nationale de la coordination ou des contrats de télémédecine qui incarnent l'échelle régionale, pour être appliquées, ces règles nécessitent une part importante d'interprétation.

Dès lors, si toute règle est incomplète, il est nécessaire de construire une façon de juger cette règle afin de lui donner un sens. Au-delà des règles, il existe donc des modèles d'évaluation de ces mêmes règles qui sont également du registre des conventions (Biencourt, et al., 2001). Il est donc possible de distinguer les règles conventionnelles, celles qui permettent la coordination des comportements des acteurs au sein de l'échelle interne de régulation, et les modèles d'évaluation conventionnels. Cette fois-ci, les modèles d'évaluation conventionnels n'ont pas pour fonction de coordonner le comportement des acteurs mais de coordonner les représentations de l'environnement réglementaire (Biencourt, 1999). Ils permettent de porter un jugement sur les représentations des comportements.

Les modèles d'évaluation permettent donc d'interpréter les conventions et toute autre forme de règle élémentaire. Pour participer à un projet de télémédecine, les acteurs ont donc besoin de juger au préalable la relation dans laquelle ils s'insèrent. Pour cela ils donnent un sens à toutes les règles qui régulent l'activité. La question qui se pose alors est celle de la

formation du jugement conventionnel. Si l'essence même de la convention comparativement aux autres règles est son caractère arbitraire et non autoritaire, il semble dès lors impossible de construire un critère normatif de jugement conventionnel. Tout critère normatif renvoie à l'idée de légitimité de l'action. Or, la légitimité ne peut pas être arbitraire. Dès lors, les outils analytiques de la théorie standard ne permettent pas de comprendre la légitimité sur laquelle repose la convention professionnelle telle que nous l'avons décrite dans le chapitre précédent. D'après ces théories, la logique professionnelle serait donc une construction arbitraire en faveur des médecins utilisateurs de télémédecine. Dans cette perspective, légitime et arbitraire ne semblent en aucun cas compatibles.

3.1.2. La représentation des préférences comme légitimité de l'arbitraire

L'interprétation du jugement semble difficile à analyser dans ce cadre. Interpréter les règles qui coordonnent la régulation de la télémédecine c'est faire référence au bien et au légitime, ce qui ne peut pas être arbitraire. *A priori*, il devient nécessaire de sortir du cadre conventionnel pour comprendre le caractère normatif du jugement. En effet, il semble difficile de concilier le critère normatif du jugement et l'arbitraire de la convention. L'Économie des conventions précise alors la définition du terme arbitraire pour comprendre en quoi le jugement relève de l'arbitraire (Batifoulier, et al., 2011a). Au sein du jugement conventionnel l'arbitraire ne signifie pas l'indifférence. Tout critère normatif repose alors sur une structure particulière de préférences. Chaque individu possède alors une structure de préférences qui lui est propre. Le légitime et le bien ne s'imposent pas comme une logique coordinatrice infaillible et universellement pensée. L'Économie des conventions fait donc l'hypothèse que les individus sont dotés de structures de préférences et que chaque structure permet de donner du sens à la règle dans un cadre normatif. La structure des préférences permet d'identifier les raisons qui poussent l'individu à agir lorsqu'il interprète une règle. À chaque registre de jugement correspond une logique d'action. L'arbitraire renvoie alors à la pluralité de façons de juger le légitime. Dès lors, il est possible de reprendre les notions de cité et de justification au sens de Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991) et Luc Boltanski et Ève Chiapello (1999). Chaque cité renvoie à une forme de jugement et à la construction d'une définition du bien et du légitime. Au sein de chaque cité, un principe supérieur domine et y est défini ce qui représente l'état de grand et l'état de petit. Chaque individu peut être grand ou petit au regard des critères des jugements conventionnels de chaque cité. La cité marchande, au sein de laquelle l'image dominante du médecin est celle du médecin libéral et opportuniste n'est

qu'une représentation parmi d'autres. Autrement dit, la représentation de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine est une représentation parmi d'autres. Dans chaque cité, les compétences des médecins qui définissent le bon médecin ne sont pas les mêmes. Au sein de la cité domestique le bon médecin renvoie à l'image du médecin de famille, dans la cité industrielle à celle du médecin spécialiste et clinicien, dans la cité par projet au médecin *manager*.

Dans le cas des médecins pratiquant la télémédecine, le registre d'action est celui de la cité par communauté. Nous avons mis en évidence dans le chapitre précédent que le système de valeur repose sur la convention d'activité professionnelle (*Cf.* p. 334). Les règles considérées comme justes et légitimes sont donc celles qui garantissent l'autonomie du médecin et la prise en charge de cas pathologiques hétérogènes. Toutefois, ce n'est pas parce que les médecins pratiquant la télémédecine appartiennent à la cité par communauté que la télémédecine n'est pas définie au sein des autres cités. Ainsi, les institutions externes régulatrices de la pratique œuvrent selon une autre logique d'action, celle de la cité par projet dans laquelle la logique industrielle marchande domine. Par ailleurs, chaque individu peut agir dans plusieurs cités et passer d'une cité à une autre. Pour comprendre les différents registres de jugement qui entourent la télémédecine, il est nécessaire de mobiliser la notion d'objet au sens de Philippe Batifoulier et al. (2011a), nous définissons cette notion dans la section suivante.

3.1.3. La caractérisation de l'objet de télémédecine, une question de jugement

D'après Philippe Batifoulier et al. (2011a) la notion d'objet renvoie à la matérialisation d'un concept et donc à sa définition en termes de représentations. L'objet permet alors de caractériser et de matérialiser les logiques de jugement. En qualifiant la télémédecine d'objet, elle représente, dès lors, les différentes matérialisations selon la représentation de la cité considérée. Ainsi, dans la cité industrielle, elle représente une innovation technologique, dans la cité marchande un moyen de standardiser les résultats économiques des actes de santé, dans la cité civique un moyen d'améliorer l'équité d'accès aux soins, dans la cité par projet un outil d'interconnexion ou encore dans la cité par communauté un moyen de favoriser l'autonomie des professionnels de santé. Les objets qui permettent une lecture de l'environnement sont alors qualifiés de dispositifs (Pascal, 2012). Dans ce cas l'outil technique de télémédecine, de par l'interprétation qu'en font les médecins,

appartient à un ensemble plus vaste que la technologie et cet ensemble forme un système d'interactions (*Ibid.*).

L'objet ainsi défini relie (i) les utilisateurs (professionnels médicaux, paramédicaux, tutelle, financeurs, patients, aidants), (ii) les règles nouvelles qui régissent la division du travail au sein d'un projet de télémédecine et (iii) les cités auxquelles appartient chaque acteur de la télémédecine. La télémédecine est donc un dispositif qui possède différentes clés de lecture selon les cités. L'objet est alors le lien entre différents registres de coordination. Dans sa complexité, la télémédecine implique une interprétation du dispositif. Selon les cités, l'interprétation n'est pas la même et aucune logique de jugement rend plus légitime une interprétation qu'une autre. Les objets activent alors les modèles de jugement latent au sein des cités au même titre que les disputes ordinaires[127]. Les objets permettent de matérialiser les modes de jugements des individus et révèlent donc la structure de leurs préférences.

Il est alors possible de donner une interprétation nouvelle au conflit entre les échelles de régulation externe et interne que celles données par la théorie standard. Les acteurs de la régulation ne partagent pas une même interprétation de l'objet télémédecine. Ils possèdent alors un jugement conventionnel qui diffère (Biencourt, et al., 2001). Nous avons mis en évidence que le comité national de déploiement de la télémédecine entreprend une stratégie de gouvernance qui repose sur un modèle hybride sectoriel du *New public management* à la française. Les supports théoriques mobilisés par le comité de pilotage reposent sur une idéologie selon laquelle toutes les logiques de coordination ne se valent pas. Les normes issues de la stratégie nationale de déploiement correspondent à une logique d'action de type industrielle qui est partagée au sein de la cité par projet. La seule définition du bien et du légitime qui est validée par les institutions de la régulation externe peut être rattachée à la cité par projet. L'objectif de la régulation externe est alors d'influencer les représentations et le jugement des individus des autres cités afin de changer le modèle du bien et du légitime qui les anime. Ici encore, paradoxalement, la logique d'industrialisation et de marchandisation de la santé s'accompagne dès lors d'un renforcement de l'intervention de la puissance publique afin de mettre en œuvre le changement de représentations. Cela passe alors par l'introduction de mécanismes de coordination normatifs tels que nous les avons définis dans le chapitre précédent (*Cf.* p. 282). Nous posons l'hypothèse que ces normes nouvelles peuvent être interprétées comme l'origine de la dégradation du cadre motivationnel des médecins utilisateurs de la télémédecine. Dès lors, non seulement la politique de télémédecine ne

[127] Pour rappel, dans la présentation des cités de Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991), ce sont les disputes entre les individus qui les font se positionner dans une logique de jugement et donc dans une cité particulière.

permettrait pas le développement de la pratique, mais plus grave encore, elle dégraderait la qualité de la production de soins.

3.2. Les mécanismes de coordination de l'échelle externe de régulation : responsable d'une future dégradation de la qualité des soins ?

L'économie standard définit les déterminants de l'action individuelle exclusivement sous le prisme de la maximisation d'une fonction d'utilité instrumentale. L'Économie des conventions, sans réfuter l'existence de comportements opportunistes, s'appuie quant à elle sur les théories de la psychologie cognitive pour mettre en évidence l'existence d'autres déterminants de l'action. Les préférences (qui ne sont pas statiques dans le temps et dans l'espace), les croyances en des valeurs déterminées et non-systématiquement marchandes et les motivations jouent un rôle principal dans l'efficacité de l'action menée par un individu. Ces éléments entrent alors en conflit de représentation avec les règles de coordination de l'échelle externe de la régulation de la télémédecine (3.2.1). Dès lors, la motivation, définie cette fois au sens de la psychologie cognitive peut être envisagée comme le déterminant principal de la performance des médecins utilisateurs de la télémédecine. À partir des travaux de Bruno Frey nous approfondissons l'idée que le registre de cette motivation, dans le cas de la télémédecine est conditionné par l'interprétation que fait le médecin du cadre réglementaire de la pratique. La dégradation du cadre motivationnel des médecins est alors envisagée comme le résultat d'interventions externes (normes, incitations) non adaptées au respect des croyances médicales partagées par les médecins de la cité communautaire (3.2.2).

3.2.1. Préférence, croyance et motivation, quelle logique d'action ?

La politique de télémédecine, de laquelle dépend la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, peut modifier les règles de fonctionnement des projets de télémédecine et infléchir le comportement des participants. Pour le comprendre il est nécessaire d'appréhender les différentes règles dans une dynamique. Les différentes règles doivent être analysées de façon concomitante afin de rendre compte des relations qui conditionnent leur évolution. Aucune règle, qu'il s'agisse de norme, de contrat ou de convention ne peut fonctionner isolément (Batifoulier et Thévenon, 2001). Les contrats de télémédecine imposent un référentiel commun aux différentes parties-prenantes qui ne peut pas reposer uniquement

sur un accord de volonté. Les normes et règles contraintes ne peuvent pas non plus à elles seules déterminer les comportements des agents. C'est par le biais de combinaisons avec des contrats et conventions qu'elles prennent sens. C'est pourquoi, au sein même de la politique de télémédecine il existe différents registres de régulation qui s'articulent entre eux et sont censés rendre cohérente l'atteinte d'un objectif, ici, le déploiement de la télémédecine. Dès lors, les règles élémentaires jouent un rôle principal dans la construction du jugement (3.2.1.1). Toutefois, ce critère échappe aux institutions de régulation externe de la télémédecine. Le rôle des croyances des médecins en des valeurs particulières telles que l'éthique médicale et l'existence d'un altruisme non-utilitariste ne sont pas considérés au sein de la politique de télémédecine. Cette absence de considération aboutit alors à un conflit de représentation de l'action entre les règles hétéronomes et les croyances médicales. Nous analysons ce conflit à l'aune de l'Économie des conventions et de la psychologie cognitive (3.2.1.2).

3.2.1.1. Le rôle de la règle élémentaire dans la construction du jugement

Nous avons précédemment mis en évidences des objectifs contradictoires entre les différentes règles élémentaires. En effet, les règles issues de la régulation externe fixent des objectifs qui visent à limiter l'autonomie et l'hétérogénéité des pratiques médicales dans les projets de télémédecine en vue d'industrialiser la production. Les normes techniques ont pour objectif premier de diffuser un standard de pratique pour permettre l'interopérabilité des dispositifs techniques. Au contraire, l'objectif des règles issues de la régulation interne est de garantir l'autonomie des acteurs des projets de télémédecine. La garantie de l'autonomie est justement nécessaire pour prendre en considération la grande hétérogénéité des situations auxquelles doivent faire face les acteurs des projets de télémédecine. L'hétérogénéité des cas pathologiques et cliniques est d'ailleurs à l'origine de la création des projets de télémédecine. Il apparaît dès lors paradoxal aux yeux des médecins utilisateurs de télémédecine que les mécanismes de coordination externe cherchent à faire disparaître cette autonomie. Initialement, la télémédecine doit permettre de mieux faire face collectivement à des situations hétérogènes. La télémédecine, à son origine, a été présentée comme un moyen de préserver les fondements libéraux de la pratique et notamment la liberté d'installation.

Il convient alors d'étudier les effets de la pression normative sur les représentations qu'ont les professionnels médicaux de leur environnement. Nous avons mis en évidence que la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine repose sur les théories supports du

New public management. Ainsi, en suivant les principes du *New public management* à la française, les institutions régulatrices à l'échelle nationale de la télémédecine considèrent l'existence d'une seule logique d'action, la logique industrielle. Si l'Économie des conventions met en évidence que différentes logiques peuvent exister et qu'à chacune d'entre elles est rattachée une définition du bien et du légitime renvoyant à une analyse horizontale du jugement (Rebérioux, et al., 2001), les théories supports du *New public management* raisonnent quant à elles à travers une vision verticale des jugements (Bezes, 2012). Autrement dit, d'après les théories supports du *New public management*, tous les jugements ne se valent pas et la logique industrielle marchande est supérieure aux autres puisqu'elle est la seule qui permette de tendre vers un *optimum* quand il s'agit d'efficacité de l'allocation des ressources. Dès lors, si l'on analyse cette situation sous le prisme des enseignements de l'Économie des conventions, l'idéologie industrielle véhiculée par les institutions qui encadrent la télémédecine peut entraîner des crises de représentation au sein de la profession médicale.

En effet, le contexte normatif n'est pas neutre et influence la représentation qu'ont les médecins du bien et du légitime (Biencourt, 1999). Autrement dit, il entraîne une évolution du jugement conventionnel. La puissance publique, par le biais de la politique de télémédecine, et notamment des règles normatives qui la composent, influence l'interprétation des acteurs du système de télémédecine et la logique d'action qu'ils jugent légitime. Nous avons mis en évidence que toute règle est par nature incomplète. Qu'il s'agisse des normes qui encadrent la pratique de la télémédecine, le Code de déontologie ou encore les conventions professionnelles, toutes nécessitent une interprétation (Batifoulier, et al., 2011a). La puissance publique souhaite faire de la logique industrielle le principe supérieur d'interprétation, comparativement à la logique professionnelle.

Dès lors, elle cherche à influencer le jugement vers une interprétation marchande de l'incomplétude de la déontologie médicale. La puissance publique peut alors influencer l'idéologie dominante en faisant la promotion du marché et de la logique industrielle. Cette influence passe par la mise en place d'un ensemble de dispositifs incitatifs que nous avons pointé en début de chapitre. Toutefois, les théories psychologiques, reprises par l'Économie des conventions, nous enseignent que s'il est possible de modifier la logique d'action des individus, notamment par le biais d'incitations, cela n'est pas sans conséquence sur le cadre motivationnel. La logique d'action change mais la structure de préférence des individus se dégrade. Le médecin cherche à atteindre de nouveaux buts associés à la logique industrielle

mais ceux-ci ne lui procurent plus un sentiment de bien-être aussi grand que la poursuite de la logique professionnelle[128].

La norme, telle qu'elle est imposée par l'échelle de régulation externe, influence dès lors la représentation que les professionnels médicaux ont de la télémédecine. L'objectif de la puissance publique est que la représentation du comportement légitime change. En effet, pour que la mise en œuvre de cette logique industrielle fonctionne, cela nécessite de faire des hypothèses fortes sur l'efficacité des dispositifs incitatifs. Dans le cas présent, ces dispositifs doivent non seulement modifier le comportement des agents mais ils doivent également modifier la structure des préférences. L'introduction d'incitations doit permettre de changer la structure des préférences des médecins utilisateurs de la télémédecine. C'est-à-dire que le niveau d'incitation doit amener un changement de représentation que les médecins ont de l'organisation des projets de télémédecine. Les incitations doivent amener les médecins à adhérer aux idéaux de la cité par projet, cité dans laquelle se met en place la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine. La question qui se pose alors est de savoir quelles conséquences ce changement de représentation peut avoir sur les motivations des médecins. C'est ce qu'il convient d'analyser.

3.2.1.2. Les croyances et les règles, conflits de représentation de l'action

D'après les théories supports du *New public management*, l'individu est uniquement guidé par la poursuite de son intérêt privé. Toute forme de croyance est alors perçue négativement. Les croyances viennent faire obstacle au libre jeu de l'opportunisme rationnel (Batifoulier, et al., 2011a). Il est donc nécessaire de chasser toute forme de croyance dans le processus de prise de décision. En incitant les médecins à poursuivre une logique d'action industrielle, ces derniers adopteront un comportement pro-marchand, comportement avec lequel les théories du *New public management* sont bien plus à l'aise. Lorsque la logique

[128] La théorie psychologique du contenu des buts, qui est un des axes de la TAD, que selon les buts que l'individu cherche à atteindre, la satisfaction qui en découle ne sera pas la même. Certains buts, une fois atteints, ne permettent pas à l'individu de se retrouver dans une situation de bien-être psychologique (Deci et Ryan, 2000). Certains buts permettraient à l'individu de ressentir une plus ou moins grande satisfaction selon leur nature (Kasser et Ryan, 1993 ; 1996). Ainsi les buts qui permettent de satisfaire les besoins psychologiques fondamentaux procurant davantage de satisfaction et de bien-être sont ceux relevant d'aspirations intrinsèques alors que les buts relevant d'aspiration extrinsèque (la valorisation de l'image) ne sont pas directement liés à la recherche de la satisfaction des besoins fondamentaux et procurent ainsi un sentiment de bien-être inférieur. Sheldon et Kasser (1998) ont mis en évidence que les buts qui permettent d'atteindre à la fois le sentiment de bien-être et de satisfaction des besoins fondamentaux sont des buts autonomes qui ne relèvent pas de l'environnement extérieur. Ces buts peuvent alors correspondre aux régulations intégrées, identifiées et intrinsèques. Les buts à atteindre dont ceux qui n'émanent pas du self et proviennent donc d'une entité extérieure vont quant à eux renvoyer à une régulation externe et introjectée et peuvent engendrer une situation de mal-être (Ryan et al., 1999). Par définition l'individu amotivé ne retirera aucun bien-être à la satisfaction d'un but puisqu'il ne peut émaner d'une volonté interne.

d'action industrielle est suivie, l'individu peut se réduire à sa fonction d'utilité, il n'est plus nécessaire de le considérer dans un ensemble de relations sociales. D'après les théories suivies par les institutions en charge du déploiement de la télémédecine, l'identité de tout individu est définie *a priori*, ce qui entraîne une négation du rôle du collectif et des représentations cognitives du collectif. Cette conclusion revient alors à nier tout apport des sciences sociales et psychologiques dans l'analyse des logiques d'actions individuelles.

Pourtant, nous avons mis en évidence que l'efficacité des mécanismes incitatifs dans le champ de la santé pose problème. Différentes études, qu'il s'agisse de cas français ou étrangers, révèlent que les incitations financières n'ont pas eu les effets escomptés (*Cf.* tableau p. 368). Dès le début des années 1990 la question des déterminants de l'action médicale est posée (Gadreau, 1993). Il en ressort que l'intérêt économique n'est pas nécessairement ce qui pousse le médecin à agir. La mise en évidence d'un altruisme non utilitariste remet en question les hypothèses orthodoxes sur le comportement des individus. Les politiques de santé peuvent alors avoir un effet d'érosion de cet altruisme qui pousse effectivement à l'adoption d'une démarche marchande (Batifoulier et Gadreau, 2005, 2006 ; Batifoulier et Ventelou, 2003). Toutefois, en modifiant la logique qui pousse le médecin à agir, l'évolution de la gouvernance en santé entraine une évolution dans le cadre motivationnel des pratiques médicales. Cela permet de mettre en évidence que la performance des médecins dépend de l'intérêt qu'ils portent pour la tâche. Celui-ci étant dépendant de la satisfaction intellectuelle qu'ils en éprouvent. La satisfaction intellectuelle des médecins est alors reconnue comme source de motivation intrinsèque (Kristiansen et Mooney, 1993 ; Richardson, 1981).

Les résultats de ces études amènent à remettre en cause les hypothèses comportementales traditionnelles de maximisation de l'utilité des individus. Les théories institutionnelles hétérodoxes s'appuient alors sur les travaux des sciences sociales et cognitives pour analyser ces résultats. Nous avons mis en évidence que l'institutionnalisation de la télémédecine se fait dans un contexte où sont déjà présentes des logiques d'action permettant la production d'actes de télémédecine, il s'agit des logiques d'actions professionnelles. Les médecins, selon la cité à laquelle ils appartiennent sont animés par différentes conceptions de la pratique médicale et différentes visions du légitime. Nous avons mis en évidence que les praticiens libéraux qui ont participé aux premiers projets de télémédecine sont particulièrement animés par la recherche d'une équité entre les patients mais également par le respect de l'autonomie dans leur pratique.

Les compromis à l'origine des logiques d'action ne sont pas les mêmes selon les spécialités, les lieux d'exercice, les modalités d'exercice, etc. La logique industrielle, qui

domine les politiques de santé, vient donc remettre en question cette pluralité. La standardisation des pratiques tend donc à ignorer les différentes valeurs représentatives de la profession et fait disparaître l'orientation autonome[129].

Les croyances des individus, en fonction de leurs groupes sociaux d'appartenance, deviennent alors les déterminants de l'action (Rebérioux, et al., 2001). En effet, reconnaître les limites du cadre incitatif revient à mettre en évidence l'instabilité des préférences dans une vision dynamique. Ce qui détermine la conformité à un cadre d'action peut donc évoluer dans le temps et selon le contexte institutionnel qui entoure l'individu. L'analyse de la construction des croyances et des motivations des individus va nous permettre de comprendre en quoi les modalités incitatives du passage au monde industriel marchand telles que nous les avons présentées en début de chapitre ne sont pas efficaces. La stratégie mise en place par le comité de pilotage du déploiement de la télémédecine favorise une orientation contrôlée du comportement médical (Deci et Ryan, 2002). Dans ce cas, le besoin d'autonomie n'est plus satisfait (*Ibid.*). Le rôle des valeurs de l'individu dans la logique d'action doit donc être analysé.

À l'inverse des théories du *New public management*, l'Économie des conventions fait l'hypothèse que la coordination découle de la rationalité des individus et que celle-ci peut prendre de multiples formes (Biencourt, et al., 2001). L'individu ne se comporte pas de la même façon selon la représentation qu'il se fait de l'environnement dans lequel il évolue (*Ibid*.). C'est la représentation du collectif qui détermine les modalités d'action. Dès lors, les valeurs sont mobilisées par les individus pour donner une justification de leurs actes au nom d'une conception particulière du bien et du légitime. Les valeurs de la cité par communauté ne sont pas les mêmes que les valeurs de la cité par projet, il existe donc un conflit de valeur au sein de l'organisation de télémédecine. L'institutionnalisation de la télémédecine se traduit par une incitation des médecins à adopter un comportement propice au marché. Cela vient

[129] La théorie des orientations de causalité, qui est un axe de la TAD, explique comment repérer la motivation initiale de l'individu de par l'étude de son comportement. Ces orientations sont systématiquement reliées à des indicateurs de bien-être (Deci et Ryan, 2002, Deci et Ryan, 1985, Deci et Ryan, 2000). Cette théorie présente trois orientations motivationnelles repérables par le comportement de l'individu. La première est l'orientation autonome. Elle se retrouve chez les individus qui manifestent une appétence pour les défis à relever et les activités pour lesquelles on dispose de retours après les avoir accomplis. Ces individus ont des comportements proactifs et assurent la responsabilité de leurs actes. Cette orientation permet de définir les régulations intrinsèques, intégrées et identifiées. Le comportement des individus va se traduire par une forte estime de soi et de sérénité. La deuxième est l'orientation contrôlée et caractérise des personnes qui se comportent en fonction des éléments qu'elles reçoivent de l'extérieur et agissent en réponse à des propositions de récompenses. L'importance de la tâche aux yeux des autres est davantage importante dans l'accomplissement de cette tâche que leur propre perception. Cette orientation permet de définir les régulations externes et introjectée. Dans leur comportement, ces individus vont apporter une grande attention au regard d'autrui et vont faire preuve d'un attrait pour les confrontations à l'autre et la recherche de compétitivité. Enfin la troisième est l'orientation impersonnelle et caractérise les personnes qui estiment être inefficaces et ne savent pas faire face aux changements dans leurs habitudes et ne savent pas prendre de décision face à une situation nouvelle. Ce comportement renvoie aux personnes amotivées. Le comportement de ces individus va se matérialiser par de l'anxiété sociale et de la dépression.

alors modifier l'échelle des valeurs médicales. La politique de télémédecine fait la promotion d'un comportement libéral et entrepreneurial au détriment de la recherche de l'équité (sauf si l'équité de traitement permet d'améliorer le fonctionnement concurrentiel de la pratique).

Or, les valeurs sont alors à l'origine du jugement conventionnel. L'objectif de la politique de télémédecine est ainsi d'influencer la hiérarchie des valeurs afin de faire évoluer les comportements vers une conformité avec les valeurs industrielles marchandes. Toutefois, s'il est possible de faire adhérer les médecins à des valeurs marchandes, cela oriente nécessairement le comportement et l'origine des motivations. Les médecins initialement animés par des valeurs professionnelles peuvent adhérer à des valeurs industrielles marchandes par le biais de dispositifs normatifs incitatifs, mais nous faisons l'hypothèse que cela aura pour conséquence un changement de l'orientation comportementale. L'orientation ne sera plus autonome, mais contrôlée. Cela signifie que l'action n'est plus intrinsèquement motivée mais extrinsèquement motivée. *In fine*, si les mécanismes incitatifs parviennent à faire adhérer les médecins à la représentation industrielle de la télémédecine, cela se fera au détriment de la qualité des soins. C'est l'hypothèse principale que nous formulons à la suite de l'analyse de la stratégie incitative de l'échelle de régulation externe.

3.2.2. La motivation, déterminant de l'action du télémédecin

À partir des travaux de Bruno Frey (2000) il est possible de compléter l'hypothèse que nous venons de faire selon laquelle l'adhésion des médecins aux valeurs industrielles marchandes aura pour conséquence un changement de l'orientation comportemental. En effet, les résultats des études menées par Bruno Frey permettent de faire différentes hypothèses sur le rôle de l'intervention publique dans l'évolution des motivations des médecins et des conséquences que cela peut avoir sur leurs actions.

Bruno Frey (1997) est présenté dans la littérature comme le premier économiste à avoir intégré les travaux de la psychologie cognitive dans l'analyse comportementale des agents économiques. Il va principalement revenir sur les effets que peuvent avoir les différentes sources d'incitations externes sur les motivations intrinsèques des individus. Dans les premières pages de son ouvrage qui synthétise ses travaux sur la question de la motivation il écrit : « *Economists do not deny that some people are sometimes induced by inner feelings, or intrinsic motivation, but they do not attach much importance to that factor* » (Frey, 2000, p. 13) et retiendra comme définition de la motivation intrinsèque « *one is said to be intrinsically motivated to perform an activity itself* » (Frey, 2000, p. 13). Il affiche alors

clairement sa prise de distance vis-à-vis des théories orthodoxes. En effet, ses travaux reposent sur plusieurs résultats qui nécessitent de dépasser les principaux postulats de la théorie standard. Les ruptures avec les travaux standards se traduisent par la reconnaissance de différents registres de motivations non additionnels. Il n'est pas possible d'ajouter des motivations afin d'augmenter le capital motivationnel des individus. Il existe cependant un effet disciplinant. Bruno Frey (2001) reconnaît également que la performance dépend de la motivation. Toute intervention externe peut améliorer la performance si l'effet disciplinant est supérieur au *crowding out effect*. À l'inverse la performance diminue si le *crowding out effect* est supérieur à l'effet disciplinant. Les motivations doivent être étudiées dans une logique dynamique. Ainsi, les motivations intrinsèques peuvent donc se dégrader dans le temps et les interventions externes peuvent favoriser cette dégradation.

Encadré 28 – La modélisation du *crowding effect* de Bruno Frey

Bruno Frey a modélisé à plusieurs reprises la théorie du *crowding effect* en référence aux travaux en psychologie cognitive. Nous retiendrons celle de 2000. Dans la forme, cette modélisation s'inscrit dans la présentation traditionnelle d'une relation d'agence. Comme dans les exemples évoqués précédemment l'agent va accomplir une tâche en prenant en considération les bénéfices (B) et les coûts (C). Toujours comme dans les exemples précédents, les bénéfices et les coûts vont dépendre de la performance (P) de l'agent mais également de l'intervention (E) que peut entreprendre le principal.

B = B(P, E)

C = C(P, E)

C'est en cela que l'analyse de Bruno Frey nous intéresse tout particulièrement. Nous cherchons à comprendre de quelle façon les dispositifs de régulation externe peuvent jouer un rôle dans l'évolution des motivations des médecins pratiquant la télémédecine. Dans la présentation de Bruno Frey, l'intervention pourra prendre la forme d'une récompense monétaire mais également des félicitations verbales ou des sanctions. La détermination du niveau optimal d'effort se fait par maximisation du rapport cout/bénéfice. La première grande différence avec la TAD est donc que la décision de l'agent d'agir ou non dépend initialement d'un intérêt de maximisation de gains financiers. Les intérêts non-monétaires à l'action ne sont pas mentionnés. L'intérêt que nous portons aux travaux de Bruno Frey repose alors davantage sur l'analyse de l'intervention extérieure que sur l'origine de l'activité.

B et C augmentent avec la performance :

$$\frac{\partial B}{\partial P} \equiv B_P > O \; et \; \frac{\partial C}{\partial P} \equiv C_P > 0$$

Les bénéfices marginaux sont supposés décroissants ($B_{PP}<0$) et les coûts marginaux sont quant à eux supposés croissants ($C_{PP}>0$), jusqu'ici aucune modification par rapport aux postulats standards n'est donc introduite. Les bénéfices et les coûts sont également influencés par l'intervention externe du principal. L'agent cherche à maximiser son bénéfice net (B-C) en choisissant son niveau d'effort optimal qui revient à déterminer P* en satisfaisant la condition de premier ordre :

$$B_P = C_P$$

Lorsque le principal modifie son intervention (E) il est alors possible de matérialiser l'effet de ce changement dans cette condition d'optimalité :

$$B_{PE} + B_{PP}\frac{dP^*}{dE} = C_{PE} + C_{PP}\frac{dP^*}{dE}$$

Or,

$$\frac{dP^*}{dE} = \frac{B_{PE} - C_{PE}}{C_{PP} - B_{PP}}$$

D'après les conditions posées précédemment $C_{PP} > 0\ et\ B_{PP} < 0$, alors $C_{PP} - B_{PP} > 0$. Le signe de l'équation dépend alors su signe de $B_{PE} - C_{PE}$. Cela permettra alors de déterminer si l'action du principal augmente ou diminue la performance de l'agent. L'apport de Frey que nous retenons se situe précisément à cet endroit.

Nous reprenons deux cas possibles de lien entre l'intervention de la puissance publique et l'évolution des motivations. De ces deux cas ressortent quatre situations possibles correspondant à quatre hypothèses que nous retenons. D'après la théorie de l'agence, toute intervention externe augmente la performance de l'agent, soit en augmentant le coût marginal des comportements déviants, soit en baissant le coût marginal de l'activité : $C_{PE} < 0$ qui correspond à l'effet prix relatif de l'intervention du principal ou à l'effet disciplinant. Le niveau de motivation intrinsèque est par définition une constante dans la théorie standard, l'intervention E n'affecte donc pas le niveau de bénéfice ($B_{PE} = 0$). Le signe de l'équation sera donc positif :

$$\frac{dP^*}{dE} > 0$$

Bruno Frey s'oppose à cette explication, mais conçoit que cette relation puisse être positive dans deux situations. La première lorsque l'intervention externe augmente la motivation intrinsèque. Dans ce cas la performance augmente par l'intermédiaire de l'augmentation du bénéfice marginal ($B_{PE} > 0$). Cet effet *crowding in* est dû au fait que l'effet disciplinant et l'effet motivation sont positivement corrélés. Il est donc possible de concevoir que lorsque la hiérarchie des valeurs des professionnels médicaux n'est pas modifiée par l'intervention publique, cette intervention a des effets bénéfiques sur la performance des médecins. L'intervention extérieure vient consolider la hiérarchie médicale. Il s'agit de la première hypothèse que nous faisons ici. La seconde situation s'observe lorsque l'effet disciplinant ($C_{PE} < 0$) l'emporte sur le *crowding out effect* ($B_{PE} < 0$). Cette situation correspondrait au cas où l'intervention publique dégrade le cadre motivationnel des médecins mais les incitations financières sont tellement élevées que la performance des médecins augmente tout de même. Il s'agit de la deuxième hypothèse. Compte tenu des impératifs d'encadrement de la dépense de santé, elle n'est cependant pas soutenable dans le cas de la télémédecine.

En revanche, Bruno Frey démontre que l'intervention du principal peut détériorer la performance de l'agent dans deux situations. La première s'observe lorsque l'effet disciplinant est inexistant ($C_{PE} = 0$) et que l'intervention dégrade les motivations intrinsèques de l'agent ($B_{PE} < 0$). Ce cas est celui qui se rapproche le plus de la situation de la télémédecine. Il est envisagé ici que la puissance publique intervienne de façon nouvelle dans la régulation de la télémédecine par le biais de normes incitatives à la logique d'action marchande mais il n'existe pas d'effet disciplinant. Il en résulte une non-participation des médecins au projet de télémédecine. Il s'agit de notre troisième hypothèse. La seconde situation intervient quand le *crowding out effet* ($B_{PE} < 0$) l'emporte sur l'effet disciplinant ($B_{PE} < 0$). Ce cas peut être à rapprocher de celui des expérimentations de l'article 36. Lorsque les expérimentations vont débuter, les médecins recevront une incitation financière pour leur participation. Cela signifie qu'ils acceptent de se conformer à la logique d'action marchande en échange de cette forme de rémunération nouvelle. Dans ce cas, il est possible d'envisager que les médecins ne seront pas intrinsèquement motivés. Cela représente notre quatrième hypothèse.

Dans ces deux cas :

$$\frac{dP^*}{dE} < 0$$

Sans remettre en cause les déterminants initiaux de l'action, l'individu est rationnel et recherche de la maximisation de son utilité, le modèle théorique de Frey invalide plusieurs hypothèses de la théorie de l'agence. Selon lui, toute forme d'incitation ne permet pas d'augmenter la performance individuelle. Cela serait possible uniquement quand l'effet disciplinant l'emporte sur le *crowding out effect*.

Dans le modèle présenté par Bruno Frey (2000), l'individu peut, pour différentes raisons, être intrinsèquement motivé à être performant et l'introduction d'incitations à la performance est susceptible de détériorer ou de d'améliorer le cadre motivationnel des individus. L'analyse de la performance n'est pas notre but premier mais nous en retirons des conclusions concernant la logique d'action individuelle. Nous retenons que la qualité des soins est dépendante du niveau de performance comme le suggère Jonathan Sicsic (2014). Bruno Frey (1997) met en évidence les différentes situations dans lesquelles les interventions externes (E) modifient la performance des individus et donc la qualité de la production. Pour cela, il s'appuie sur deux théories. La première est la théorie de l'évaluation cognitive de Edward Deci et Richard Ryan (1985) que nous avons déjà présentée et la seconde est la théorie des caractéristiques de l'emploi de Richard Hackman et Greg Oldham (1975, 1976) que nous présenterons de façon détaillée dans le chapitre suivant. En amont de la présentation des différents types d'intervention (E) et de leurs conséquences sur la motivation, Frey présente les conditions sous lesquelles un individu est intrinsèquement motivé, ce qui signifie les situations pour lesquelles il est donc intrinsèquement performant, pour lesquelles il réalise une production de qualité.

Pour cela il reprend les travaux de Richard Hackman et Greg Oldham (1975, 1976). Ces auteurs ont élaboré un modèle qui permet d'analyser les caractéristiques d'un emploi qui sont susceptibles de jouer un rôle sur la motivation intrinsèque de l'individu. Ils y présentent les motivations à l'action et non les motivations à la performance ce qui introduit une différence entre les résultats de ces auteurs et ceux de Bruno Frey et permet de valider l'hypothèse de la relation entre le cadre motivationnel et la qualité de la production (Sicsic, 2014). Ils ont alors identifié cinq caractéristiques : la variété des compétences, l'identité de la tâche, la valeur de la tâche, l'autonomie dans le travail et les *feedbacks* informationnels. Chacune de ces caractéristiques entraine des états psychologiques propres. Ainsi la variété des compétences, l'identité de la tâche et la valeur de la tâche vont déterminer l'intérêt qu'éprouve l'individu pour son travail. L'autonomie dans la tâche va quant à elle définir le sentiment de responsabilité que l'individu ressent quant au résultat de la tâche. Enfin, les *feedbacks* informationnels vont déterminer si l'individu connaît et comprend les résultats de la tâche qu'il a effectué. Plus les caractéristiques du travail vont être connotées positivement, plus les résultats sur les conditions psychologiques vont être bénéfiques sur les motivations internes et donc intrinsèques de l'individu. De la même façon que Bruno Frey analyse le lien entre la motivation et la performance, il est possible d'en déduire que ces effets vont avoir une influence sur la qualité des soins, indépendamment de toute forme d'incitation externe.

Dans cette perspective, Jonathan Sicsic (2014) met en évidence que la représentation qu'ont les travailleurs de l'intervention externe est davantage importante que l'intervention en elle-même. Par ailleurs, Bruno Frey et Stutzer Alois (2002) montrent que les interventions de type monétaire détériorent la motivation de l'individu quand elles impliquent une corrélation entre montant de la récompense et performance de l'individu. Dans ce cas, plus la récompense est corrélée à la performance de l'individu plus le point de causalité se déplace des motivations intrinsèques vers les motivations extrinsèques. Il est de nouveau possible de faire la même hypothèse pour la qualité des soins dans le cadre de la télémédecine. En outre, en se basant sur les travaux de Masahiko Aoki (1990) concernant les comparaisons entre les firmes japonaises et les firmes américaines, Bruno Frey et Stutzer Alois (2002) montrent que plus les décisions suivent une ligne hiérarchique formelle plus les motivations autonomes disparaissent. Cette idée est largement mobilisée dans la littérature depuis les années 1980 (Aoki, 1984 ; Aoki, 1988 ; Benabou et Tirole, 2003 ; Gibbons, 2003 ; Ichniowski, et al., 1997).

Pour résumer les résultats de ces différents travaux, toute forme d'intervention aura un effet qui dépendra de l'interprétation qu'en font les individus. Néanmoins, les récompenses symboliques telles que les médailles, les félicitations, les honneurs, seront supposées influencer positivement les motivations intrinsèques (*crowding in effect*) alors que les récompenses monétaires tendront à influencer négativement les motivations intrinsèques (*crowding out effect*). Il convient d'adapter et de tester ces hypothèses au sein d'une analyse empirique des motivations des médecins et de leur perception de l'intervention publique dans le déploiement de la télémédecine.

Encadré 29 – Nos hypothèses de travail sur la motivation médicale

Hypothèse 1 : Les incitations monétaires mises en œuvre dans le cadre de la stratégie de déploiement de la télémédecine peuvent nuire aux motivations autonomes des médecins.

Hypothèse 2 : Le niveau de motivations autonomes dépend des caractéristiques du travail des médecins.

Hypothèse 3 : Les normes nouvelles de la télémédecine peuvent dégrader les motivations autonomes des médecins.

Conclusion

L'échec du premier cahier des charges des expérimentations de déploiement de la télémédecine marque la reconnaissance par le comité de pilotage d'un conflit de représentation de la pratique entre les échelles de régulation externe et interne. Ce conflit de représentation se matérialise par un refus des médecins utilisateurs de la télémédecine de se plier aux règles de coordination de l'échelle de régulation externe, tant au niveau régional que national, comme le montre le très faible taux de contractualisation avec les ARS.

Les institutions en charge du déploiement de la télémédecine souhaitent résoudre ce conflit de représentation en introduisant des mécanismes incitatifs à la pratique dans le nouveau cahier des charges de l'application de l'article 36. De façon schématique, la lecture faite par la puissance publique du faible déploiement de la télémédecine est la suivante : les médecins ne sont pas suffisamment incités à suivre le modèle organisationnel et normatif proposé par la politique de télémédecine. La conclusion logique à la suite de ce raisonnement est que la mise en œuvre de dispositifs incitatifs devrait permettre de rendre attrayante la pratique de la télémédecine, tout en permettant de poursuivre la logique de modernisation de l'organisation des soins et donc de suivre la trajectoire initiale du *New public management* à la française, celle du *Gros embouteillage institutionnel*.

Toutefois, nous avons mis en évidence dans ce chapitre que les incitations peuvent entraîner des effets contreproductifs dans le *process* de production des soins (Frey, 2000 ; Sicsic, 2014). Or, ces effets ne sont pas pris en compte par les travaux inspirant la puissance publique (Benabou et Tirole, 2003 ; Bénabou et Tirole, 2006). Nous avons, dans ce chapitre, pris au sérieux le résultat de Frey. C'est pourquoi nous avons mobilisé le cadre analytique de la psychologie cognitive (Fenouillet, 2012) et de l'Économie des conventions (Batifoulier et Biencourt, 2005). Nous avons ainsi défini les motivations professionnelles et le rôle qu'elles occupent dans la détermination de l'action des individus. Cela nous a permis de pointer les interrelations entre le type de motivations professionnelles et la qualité de la production. Si l'approche standard a bien tenté d'intégrer la notion de motivation à son cadre analytique, elle propose une interprétation très éloignée de celle de la psychologie cognitive que nous avons retenue. En effet, les approches en termes de psychologie cognitive considèrent que la motivation fait référence à la spontanéité de l'action alors que la théorie de l'agence y voit un indicateur de désutilité à l'effort. Dès lors, les institutions en charge du déploiement de la télémédecine, dans la mesure où elles s'appuient sur des travaux fondés sur la théorie de l'agence, ne peuvent pas analyser l'ensemble des raisons du faible développement de la

télémédecine ni même les risques encourus avec l'introduction de mécanismes incitatifs prônés par une approche ne tenant compte que d'une réalité trop simplifiée.

L'analyse de la prise en compte de la motivation par les théories standard nous a, en effet, permis de comprendre la façon dont la puissance publique interprète le conflit de représentation entre les acteurs de la télémédecine. Nous pouvons alors expliquer l'absence de déploiement induit par la politique de télémédecine et en identifier des risques à long terme, ces risques allant de l'absence de développement de la pratique à la dégradation de la qualité des soins. En effet, les travaux conventionnalistes nous enseignent que le jugement fait par les médecins sur les règles qui entourent la pratique médicale peut entraîner un effet d'éviction des motivations professionnelles aboutissant *in fine* à une dégradation de la qualité moyenne de la production de soins (Batifoulier et Biencourt, 2005 ; Da Silva, 2014 ; Videau, et al., 2010). S'il ne nous est pas permis de tester cet effet d'éviction dans le cas de la télémédecine, les expérimentations n'ayant pas débuté, nous pouvons toutefois chercher à dégager des enseignements pour la télémédecine en caractérisant le cadre motivationnel des médecins utilisateurs de la télémédecine. L'objectif du chapitre suivant est alors de caractériser les logiques d'action des télémédecins. Nous chercherons en particulier à savoir si les télémédecins peuvent être considérés comme des agents économiques opportunistes, sur lesquels les mécanismes incitatifs pourraient avoir un effet positif ou, au contraire, s'ils sont davantage caractérisés par des logiques d'action altruistes, auquel cas, les mesures prises par les institutions en charge du déploiement de la pratique pourraient s'avérer contre-productives.

Chapitre 7
De la caractérisation des motivations à l'efficacité des politiques publiques, étude de cas appliquée à la télémédecine

Introduction

Dans le chapitre 6, nous avons présenté les solutions proposées par les institutions en charge du déploiement de la télémédecine pour dépasser les conflits entre les échelles de régulation de l'activité. Ces solutions passent alors par l'instauration de mécanismes incitatifs et un renforcement du contrôle de l'activité télémédicale. De façon plus générale, la politique de télémédecine se caractérise par une standardisation et une évaluation continue des pratiques. Cela reflète alors les postulats que font les institutions de la régulation externe sur le comportement des médecins. Ces derniers sont représentés comme des agents opportunistes et maximisateurs d'une utilité individuelle qui ne tiennent pas compte du bien-être collectif.

Nous avons montré jusqu'à présent que les dispositifs mis en œuvre pour développer la télémédecine étaient inefficaces puisque la pratique se développe en dehors du cadre des expérimentations de l'article 36. Dès lors, nous avons mis en évidence que la stratégie nationale du déploiement de la télémédecine ne serait pas la solution au faible développement de la pratique mais pourrait en être la cause. Pour appuyer cette idée, nous avons mobilisé différents travaux issus de la psychologie cognitive (Deci, 1975 ; Deci et Ryan, 2002) et de l'économie (Frey, 2000 ; Videau, et al., 2010) concernant l'étude du comportement et des motivations des médecins.

L'objectif de ce chapitre est à présent de montrer de quelle façon ces dispositifs mis en œuvre en faveur du déploiement de la télémédecine peuvent également, à terme, nuire aux motivations professionnelles des médecins et *in fine* entraîner une dégradation de la qualité des soins télémédicaux. Nous cherchons à analyser, à partir de données empiriques, les conséquences de l'introduction du *New public management à la française* dans la régulation sectorielle de la télémédecine. En effet, l'hypothèse que nous formulons dans ce chapitre est que, si la trajectoire de l'action publique en faveur de la télémédecine permet de satisfaire les critères de performance affichés par l'échelle de régulation externe de la télémédecine, elle semble néanmoins avoir des effets néfastes sur la motivation des professionnels de santé, ce qui pourrait aboutir à la dégradation de la situation initiale.

Afin de tester cette hypothèse, et compte tenu de la faiblesse des informations empiriques disponibles, nous avons réalisé une enquête auprès de médecins libéraux de Champagne-Ardenne et d'Île-de-France en vue de recueillir des données concernant d'une part leur représentation du déploiement de la télémédecine et d'autre part leur cadre motivationnel. Dès lors, les résultats de cette enquête doivent permettre : (i) d'éclairer l'intérêt que les médecins portent à la pratique dans sa configuration actuelle, (ii) d'établir un profil type des médecins potentiellement utilisateurs de la télémédecine et (iii) de caractériser leurs motivations professionnelles et les effets que la politique de télémédecine peut avoir sur ce cadre motivationnel.

Nous revenons dans un premier temps sur la construction de l'enquête, les objectifs qui lui sont attribués et la présentation de l'échantillon de la population médicale concernée (1). Ensuite, nous présentons les résultats de cette enquête et apportons des éléments de réponses à l'hypothèse que nous venons de formuler au sujet du lien entre la politique de télémédecine et l'évolution des motivations des médecins libéraux (2).

1. Méthodologie de construction de l'enquête[130] télémédecine et présentation de l'échantillon

Nous revenons dans cette première section sur la présentation détaillée des objectifs et des finalités du questionnaire et sur les modalités de caractérisation de la motivation professionnelle (1.1). Nous présentons ensuite les différentes étapes de la construction de l'enquête et les supports théoriques sur lesquels elle repose (1.2). Enfin, nous détaillons les modalités d'administration et présentons l'échantillon de médecins interrogés (1.3).

1.1. Les objectifs du questionnaire, les caractérisations de la motivation

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, trois grands objectifs sont attribués à l'enquête que nous avons réalisée : (i) mettre en évidence les attentes des professionnels médicaux et l'intérêt qu'ils portent à la forme actuelle de la pratique, (ii) établir le profil type des médecins potentiellement utilisateurs de la télémédecine et (iii) caractériser leurs motivations.

[130] L'intégralité du questionnaire est disponible en Annexe 1.

En effet, les résultats de l'enquête doivent, en premier lieu, apporter des éléments de compréhension quant à la connaissance que les médecins ont de la stratégie nationale de déploiement de télémédecine. Il s'agit avant tout de savoir comment les médecins se positionnent par rapport à la forme actuelle de la télémédecine et de connaître le rôle qu'ils souhaitent occuper dans un système de santé qui utilise cette pratique. Il est question d'évaluer les conditions sous lesquelles les médecins sont prêts à s'engager (ou non) dans la télémédecine. Ils sont également amenés à se positionner dans ce questionnaire sur la forme de la pratique qui leur conviendrait le mieux (réseau ville/hôpital, rôles des autres professionnels de santé et paramédicaux).

En second lieu, comme pour les différentes études que nous avons pointées dans le chapitre précédent, nous analysons si les caractéristiques sociodémographiques et les conditions activité sont un moyen de distinguer les médecins entre eux. Nous cherchons à établir des profils types des médecins utilisateurs et non utilisateurs de la télémédecine. Si les caractéristiques sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, la situation familiale, la spécialité ou encore la taille de l'agglomération dans laquelle exerce le médecin permettent à elles seules d'établir un profil type, alors on peut considérer que la pratique de la télémédecine est liée à des raisons exogènes à la politique de télémédecine.

En revanche, si ce sont les caractéristiques propres à la forme de la pratique qui permettent majoritairement de définir le profil type des médecins potentiellement utilisateurs, alors, les modalités organisationnelles proposées par les institutions en charge du déploiement peuvent influencer le niveau d'utilisation. Dans ce cas, l'utilisation de la télémédecine dépend de la politique qui lui est associée.

Enfin, l'enquête a pour but d'apporter des éléments de réponses aux questions soulevées dans le chapitre précédent en termes de caractérisation des motivations des médecins libéraux dans le cadre de leur activité. Il est nécessaire de connaître la perception qu'ont initialement les médecins de leur activité, à quelles formes de motivations ils peuvent être sensibles et de quelle façon ils perçoivent les incitations. L'objectif étant de définir les motivations auxquelles sont sujets les médecins interrogés.

Dès lors, il est nécessaire de caractériser les facettes de leur activité auxquelles les médecins portent le plus d'importance (autonomie, pratiquer une activité à haute responsabilité, contenu des tâches, rémunération). Cette caractérisation permet d'évaluer

l'articulation des motivations des médecins libéraux avec les différents types de stratégies qui peuvent être mis en place par la régulation externe de la télémédecine. *In fine,* l'enquête doit permettre de déterminer si les modalités de régulation du déploiement de la télémédecine peuvent être à l'origine d'une dégradation du cadre motivationnel à même d'expliquer le faible déploiement de la télémédecine.

1.2. Les étapes de la construction de l'enquête : méthodologie et supports théoriques

La construction de l'enquête télémédecine est le résultat d'un travail collaboratif pluri-institutionnel et interrégional dont nous avons eu la charge du pilotage. Il est d'ailleurs plus précis de parler d'enquête télémédecine/domomédecine[131]. En effet, si nous exploitons dans cette thèse davantage les résultats apportés par le questionnaire pour la télémédecine, l'enquête couvre les deux champs. Cela s'explique par le fait que l'enquête a en partie été financée par des partenaires impliqués dans le déploiement de la domomédecine en Champagne-Ardenne. Il s'agit de la première enquête de cette ampleur réalisée en France au sujet de la télémédecine. Nous revenons dans un premier temps sur son originalité (1.2.1). Nous détaillons ensuite partie par partie les supports théoriques de l'enquête afin de mettre en évidence sa validité scientifique (1.2.2).

1.2.1. L'originalité de l'enquête télémédecine

Les recherches sur la télémédecine étant à leur commencement, il n'existe pas en France de questionnaire équivalent au nôtre en termes de population étudiée et d'ampleur des sujets évoqués. Il n'existe que deux types de questionnaires portant sur la télémédecine. Les premiers sont des questionnaires qui portent sur des projets existants, donc destinés à des médecins qui connaissent et pratiquent déjà la télémédecine (Gagnon, et al., 2007). Ces questionnaires, la plupart du temps à l'initiative des porteurs de projet ou des industriels financeurs, n'ont pas une portée très importante dans la mesure où ils ne s'intéressent qu'à un

[131] La définition de la domomédecine a été donnée en 2008 par l'Académie des technologies. Elle se définit comme « l'ensemble des actes et des soins, parfois complexes, dispensés au domicile du patient ou durant ses activités socioprofessionnelles, s'appuyant sur des technologies modernes. Elle vise à privilégier le maintien à domicile ou en activité et à stimuler le progrès médical ». La domomédecine concerne donc les actes médicaux réalisés à distance entre un établissement de santé et le lieu de vie du patient (le lieu de vie peut être un espace médicalisé ex : EHPAD). Elle ne concerne donc pas tous les actes de télémédecine puisque sont exclus ceux réalisés entre deux professionnels de santé n'impliquant pas la présence du patient ou lorsque le patient se trouve dans un établissement de santé dans lequel il ne réside pas. En dehors de la Champagne-Ardenne le terme domomédecine est peu utilisé puisqu'il ne revêt pas de caractère juridique.

seul projet et où ils ont des objectifs trop précis pour prétendre à la généralité (Fortin, et al., 2003). Au contraire, notre questionnaire s'adresse à l'ensemble des médecins libéraux, qu'ils soient informés ou non de la pratique de la télémédecine.

Les seconds sont des questionnaires hospitaliers qui s'adressent à tous les chefs de service de l'hôpital concerné (Martin et Rivoiron, 2012b). Cela permet de comparer les réponses des services avec ou sans télémédecine. Ces questionnaires sont très courts (rarement plus d'une dizaine de questions) et ciblés sur des critères de performance et non sur l'ensemble du système et son environnement institutionnel. Pour ces raisons, aucun questionnaire existant ne peut servir pleinement de support pour tester nos hypothèses.

La construction de cette enquête nouvelle a été réalisée à l'initiative des membres des laboratoires de recherche REGARDS et EconomiX[132] et avec le soutien du groupe de travail « Implication des professionnels de santé » animé par l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux (URPS ML) de Champagne-Ardenne et l'agence CARINNA[133] (devenue ID Champagne-Ardenne depuis décembre 2014). La force de ce questionnaire est donc d'avoir été réalisé de façon conjointe par des acteurs de la recherche et des acteurs du système de santé. Sa construction a eu lieu entre les mois de février et octobre 2013. L'agence CARINNA a pris en charge le financement de l'envoi postal des questionnaires et l'Université de Reims Champagne-Ardenne le financement de leur impression. La condition imposée par l'agence CARINNA pour participer au financement du projet était la validation du questionnaire par les médecins membres du bureau de l'URPS ML de Champagne-Ardenne. Cette validation a été organisée en deux phases de test qui ont eu lieu entre le 15 septembre 2013 et le 15 octobre 2013.

Ces partenariats ont été d'un grand soutien dans la réalisation de l'enquête, mais ont également conditionné la forme et les modalités de sa réalisation. En effet, les différentes institutions partenaires ont souhaité que la question du positionnement des médecins par rapport à la politique de déploiement de la télémédecine ne soit pas abordée de façon directe La taille du questionnaire (ne pas dépasser 20 minutes pour le remplir) et les modalités de réponses (5 modalités au lieu de 7) ont également été conditionnées par les partenaires institutionnels.

[132] Nous tenons à remercier de nouveau Nicolas Da Silva pour son aide précieuse.

[133] L'agence de recherche pour l'innovation en Champagne-Ardenne (CARINNA) a pour mission de fédérer les acteurs scientifiques, industriels, et collectivités de la région Champagne-Ardenne. L'agence a été créée en 2007 par le souhait du Conseil régional de coordonner l'ingénierie et d'aider l'innovation sur le territoire de Champagne-Ardenne. Au sein de l'agence, le département santé/biomédical soutien les initiatives de domomédecine (maintien au domicile des personnes malades et fragiles). C'est dans cette logique que l'agence a été partenaire de la réalisation de l'enquête télémédecine.

1.2.2. Les supports théoriques de la construction du questionnaire

Le questionnaire est organisé en trois parties. Pour chaque partie, l'objectif est de construire des variables compatibles en termes de comparaisons avec les travaux réalisés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. La première partie cherche à déterminer ce que les médecins savent et pensent de la télémédecine. La méthodologie utilisée dans la construction de cette partie s'inspire largement des travaux réalisés par Marie-Pierre Gagnon (2003), et du questionnaire réalisé par la fondation de l'Avenir en 2013 « *Les français sont-ils prêts pour la télémédecine* ? ».

Elle s'organise autour de trois grands thèmes : « Connaissance de la télémédecine », « Avis sur la pertinence générale de la télémédecine », « Attrait personnel pour la télémédecine ». Cette partie s'intéresse également aux conditions matérielles et humaines rendant envisageable la pratique de la télémédecine pour les médecins libéraux. Ces aspects sont déclinés en trois thématiques « Ressources humaines et parties prenantes », « Mode et niveau de rémunération », « Financement ».

À partir de ces premières questions, il s'agit de déterminer ce que savent et ce que pensent les médecins libéraux de la télémédecine et de connaître dans quelle mesure ils seraient prêts ou non à s'engager dans un projet de télémédecine. Cette partie recense également les questions qui mettent en évidence les éléments qui favoriseraient/défavoriseraient l'adhésion des médecins à un projet de télémédecine (que ce soit en termes d'organisation de la pratique, d'implication d'acteurs institutionnels variés, technologiques, déontologiques, éthiques, financiers).

La deuxième partie de l'enquête a pour objectif de questionner les motivations des médecins. Dans ce cadre, la méthodologie que nous suivons est très largement inspirée par celle de Virginie Forest (2008). Elle a pour objectif de déterminer le registre des motivations des médecins libéraux dans le cadre de leur exercice actuel, le but étant de déterminer s'il existe une corrélation entre les motivations dans le cadre actuel de la pratique et les caractéristiques de l'emploi occupé par le médecin. L'idée défendue est que la motivation autonome (dont la forme la plus autonome est la motivation intrinsèque) est en partie conditionnée par les caractéristiques du travail (*Cf.* chapitre précédent p. 376). Autrement dit, les conditions de travail et leur environnement institutionnel influencent le registre de

motivation des médecins. Dès lors, il nous semble que connaître les caractéristiques sociodémographiques et d'exercice du médecin n'est pas suffisant pour expliquer leurs motivations. Il faut une indication des perceptions qu'ils ont de leur travail (contenu et contexte) (Cf. chapitre précédent p. 377).

Cette deuxième partie du questionnaire est construite autour de deux instruments de mesure : l'*Inventaire des motivations au travail* de Marc Blais, et al. (1993) et le *Job diagnostic survey* de Richard Hackman et Greg Oldham (1975). Nous nous appuyons sur la reproduction qu'en a faite Virginie Forest (2008) pour les praticiens hospitaliers et l'adaptons au cas de la médecine libérale. Les questions de l'*Inventaire des motivations au travail* de Marc Blais et al. (1993) reposent sur les travaux d'Edward Deci et Richard Ryan (1985) que nous avons présenté dans le chapitre précédent (*Cf.* p. 379). L'*Inventaire des motivations au travail* permet de déterminer le niveau d'autodétermination de la motivation au travail de chaque individu par le biais de la construction d'un d'index de motivation. Richard Hackman et Greg Oldham (1975) proposent, quant à eux, un *Modèle de Caractéristiques du Travail* dont l'objectif est de tester le lien entre le contenu et le contexte de travail. Nous reprenons dans notre enquête les questions du *Job diagnostic survey* qui correspondent aux recherches de Marylène Gagné et Edward Deci (2005)[134]. Nous détaillons dans l'encadré ci-dessous la façon dont ces différents travaux servent de support à la construction des *items*.

[134] Le modèle de Gagné et Deci (2005) est l'application de la TAD (que nous avons présenté dans le chapitre précédant) au monde du travail. En effet, l'une des critiques les plus courantes faite à la TAD est de dire qu'elle ne s'applique que dans le contexte éducatif. Avec ce modèle théorique, il est désormais possible de tester empiriquement la TAD au contexte de travail.

Encadré 30 – L'interprétation des questions de la partie 2 de l'enquête télémédecine

Les *items* de la question 2 de la deuxième partie du questionnaire sont les suivants :

2) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Totalement en désaccord
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1 Je dispose d'une grande autonomie dans la réalisation de mon travail	☐	☐	☐	☐	☐
2 Mon travail requiert de ma part des compétences nombreuses et complexes	☐	☐	☐	☐	☐
3 Mon travail fait souvent appel à mon initiative et à mon jugement personnel	☐	☐	☐	☐	☐
4 Actuellement, j'ai le sentiment de m'accomplir dans mon travail	☐	☐	☐	☐	☐
5 J'éprouve beaucoup de plaisir à exercer mon métier	☐	☐	☐	☐	☐
6 J'éprouve beaucoup de plaisir à apprendre de nouvelles choses dans mon métier	☐	☐	☐	☐	☐
7 J'éprouve de la satisfaction lorsque je relève des défis intéressants	☐	☐	☐	☐	☐
8 Je tiens réellement à être compétent(e) dans mon travail, et dans le cas contraire je serais déçu(e)	☐	☐	☐	☐	☐
9 J'éprouve du plaisir à approfondir mes connaissances sur de nombreux aspects relatifs à mon travail	☐	☐	☐	☐	☐
10 Je tiens énormément à réussir ma carrière professionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
11 Le cadre règlementaire de mon exercice libéral me permet de réussir ma carrière professionnelle comme je le souhaite	☐	☐	☐	☐	☐
12 La zone géographique dans laquelle j'exerce mon métier me permet de réussir mon activité professionnelle comme je le souhaite	☐	☐	☐	☐	☐
13 Les relations que j'entretiens avec mes pairs me permettent de réussir mon activité professionnelle comme je le souhaite	☐	☐	☐	☐	☐
14 J'exerce ce métier car c'est celui que je préfère pour m'assurer un bon niveau de vie	☐	☐	☐	☐	☐
15 La rémunération associée à mon exercice professionnel me permet de vivre convenablement	☐	☐	☐	☐	☐
16 Mon niveau de vie et ma rémunération sont déterminants dans ma satisfaction professionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
17 Ma réussite familiale est déterminante dans ma satisfaction professionnelle	☐	☐	☐	☐	☐

Les *items* 1, 2 et 3 font référence aux questions du *Job diagnostic survey*. L'*item* 1 renvoie à l'autonomie, le 2 à l'identité de la tâche et le 3 à la variété des compétences.

Les *items* 4 à 17 renvoient aux questions de l'*Inventaire des motivations au travail*. Toutefois, nous ne les mobilisons pas tous dans notre analyse pour mesurer les motivations des médecins. D'une part, parce que la reformulation de certaines questions s'éloigne trop du modèle initial et d'autre part, car certains types de motivations seraient sur-représentés comparativement à d'autres, créant un déséquilibre en termes de nombre d'*items* par type de motivation.

Les items que nous utilisons peuvent être répertoriés comme suit :

	Type de motivations	Numéros *items*
Motivations contrôlées	Extrinsèque	14 – 16
	Introjectée	12 – 13
Motivations autonomes	Motivation intrinsèque à la connaissance	6 –7 – 9
	Motivation intrinsèque à l'accomplissement	4 – 5

La troisième partie du questionnaire s'inspire des travaux réalisés par Yann Videau, et al. (2007) et s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques des médecins ainsi qu'à leur mode d'exercice (urbain/rural, cabinet individuel/de groupe, pratique tarifaire, etc). Le croisement des réponses de la première partie avec celle de la troisième partie nous permettra d'établir un profil type du médecin utilisateur de la télémédecine en termes de caractéristiques sociodémographiques et de pratique.

1.3. Administration du questionnaire et présentation de l'échantillon : qui sont les médecins de l'enquête télémédecine ?

Nous présentons dans un premier temps les modalités d'administration du questionnaire (1.3.1), puis nous analysons l'échantillon de la population afin de savoir qui sont les médecins interrogés et quelles sont leurs aptitudes à la télémédecine (1.3.2).

1.3.1. Présentation de la population cible et de la collecte de données

Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des médecins libéraux (généralistes et spécialistes, secteurs 1, 2 et non conventionnés) des quatre départements (Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne) de la Champagne-Ardenne et des départements des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne[135]. 6054 questionnaires ont été envoyés par courrier postal[136].

Parmi les 6054 questionnaires envoyés, 53 n'ont pas pu être adressés à leur destinataire. 6001 médecins ont donc reçu le questionnaire transmis le 28 octobre 2013. Les médecins ont eu à leur disposition deux modalités pour y répondre : soit par envoi postal *via* une enveloppe T ; soit directement sur internet à l'adresse indiquée dans le courrier et créée spécialement pour l'enquête[137]. La date limite pour les retours a été fixée au 31 décembre 2013 (date limite de validité des enveloppes T financées par CARINNA). Au 31 décembre 2013, 274 questionnaires ont été retournés.

[135] Le choix des territoires a été conditionné par les zones dans lesquelles les projets des partenaires institutionnels de l'enquête sont déployés. Toutefois, la diversité de ces territoires en termes de démographie médicale, de caractéristiques de la patientèle et de la couverture internet permet une représentation satisfaisante des caractéristiques sociodémographiques médicales.

[136] Le choix de l'envoi postal et non par email a été fait afin d'éviter un certain nombre de biais liés au profil des répondants d'enquêtes en ligne, particulièrement préjudiciables dans le cadre d'une enquête qui porte sur la télémédecine et donc sur l'utilisation entre autres des nouvelles technologies. Bien qu'il soit possible de répondre en ligne, les médecins peu familiers des technologies numériques ont eu la possibilité de répondre par courrier.

[137] Le site est toujours actif à l'adresse : https://sites.google.com/site/questionnairedomomedecine/. En plus du questionnaire différentes informations et liens sur la télémédecine et la domomédecine sont disponibles sur le site.

Une première phase de relance téléphonique a débuté le 6 janvier 2014. Au cours de cette relance téléphonique, les 6054 médecins concernés par l'enquête ont été appelés. Il a été demandé aux médecins relancés de donner leur adresse email pour leur envoyer le questionnaire en version électronique. Cette relance a pris fin le 31 janvier 2014. À la suite de cette première relance, 93 réponses supplémentaires ont été collectées. Une seconde phase de relance, par envoi d'emails a eu lieu le 12 février 2014. Tous les médecins qui ont donné leur adresse email au cours de la première phase de relance ont reçu un message électronique à cette date. Cette phase de relance a été clôturée le 28 février 2014 et a permis d'obtenir 30 réponses supplémentaires. Au total, 397[138] questionnaires ont été renseignés, soit un taux de retour de 6,62 %. Ce questionnaire étant particulièrement long et les médecins n'ayant reçu aucune compensation financière pour participer à l'enquête, nous pouvons conclure que le taux de retour est satisfaisant[139].

La préparation de la base de données a ensuite permis de constater que 12 individus avaient complété moins de 80 % du questionnaire. Ils ont été supprimés de la base de données. Le traitement statistique a donc été réalisé sur 385 individus et 150 variables.

1.3.2. Présentation de l'échantillon : les caractéristiques générales de la population étudiée

Les caractéristiques générales de la population étudiées sont déclinées en trois sous-ensembles : les caractéristiques sociodémographiques (2.1.1.1), les habitudes de pratique (2.1.1.2) et les prérequis à la pratique de la télémédecine (2.1.1.3).

[138] Ce chiffre correspond au nombre de questionnaires exploitables. Par exploitables nous entendons non raturés et conformes au document initialement envoyé. Une vingtaine d'enveloppes T (22 au total) a été retourné sans contenir le questionnaire initialement envoyé ou celui-ci a été renvoyé sans être complété. Dans la majorité des cas, d'autres documents que les médecins souhaitaient nous faire connaître ont été substitués au questionnaire. Ces documents n'ont pas été conservés dans le cadre de notre analyse.

[139] Janine Bachimont et *al*. (2006) mettent en évidence que les enquêtes auprès des médecins libéraux se caractérisent par un taux de retour très faible. Ils précisent que « *les enquêtes par voie postale avec autoquestionnaire auprès d'un échantillon de médecins (...) ne permettent pas d'espérer des taux de réponse supérieurs à 5 %* » (p. 85). Les auteurs mettent en évidence différentes raisons qui expliquent le fait que les médecins sont très peu réceptifs à ce genre d'enquête : en premier lieu, ils estiment que les statistiques ne permettent pas de rendre compte de leur activité ; ils sont également fréquemment sollicités pour répondre à des enquêtes rémunérées ; enfin, ils craignent le non-respect de l'anonymat.

1.3.2.1. Les caractéristiques sociodémographiques des répondants

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes caractéristiques sociodémographiques des répondants en distinguant les données brutes de l'échantillon et les données redressées[140]. Les données brutes correspondent aux réponses telles qu'elles ont été collectées dans l'enquête. Les données redressées correspondent aux résultats après pondération des individus (*Cf.* annexe 2 pour la méthodologie). La pondération représente le poids qui a été associé à chaque individu en fonction de sa représentativité dans la population étudiée. Analyser les données pondérées permet de réaliser des tests dont les résultats sont davantage statistiquement représentatifs de la population totale étudiée que ceux réalisés sur la population brute des répondants. Toutes les analyses réalisées par la suite sont effectuées sur la base de données redressées. Cela signifie qu'elles sont statistiquement représentatives de la population des départements étudiés en termes de spécialité et de genre. Toutefois, ces résultats ne peuvent pas être considérés comme pleinement représentatifs de la population médicale nationale.

[140] Toute étude statistique réalisée à partir d'un échantillon ne représente qu'imparfaitement la population étudiée. Toutefois, afin de réaliser une analyse ayant le moins de biais statistiques possible nous avons procédé à un redressement de notre base de données. Les différentes étapes de la préparation de notre base de données, y compris le redressement, sont présentées en annexe 2.

Tableau 22 – Caractéristiques sociodémographiques des médecins de l'enquête télémédecine

Caractéristiques	Nombre d'individus	Pourcentage échantillon brut	Pourcentage échantillon redressé
Sexe			
Homme	241	62,6 %	55,8 %
Femme	144	37,4 %	44,2 %
Classe d'âge			
- de 40 ans	28	7,3 %	7,8 %
De 40 à 60 ans	259	67,3 %	66,5 %
+ de 60 ans	98	25,4 %	25,7 %
Spécialité			
Généraliste	234	60,8 %	49,6 %
Autre spécialité	151	39,2 %	50,4 %
Département			
Ardennes	31	8,1 %	4,7 %
Aube	32	8,3 %	6,0 %
Marne	85	22,0 %	14,3 %
Haute-Marne	31	8,1 %	5,2 %
Hauts-de-Seine	108	28,0 %	37,1 %
Val-de-Marne	98	25,5 %	32,7 %
Zone urbaine			
- 10 000 habitants	79	20,5 %	13, 0 %
Entre 10 000 et 100 000 habitants	204	53,0 %	58,0 %
+ 100 000 habitants	102	26,5 %	29,0 %
Lieu d'exercice			
Cabinet individuel	187	48,6 %	49,3 %
Autre lieu d'exercice	198	51,4 %	50,7 %
Mode d'exercice			
Libéral uniquement	276	71,7 %	67,8 %
Mixte	109	28,3 %	32,2 %

Les différences entre les résultats bruts et les résultats pondérés peuvent être éclairés par plusieurs pistes explicatives. Nous remarquons en premier lieu que les différences les plus élevées entre l'échantillon brut et l'échantillon redressé se situent sur les taux de réponses par département. Les médecins des départements les plus ruraux (Ardennes, Aube et Haute-Marne) sont surreprésentés dans l'échantillon brut comparativement à l'échantillon redressé. Il est donc possible de supposer que les médecins des zones rurales sont davantage intéressés que les médecins des zones urbaines par les pratiques de la télémédecine. Cette idée est renforcée par la surreprésentation des médecins exerçants dans des zones rurales de moins de 10 000 habitants.

Le questionnaire ayant reçu l'appui de l'URPS ML de Champagne-Ardenne, cela peut également avoir incité davantage les médecins de ces départements à répondre à l'enquête. Nous réaliserons des tests statistiques dans la suite de ce chapitre afin d'éclairer ce point.

Parmi les résultats bruts de l'enquête, les médecins généralistes sont également surreprésentés comparativement aux autres spécialités, tout comme les hommes

comparativement aux femmes. Nous chercherons également par la suite s'il existe un intérêt plus grand pour la télémédecine selon ces caractéristiques. Enfin, il n'apparait pas de différence importante entre les données brutes et les données redressées en ce qui concerne l'âge, le lieu et le mode d'exercice des médecins des territoires étudiés. Le tableau ci-dessous permet une meilleure visualisation de la répartition des spécialités médicales dans la population étudiée comparativement à la population nationale.

Tableau 23 - La répartition des spécialités dans l'échantillon hors médecine générale

Spécialités médicales et chirurgicales	Effectif de notre échantillon	Effectif national*
Anesthésie réanimation	1,9 %	4,5 %
Cardiologie et maladies vasculaires	4,6 %	2,7 %
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	0,5 %	0,5 %
Dermatologie et vénérologie	7,3 %	16,0 %
Endocrinologie et métabolisme	1,1 %	0,8 %
Gastro-entérologie et hépatologie	2,2 %	1,5 %
Gynécologie	5,0 %	3,1 %
Médecine physique et de la réadaptation	0,7 %	0,8 %
Neurologie	1,3 %	1,0 %
ORL	1,5 %	1,2 %
Ophtalmologie	4,7 %	2,3 %
Pédiatrie	5,6 %	3,1 %
Pneumologie	0,2 %	1,2 %
Psychiatrie	7,1 %	5,7 %
Radiodiagnostic	2,4 %	3,3 %
Rhumatologie	3,6 %	1,1 %
MEP exclusivement (homéopathie et acuponcture)	1,5 %	___

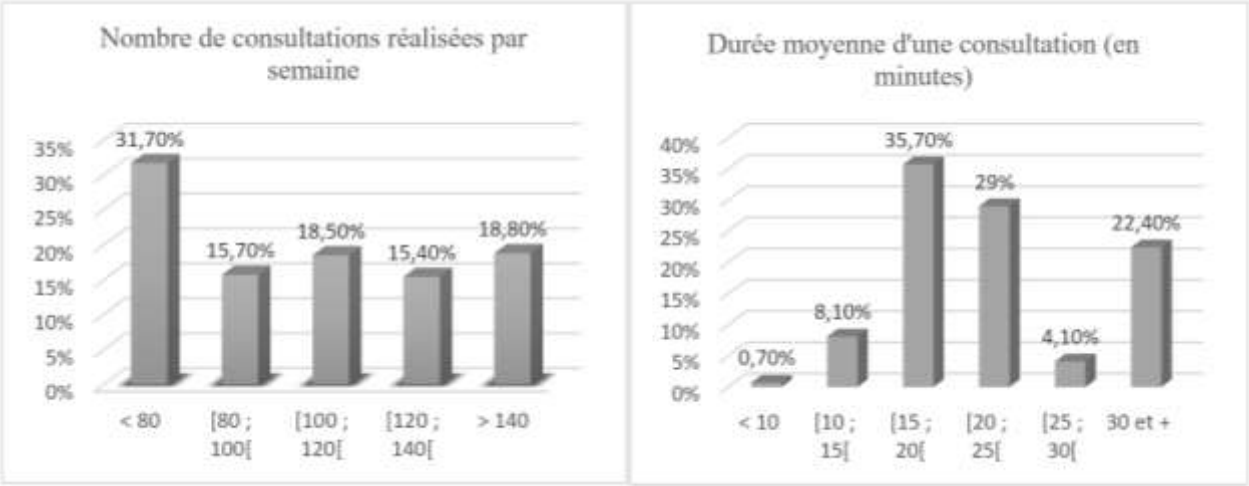
* Source : Atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2014. Données pour la France métropolitaine.

Au sein de la littérature, plusieurs spécialités apparaissent comme plus enclines à l'utilisation de la télémédecine (Martin et Rivoiron, 2012b ; Simon et Acker, 2008). Les plus souvent citées sont la dermatologie, la cardiologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie. En comparant les résultats de notre enquête et la répartition nationale des spécialités, il est possible de constater une surreprésentation de la cardiologie, de l'ophtalmologie et de la psychiatrie parmi les médecins répondants. Au contraire, les dermatologues sont sous-représentés. Nous analyserons plus finement dans les sections suivantes s'il existe ou non un lien entre l'attrait pour la télémédecine et la spécialité pratiquée.

1.3.2.2. Les habitudes de pratique de la population cible

Nous venons de présenter l'échantillon de la population interrogée en termes de caractéristiques sociodémographiques. Il convient d'en faire de même en termes de caractéristiques des pratiques médicales.

Graphique 9 – Nombre et durée moyenne des consultations



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 31,7 % des médecins interrogés réalisent moins de 80 consultations par semaine.

22,4 % des médecins sondés ont une durée moyenne de consultation supérieure à 30 minutes.

Au sein de la population étudiée, la durée moyenne de consultation est élevée puisque plus de 50 % des médecins interrogés déclarent une durée moyenne supérieure à 20 minutes. Néanmoins, cette configuration est liée à la structure de la population étudiée. En effet, la durée moyenne d'une consultation varie fortement selon la spécialité du médecin (Breuil-Genier et Goffette, 2006 ; Gouyon, 2009).

Dans notre échantillon, la durée moyenne de consultation d'un généraliste, d'un dermatologue et d'un ophtalmologue est comprise entre 15 et 20 minutes (contre respectivement 16, 17 et 16 minutes pour la moyenne nationale de ces spécialités), entre 20 et 25 minutes pour les rhumatologues, gastro-entérologues et les gynécologues (contre respectivement 24, 17 et 24 minutes pour la moyenne nationale). Les pédiatres de notre échantillon déclarent une durée moyenne de consultation comprise entre 25 et 30 minutes contre 21 minutes à l'échelle nationale.

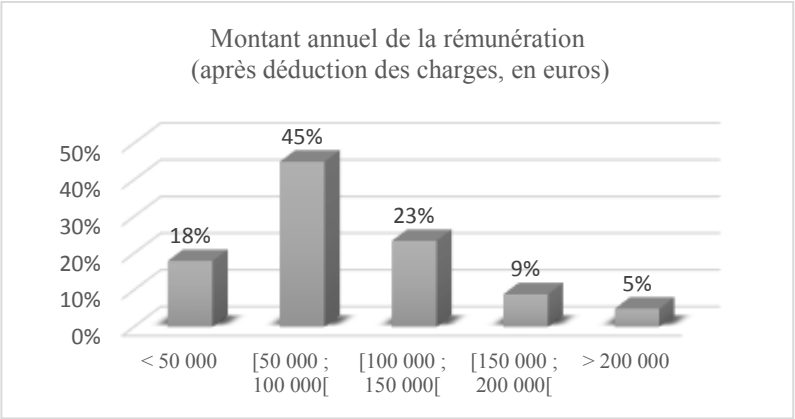
Enfin, les psychiatres qui ont répondu à l'enquête déclarent tous une durée moyenne supérieure à 30 minutes contre 32 minutes à l'échelle nationale. Il n'y a donc pas de

différence entre la déclaration du temps moyen de consultation de notre échantillon et la population totale lorsque l'on approfondit l'analyse à l'échelle de la spécialité. Les grandes différences de durée moyenne relevées dans notre enquête sont donc à attribuer aux différences de spécialités. Par ailleurs, nous n'avons pas relevé de différences importantes de déclaration au sein des médecins d'une même spécialité.

Nous ne retiendrons pas, pour notre étude, la durée de consultation comme une variable significative dans l'attrait pour la télémédecine. Il en va de même pour le nombre d'actes réalisés par semaine. Nous constatons dans notre échantillon que le nombre d'actes est inversement proportionnel à la durée d'une consultation. Les médecins généralistes sont ceux qui déclarent effectuer le plus d'actes par semaine alors que les psychiatres sont ceux qui déclarent le plus faible nombre d'actes.

Il convient à présent d'étudier une autre caractéristique importante de l'activité, la rémunération des médecins de notre échantillon. Le graphique ci-dessous permet de visualiser la structure générale de déclaration pour l'échantillon.

Graphique 10 – La rémunération des médecins interrogés



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 18 % des médecins interrogés ont une rémunération annuelle inférieure à 50 000 euros.

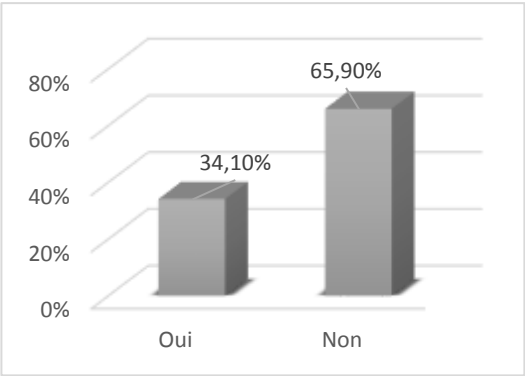
Toutefois, ici encore des disparités sont visibles et un regroupement par spécialité permet en grande partie d'expliquer cette différenciation. Le médecin ayant déclaré le plus haut revenu est un cardiologue (800 000 euros[141]) et le plus petit revenu est déclaré par un psychiatre (20 000 euros). Seuls trois médecins ont déclaré gagner moins de 30 000 euros (un

[141] Aucun médecin n'a déclaré entre 350 000 et 800 000 euros et seuls neuf médecins ont déclaré gagner entre 200 000 et 350 000 euros. L'ensemble des autres médecins a déclaré un revenu inférieur à 200 000 euros.

rhumatologue et deux psychiatres). La psychiatrie est la spécialité pour laquelle la variance est la plus élevée (de 20 000 à 190 000 euros déclarés pour la même spécialité). La psychiatrie est également la spécialité où les médecins ont déclaré le plus faible nombre de consultations par semaine, ce qui peut expliquer ces bas revenus. La pneumologie est la seule spécialité pour laquelle aucun médecin n'a déclaré de revenu inférieur à 93 000 euros. Outre ces effets, l'échantillon suit la tendance nationale (Bellamy, 2011, 2014 ; Legendre, 2006). La gynécologie est la spécialité qui déclare les plus hauts revenus moyens, conformément à la moyenne nationale. À l'échelle nationale, le revenu moyen d'un généraliste est de 77 000 euros et celui d'un spécialiste oscille entre 77 000 et 174 000 euros. Il n'y a pas de différence apparente avec notre échantillon.

Nous portons ensuite une importance particulière à l'engagement syndical, ordinal et associatif[142]. En effet, au sein des chapitres précédents, nous avons mis en évidence que la régulation interne de la télémédecine transite par les représentants des médecins. Le comportement des médecins ayant une activité syndicale ou ordinale est donc un élément fondamental de notre analyse puisqu'ils sont les acteurs de la régulation interne de la pratique.

Graphique 11 – Engagement syndical, ordinal et associatif des médecins interrogés



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 34,1 % des médecins interrogés ont un engagement syndical, ordinal ou associatif.

Au sein de notre échantillon, 34,1 % des médecins déclarent avoir une activité de ce type. À l'échelle nationale, 24,5 % des médecins ont déclaré une activité ordinale, syndicale ou associative[143]. Au sein de notre échantillon ces médecins sont donc largement

[142] Nous avons retiré des médecins déclarant avoir une activité syndicale, ordinale ou associatif ceux ayant mentionné que cette activité concerne un autre domaine que l'activité médicale.

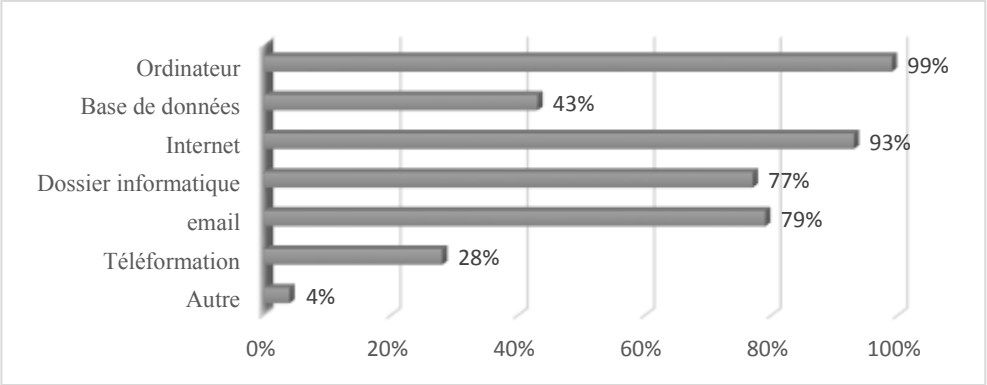
[143]Source : http://lagrandeconsultation.medecin.fr/sites/default/files/evenements/resultatsdelagrandeconsultation_0.pdf

surreprésentés. Nous testerons par la suite le lien entre cet engagement et l'intérêt porté à la télémédecine. Toutefois, il convient de préciser que lors de la Grande consultation sur l'avenir du système de santé réalisée par le Conseil national de l'ordre des médecins en 2015, 30 058 professionnels médicaux ont répondu à une enquête en ligne (CNOM, 2015). Parmi eux 84 % ont déclaré qu'il est important d'associer les organisations professionnelles à la gouvernance nationale des territoires dont 54 % ont jugé cette mesure prioritaire. Dans le cadre de la télémédecine, aucune organisation professionnelle ne fait partie du comité national de pilotage du déploiement sur les territoires.

1.3.2.3. Les aptitudes des médecins interrogés pour la télémédecine

L'explication fréquemment évoquée dans la littérature pour expliquer le faible déploiement de la télémédecine sur le territoire français est le coût d'entrée concernant les outils technologiques et leurs usages (Lasbordes, 2009 ; Lucas, 2014 ; Simon et Acker, 2008). Le graphique ci-dessous permet de visualiser les outils technologiques utilisés par les médecins dans leur pratique quotidienne de la médecine.

Graphique 12 – Les outils technologiques utilisés habituellement par les médecins dans leur pratique



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

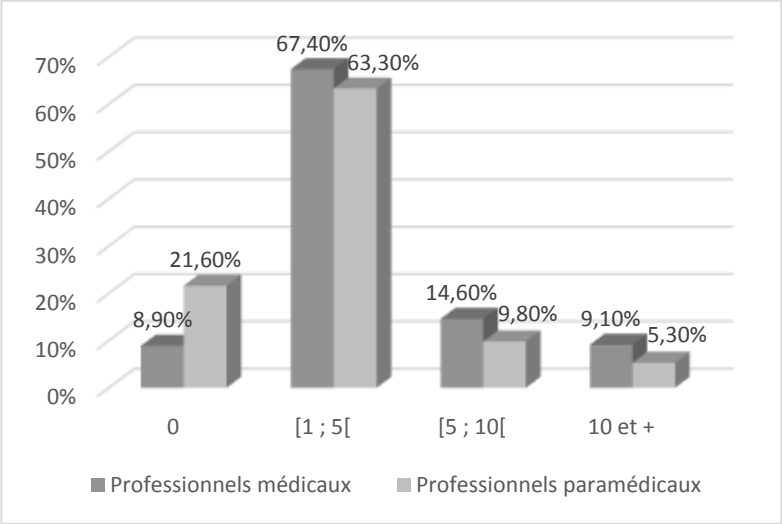
Lecture : 99 % des médecins sondés utilisent un ordinateur dans leur pratique.

Au sein de notre échantillon, 99 % des médecins utilisent un ordinateur dans leur activité et 93 % se servent d'internet. Une large majorité utilise également des emails et des dossiers informatiques médicaux. Au sein des questions ouvertes, un nombre important de médecins a précisé échanger fréquemment des informations médicales avec leurs patients par email. Seules les utilisations de bases de données et de téléformations sont mentionnées par

moins de la moitié des médecins répondants. La dépendance au sentier technologique ne semble donc pas être une explication satisfaisante du faible déploiement de la télémédecine sur les territoires couverts par notre enquête.

L'échange avec d'autres professionnels du champ médical est également l'une des caractéristiques principales de la pratique de la télémédecine. Il convient d'analyser les habitudes des médecins interrogés quant à leurs interactions avec d'autres professionnels. Nous distinguons ici les échanges avec les autres professionnels médicaux et avec les professionnels paramédicaux. En effet, nous avons mis en évidence dans le cas de la télémédecine qu'une nouvelle division du travail médical entre médecins et professionnels de santé non médicaux doit se faire. Il est donc intéressant d'étudier si des échanges ont déjà lieu entre ces deux types de professionnels de santé.

Graphique 13 – Nombre moyen d'échanges quotidiens avec d'autres professionnels de santé



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

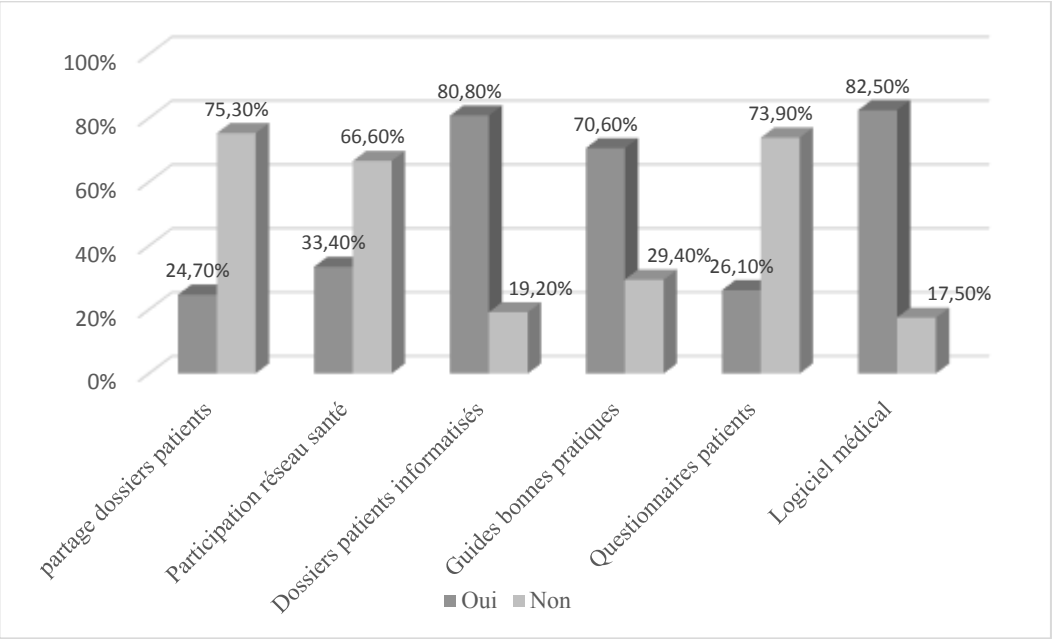
Lecture : 8,9 % des médecins interrogés n'échangent avec aucun professionnel médical au quotidien et 21,6 % avec aucun professionnel paramédical.

Dans la population étudiée, seuls 8,9 % des médecins n'échangent pas avec un confrère au cours d'une journée et 21,6 % n'ont aucun échange avec un professionnel paramédical. Plus des deux tiers des médecins interrogés échangent néanmoins avec au moins un confrère par jour et 63,3 % avec au moins un professionnel paramédical. Une grande majorité des médecins des territoires étudiés ont donc déjà intégré dans leur pratique l'échange, non seulement avec des confrères mais également avec des professionnels paramédicaux. Notons par ailleurs que l'ensemble des médecins ayant déclaré avoir plus de

dix interlocuteurs quotidiens n'exercent pas en cabinet individuel. Il convient d'approfondir la teneur des échanges qu'ont les médecins entre eux.

Le graphique ci-dessous rend compte que seuls 24,7 % des médecins interrogés partagent avec leurs interlocuteurs les dossiers de leurs patients. Ces partages représentent une condition indispensable à la pratique de la télémédecine. Par ailleurs, 33,4 % participent à un réseau de santé. Ces réseaux ont des configurations organisationnelles comparables à celle de la télémédecine. La participation à ces réseaux devrait donc favoriser l'adhésion des médecins aux projets de télémédecine. Nous testerons cette hypothèse par la suite.

Graphique 14 – Les habitudes de pratiques individuelles et en groupe des médecins



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 24,7 % des médecins interrogés partagent les dossiers patients avec leurs confères.

Le graphique ci-dessus nous enseigne également que peu de médecins utilisent des questionnaires patients (26,1 %). L'utilisation de ces questionnaires est nécessaire dans la pratique de la télémédecine afin de faire circuler des fiches d'identité des patients. Par ailleurs, une large majorité de médecins utilisent des guides de bonnes pratiques et des logiciels médicaux. Nous pouvons donc conclure que les dispositifs qui sont liés à un usage individuel sont largement utilisés par les médecins et qu'*a contrario* les dispositifs à visée collective sont largement délaissés. Les habitudes de pratiques ne facilitent donc pas pleinement l'introduction de la télémédecine.

2. Résultats de l'enquête : les médecins et leurs motivations face à la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine[144]

Nous venons de présenter dans la première partie les médecins de notre échantillon, il convient à présent d'analyser les résultats de l'enquête afin d'apporter des éléments de validation ou de rejet à l'hypothèse que nous avons formulé en début de chapitre. Pour rappel, l'hypothèse que nous formulons est que la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine peut avoir des conséquences nuisibles sur l'organisation et la qualité des soins, notamment en raison de la dégradation des motivations des médecins. Comme mentionné précédemment, nous testons cette hypothèse en trois temps. Nous mettons en évidence dans un premier temps les attentes des professionnels médicaux et l'intérêt qu'ils portent à la forme actuelle de la pratique (2.1). Dans un second temps, nous établissons le profil type des médecins potentiellement utilisateurs de la télémédecine (2.2). Puis nous caractérisons, dans un troisième temps, leurs motivations (2.3). Cela nous permettra de statuer sur le lien entre l'intervention des acteurs de la régulation externe et la motivation des médecins. Nous apporterons alors des éléments de réponse à l'évolution de la trajectoire du déploiement de la télémédecine en matière d'efficience (2.4).

2.1. Les médecins et la télémédecine

Dans la population étudiée, la part des médecins pratiquant la télémédecine est très faible. Pourtant, une large majorité se dit favorable et intéressée par la pratique (2.1.1). Nous cherchons alors les explications de ce paradoxe. Pour ce faire, nous examinons trois axes explicatifs : les pratiques télémédicales (2.1.2), l'encadrement et la régulation des pratiques (2.1.3) et les modalités de coopération (2.1.4).

2.1.1. Des médecins intéressés mais non pratiquants

Comme le montre le graphique ci-dessous, seulement 5 % des médecins interrogés font partie d'un projet de télémédecine au sein des territoires étudiés, ce qui représente 16

[144] L'intégralité des résultats se trouve en annexe 5. Nous ne reprenons dans cette partie que les résultats qui nous permettent de tester nos hypothèses de recherche.

médecins au total[145] Aucune donnée n'existant à l'échelle nationale, nous ne pouvons pas comparer notre échantillon à l'ensemble de la population médicale.

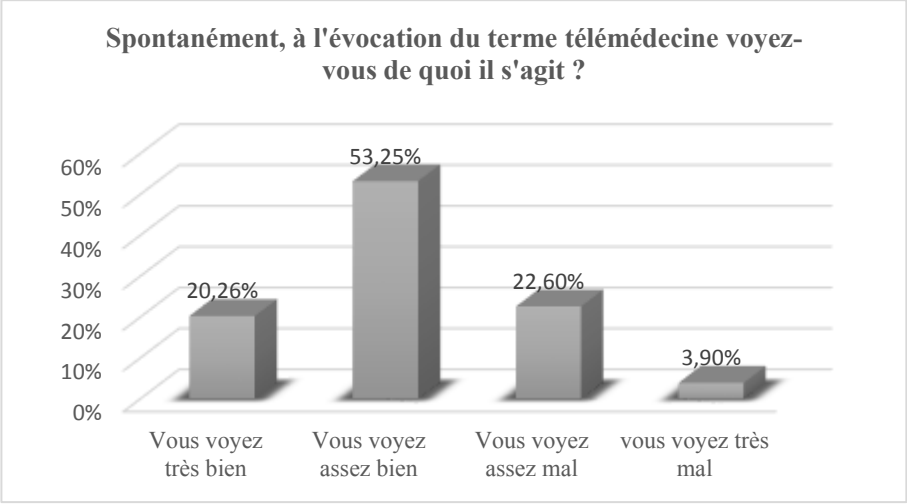
Graphique 15 – l'utilisation de la télémédecine

Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 5 % des médecins interrogés font partie d'un projet de télémédecine.

Dans la population interrogée, les médecins ont plutôt une bonne connaissance de la télémédecine puisque comme le montre le graphique ci-dessous 73,5 % ont répondu voir au moins assez bien de quoi il s'agit. Par ailleurs, seuls 3,9 % des médecins interrogés ne voient pas ce qu'est la télémédecine.

Graphique 16 – La connaissance de la télémédecine



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

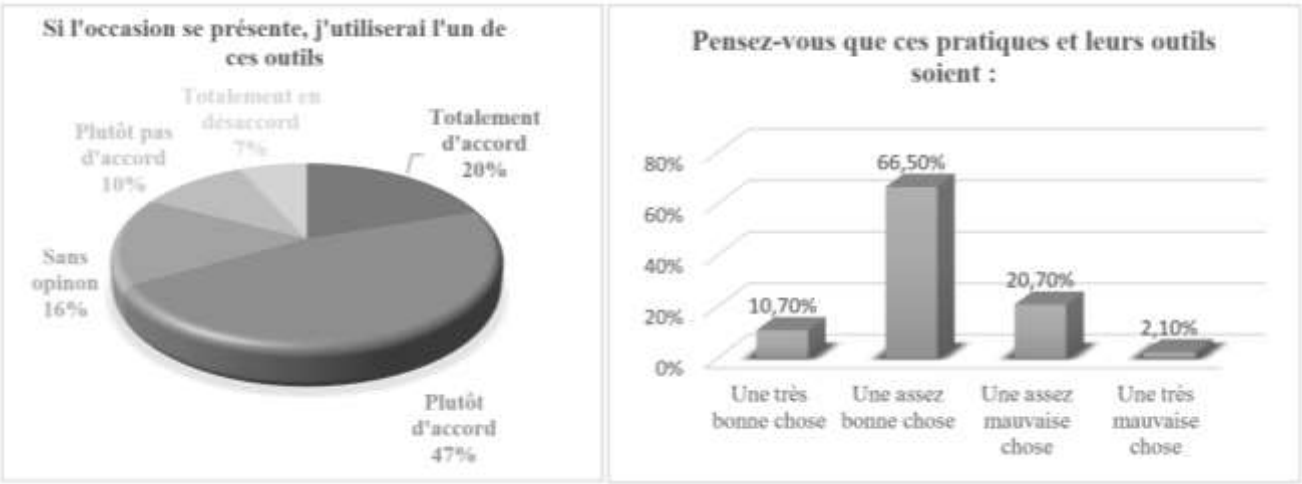
Lecture : 20,26 % des médecins voient très bien ce qu'est la télémédecine.

[145] Ces médecins sont répartis comme suit : 4 généralistes dont 1 dans l'Aube, 1 dans la Marne, 1 dans les Hauts-de-Seine et 1 dans le Val-de-Marne ; 4 ophtalmologues dont 1 dans le département des Ardennes, 2 dans la Haute-Marne et 1 dans le Val-de-Marne ; 2 médecins MEP dont 1 en Haute-Marne et 1 dans le Val-de-Marne ; 2 dermatologue du Val-de-Marne ; 1 cardiologue du Val-de-Marne ; 1 endocrinologue des Hauts-de-Seine ; 1 neurologue du Val-de-Marne ; 1 pédiatre.

Si seulement 5 % des médecins interrogés participent à un projet de télémédecine, le graphique ci-dessous nous enseigne que 67 % des répondants sont favorables à l'idée d'utiliser les outils de télémédecine. Seuls 17 % des médecins se positionnent contre l'utilisation de la télémédecine. De plus, 77,2 % des personnes interviewées pensent que la télémédecine est au moins une assez bonne chose.

La question que nous posons est alors : pourquoi si peu de médecins participent à un projet de télémédecine alors qu'ils sont aussi nombreux à souhaiter l'utiliser ? Nous cherchons à comprendre quels sont les éléments de réponse qui permettent qu'expliquer l' écart important entre le nombre de médecins utilisant effectivement la télémédecine et celui de médecins déclarant être intéressés par la pratique.

Graphique 17 – L'intérêt porté par les médecins à la télémédecine



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 20 % des médecins interrogés sont totalement d'accord avec le fait que si l'occasion se présente, ils utiliseront la téléméddecine.

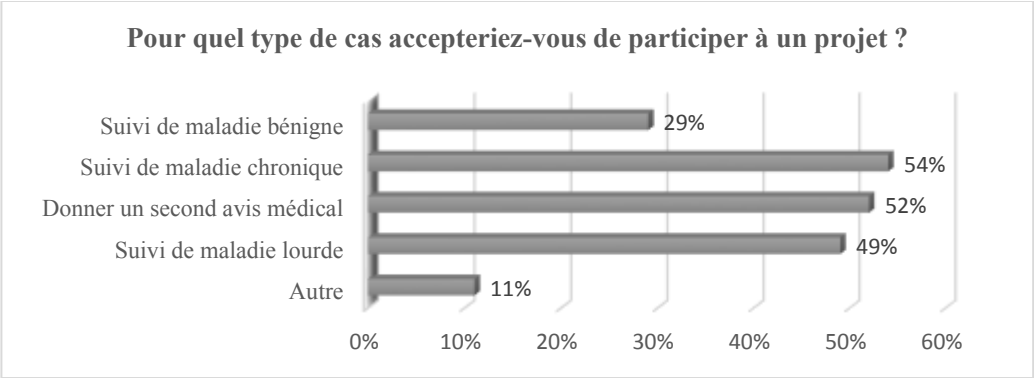
10,7 % des médecins sondés pensent que la télémédecine et ses outils sont une très bonne chose.

La majorité des médecins interrogés a une image positive de la télémédecine mais ne la pratique pas. Le faible taux d'utilisation est alors d'autant plus surprenant. Nous cherchons à comprendre où se situe la zone de blocage. Pour cela nous cherchons des explications au sein des réponses à l'enquête et étudions dans un premier temps l'avis des médecins sur les aspects médicaux de la pratique.

2.1.2. Les pratiques télémédicales, un frein au passage à l'acte ?

Les réponses à l'enquête nous enseignent que les modalités liées à la pratique en tant que telle ne semblent pas poser de problème aux médecins interrogés. En effet, les réponses fournies dans le graphique ci-dessous montrent que les cas pour lesquels les médecins seraient prêts à pratiquer la télémédecine coïncident avec les priorités nationales (DGOS, 2012d).

Graphique 18 – Les cas médicaux adéquats à la pratique de la télémédecine

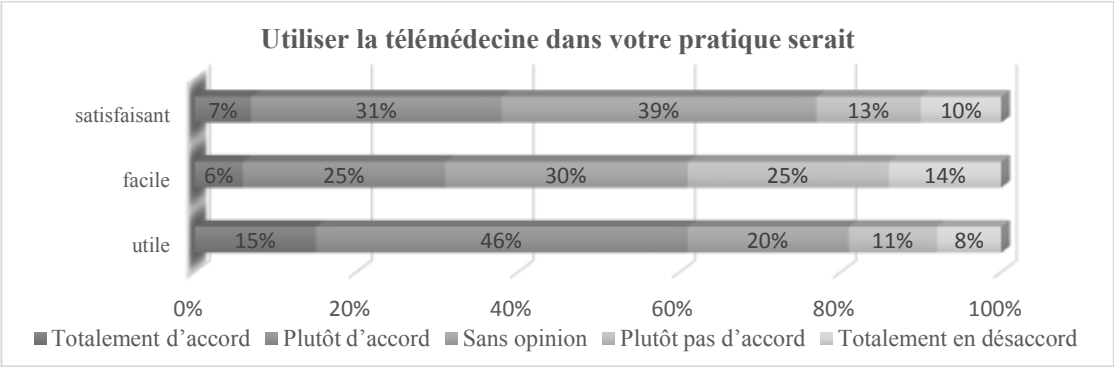


Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 29 % des médecins interrogés accepteraient de participer à un projet de télémédecine pour le suivi des maladies bénignes.

L'usage en tant que telle de la télémédecine ne représente pas non plus un obstacle majeur selon les médecins interrogés. S'ils ne jugent pas la télémédecine comme particulièrement facile ou satisfaisante, ils ne la jugent pas non plus comme difficile ou inutile. Comme le montre le graphique ci-dessous, pour ces *items*, la modalité "sans opinion" est la plus choisie.

Graphique 19 – l'évaluation de l'utilisation de la télémédecine



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

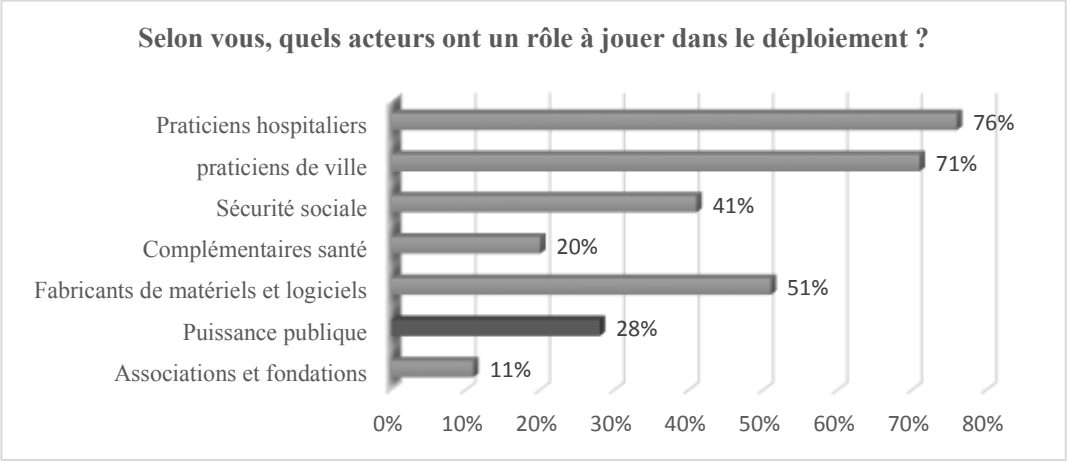
Lecture : 31,7 % des médecins interrogés sont totalement d'accord avec le fait qu'utiliser la télémédecine dans leur pratique serait satisfaisant.

Si la pratique en tant que telle ne semble pas poser de réticence particulière aux médecins interrogés, nous cherchons alors des pistes explicatives externes au champ purement médical.

2.1.3. L'encadrement et la régulation des pratiques, obstacle à l'adhésion ?

Nous nous intéressons désormais aux réponses des médecins concernant l'encadrement de la pratique. Il a été demandé aux médecins quels sont les acteurs qui, selon eux, ont un rôle à jouer dans le déploiement de la pratique.

Graphique 20 – les acteurs de la télémédecine selon les médecins interrogés



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 76 % des médecins sondés affirment que les praticiens hospitaliers ont un rôle à jouer dans le déploiement de la télémédecine.

S'il ne fait aucun doute pour les praticiens interrogés que les médecins de ville et hospitaliers ont un rôle à jouer dans le déploiement de la télémédecine, seuls 28 % d'entre eux estiment que la puissance publique est un acteur de la télémédecine. La place de la Sécurité Sociale divise également les médecins interrogés. Les réponses aux questions ouvertes viennent également renforcer cette idée.

Il a été posé la question suivante aux médecins : Selon vous, parmi les points abordés précédemment quels seraient les éléments les plus nuisibles à la mise en place de la télémédecine[146] ? Si la crainte d'une déshumanisation de la relation médecin-patient, le

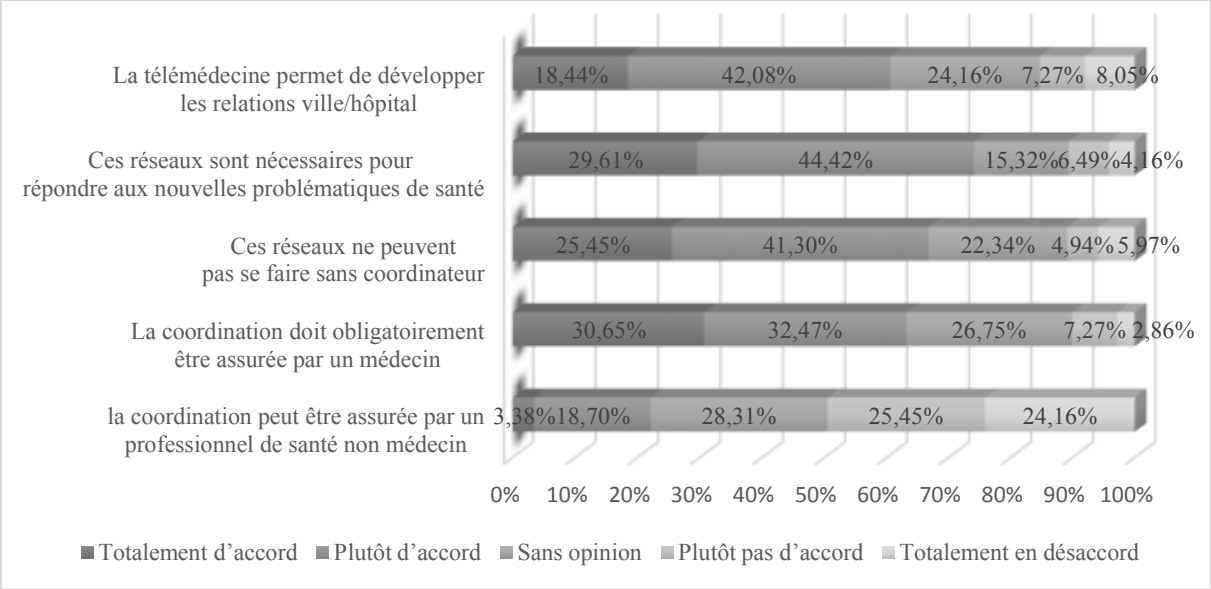
[146] La question inverse a également été posée afin de connaitre les éléments facilitant la mise en place de la télémédecine. La clarification de l'encadrement juridique de la pratique et la généralisation de la rémunération des actes sont les éléments les plus cités.

désaccord avec le transfert des tâches et la trop faible rémunération des actes arrivent en tête, la place de la puissance publique est également évoquée. Le terme "interférence" a été utilisé à plusieurs reprises pour qualifier le rôle de la tutelle. Le contrôle exercé par la puissance publique dans l'encadrement du déploiement de la télémédecine est donc jugé négativement par les médecins. La « protocolisation » de la médecine par des administrations non-médicales est également mentionnée. Or, nous avons mis en évidence que le comité national de déploiement de la télémédecine n'est pas composé d'organes représentant les médecins (*Cf.* p. 127). Les réponses des médecins à l'enquête télémédecine confirment donc que les modalités d'institutionnalisation de la pratique, et plus particulièrement son mode de gouvernance, seraient un frein à l'adhésion des médecins.

2.1.4. Les modalités de coopération, une zone de tension ?

L'enquête permet également d'étudier les attentes en termes d'organisation et de coopération ville-hôpital ainsi que le rôle des professionnels de santé non médicaux. Le graphique ci-dessous permet de visualiser les attentes des médecins interrogés.

Graphique 21 – La pratique de la télémédecine en réseaux



Champ : L'ensemble des médecins enquêtés.

Lecture : 18,44 % des médecins interrogés sont totalement d'accord avec le fait que la télémédecine permet de développer les relations ville/hôpital.

Au sein de la population étudiée, 60,5 % des médecins sont au moins plutôt d'accord avec le fait que la télémédecine permet de développer les relations entre la médecine de ville et la médecine hospitalière et 74 % pensent que ces réseaux sont nécessaires pour répondre aux nouvelles problématiques de santé. Ils sont également majoritairement d'accord avec le fait que ces réseaux doivent être coordonnés pour fonctionner. Toutefois, 63 % pensent que seul un médecin peut coordonner ces réseaux. Or, dans le cadre du déploiement de la télémédecine, il n'est pas nécessairement envisagé que cette coordination se fasse par un médecin. La situation privilégiée est la coordination par un professionnel de santé non médecin. Au sein de la population étudiée, la moitié des médecins s'oppose à cette situation. Ici encore, l'aspect médical du déploiement de la télémédecine n'est pas contesté. En revanche, sur le plan organisationnel et sur les modalités d'encadrement de la pratique, les médecins ne sont pas favorables au modèle proposé par les institutions en charge de la gouvernance du déploiement de la télémédecine. Cette présentation générale de la population étudiée et de ses attentes étant faite, il convient à présent de caractériser le profil type du médecin utilisateur de télémédecine.

2.2. Caractérisation du profil type du médecin utilisateur de télémédecine

Que ce soit à partir des enseignements de la littérature télémédicale ou des résultats de l'analyse exploratoire de notre enquête, différentes hypothèses peuvent être faites *a priori* sur le profil type des médecins utilisateurs de télémédecine. Deux registres d'hypothèses peuvent être distingués. Le premier renvoie aux caractéristiques sociodémographiques de la population médicale (2.2.1) et le second à celles de l'activité médicale et des pratiques qui l'entourent (2.2.2). Nous avons formulé cinq hypothèses sociodémographiques et huit hypothèses concernant les conditions d'activité. À partir de tests de Chi-deux[147], nous allons étudier la façon dont notre enquête permet d'éclairer ces hypothèses.

2.2.1. Les tests des hypothèses sociodémographiques

Afin d'apporter des éléments de connaissance concernant le profil des médecins utilisateurs de la télémédecine, nous faisons cinq hypothèses portant sur leurs caractéristiques

[147] La présentation de la méthodologie des tests réalisés se trouve en annexe 3.

sociodémographiques. Ces hypothèses sont résumées dans l'encadré ci-dessous. Nous procédons ensuite au test de ces hypothèses.

Encadré 31 – Les hypothèses socio-démographiques

Hypothèse 1-1 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'âge du médecin*
Nous faisons l'hypothèse que l'appétence pour la télémédecine décroit avec l'âge du médecin.

Hypothèse 1-2 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du sexe du médecin*
Nous faisons l'hypothèse que les femmes sont plus enclines que les hommes à pratiquer la télémédecine.

Hypothèse 1-3 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du statut marital du médecin*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins en couple sont plus favorables à la télémédecine que les médecins célibataires.

Hypothèse 1-4 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du statut parental du médecin*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins qui ont des enfants sont plus attirés par la télémédecine que les médecins sans enfant.

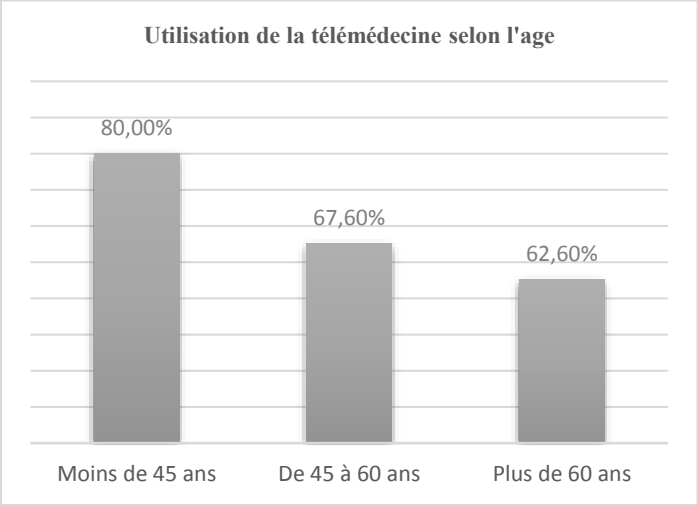
Hypothèse 1-5 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de la taille de l'agglomération*
Nous faisons l'hypothèse que plus la taille de l'agglomération est petite, plus les médecins sont favorables à la télémédecine.

Pour chacune des hypothèses qui viennent d'être présentées, nous justifions sa formulation et présentons les résultats du test qui en découle afin de la valider ou l'invalider.

Test de l'hypothèse 1-1 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'âg du médecin*

L'étude de la démographie médicale met en évidence le vieillissement de la population médicale (Chapdelaine, et al., 2013). La part des médecins de plus de 55 ans croît et la pyramide des âges est évoquée pour expliquer le faible déploiement de la télémédecine (Simon et Acker, 2008). Les médecins les plus âgés seraient moins intéressés que les plus jeunes par les dispositifs de la télémédecine. Nous faisons donc l'hypothèse que l'appétence pour la télémédecine décroît avec l'âge du médecin.

Graphique 22 - Utilisation de la télémédecine selon l'âge



Champ : L'utilisation potentielle de la télémédecine selon l'âge du médecin.

Lecture : 80 % des médecins interrogés de moins de 45 ans se disent prêtes à utiliser la télémédecine contre 67,6 % de ceux ayant entre 45 et 60 ans et 62,6 % de ceux ayant plus de 60 ans.

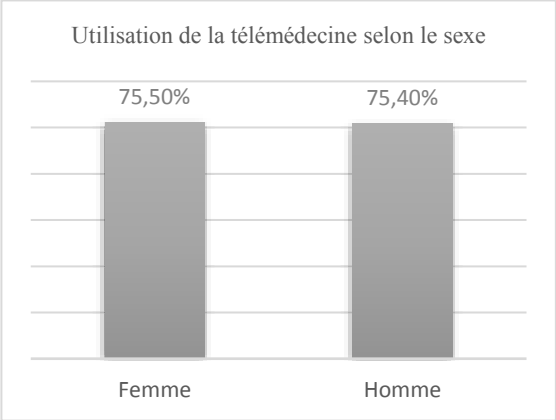
La différence n'est pas statistiquement significative.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative, dans notre échantillon, entre les médecins qui ont déclaré être prêts à utiliser la télémédecine selon leur âge. Nous rejetons donc cette hypothèse. Malgré une relation décroissante entre l'âge et l'attrait pour la pratique, le médecin utilisateur de la télémédecine ne peut pas être distingué, d'un point du vue statistique, par son âge.

Test de l'hypothèse 1-2 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du sexe du médecin*

La littérature télémédicale met en évidence l'intérêt que les femmes portent à la télémédecine (Salgues et Paquel, 2013). L'activité y est présentée comme un moyen d'aménager un nouveau mode de travail et de concilier plus facilement vie familiale et vie professionnelle. La télémédecine, en permettant de réaliser des actes de façon asynchrone et à distance, rend possible une plus grande flexibilité des pratiques et séduirait davantage les femmes que les hommes.

Graphique 23 - Utilisation de la télémédecine selon le sexe



Champ : L'utilisation potentielle de la télémédecine selon le sexe du médecin.

Lecture : 75,5 % des femmes se disent prêtes à utiliser la télémédecine contre 75,4 % des hommes.

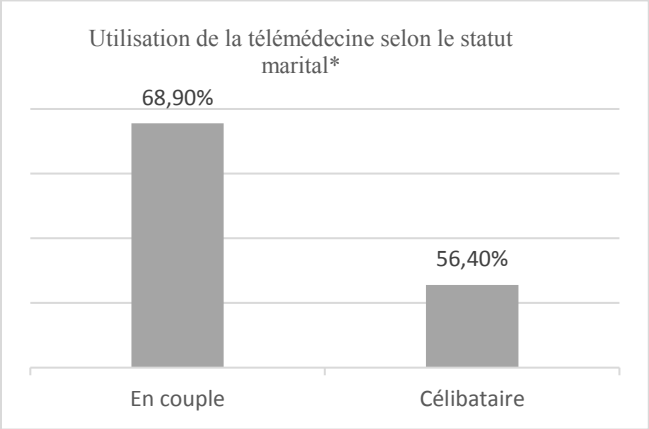
La différence n'est pas statistiquement significative.

Dans notre échantillon l'utilisation potentielle de la télémédecine par les femmes n'est pas différente de celle des hommes, il y a quasi égalité entre la part de femmes et d'hommes prêts à utiliser la télémédecine. Nous rejetons l'hypothèse selon laquelle il existe une relation significative entre le sexe du médecin et l'utilisation de la télémédecine. Ici encore, les arguments avancés dans la littérature ne sont pas vérifiés pour les médecins de notre échantillon.

Hypothèse 1-3 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du statut marital du médecin*

L'évolution des modes de vie est présentée au sein de la littérature comme un facteur d'adhésion à la télémédecine (Salgues et Paquel, 2013). Les médecins souhaitent plus de disponibilités en dehors de leur activité professionnelle. Nous testons l'hypothèse selon laquelle les médecins en couple sont plus enclins à la pratique de la télémédecine.

Graphique 24 - Utilisation de la télémédecine selon le statut marital



Champ : L'utilisation potentielle de la télémédecine selon le statut marital des médecins.

Lecture : 68,90 % des médecins en couple se disent prêts à utiliser la télémédecine contre 56,40 % des médecins célibataires.

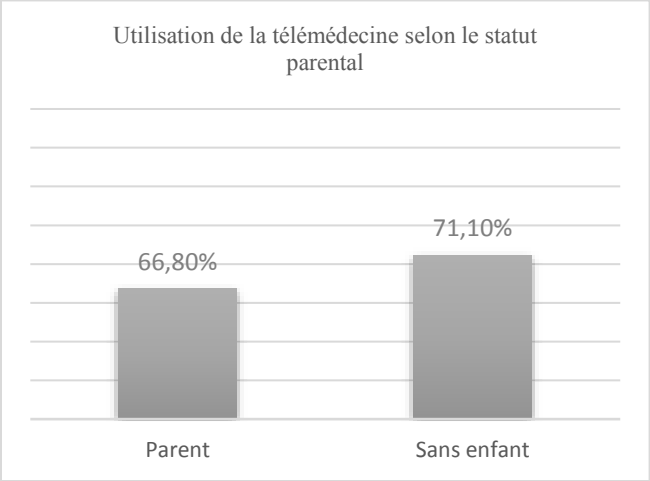
La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une relation significative entre l'utilisation de la télémédecine et le statut marital des médecins. Les médecins en couple sont significativement plus nombreux à accepter de pratiquer la télémédecine. Cette hypothèse est donc validée et vient corroborer les résultats de la littérature selon lesquels les médecins souhaitent un nouvel aménagement de leur activité afin d'allier vie professionnelle et vie familiale (*Ibid*).

Hypothèse 1-4 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du statut parental du médecin*

Dans le même ordre d'idée que l'hypothèse précédente, la possibilité offerte par la télémédecine pour faciliter la conciliation entre vie privée et vie professionnelle laisse penser que les médecins n'ont pas la même attirance pour la télémédecine qu'ils soient parents ou sans enfant. Nous faisons l'hypothèse que les médecins qui ont des enfants sont davantage attirés par la télémédecine que les médecins sans enfant.

Graphique 25 - Utilisation de la télémédecine selon le statut parental



Champ : L'utilisation de la télémédecine selon le statut parental du médecin (parent *versus* sans enfant).

Lecture : 66,8 % des médecins parent se disent prêts à utiliser la télémédecine contre 71,1 % de ceux sans enfant.

La différence n'est pas statistiquement significative.

Le fait d'avoir ou non un enfant n'influence pas l'attrait du médecin pour la télémédecine. Nous rejetons l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de la télémédecine dépend du statut parental du médecin. La littérature évoque un attrait plus grand pour la télémédecine de la part des médecins ayant une famille à charge (Gagnon, et al., 2005). La télémédecine est présentée comme un moyen d'aménager le temps de travail et notamment la réalisation des tâches administratives. Même si la différence n'est pas significative, à l'inverse dans notre échantillon les médecins sans enfants sont davantage prêts à utiliser la télémédecine que ceux avec enfant.

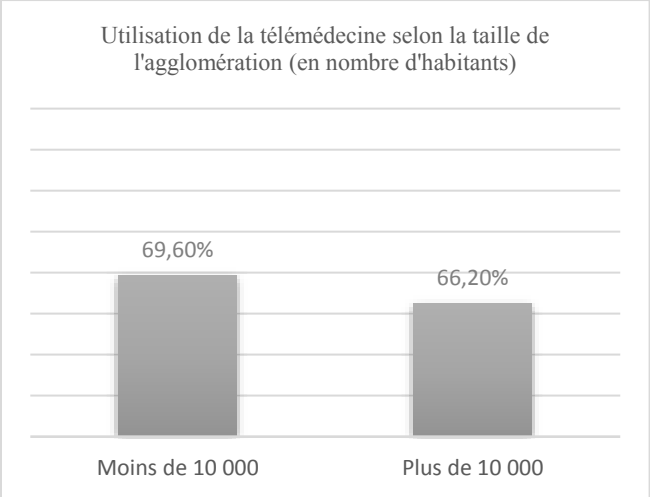
Toutefois, notre enquête ne permet pas de dissocier les médecins parents et ayant ou non la charge de leur enfant. Nous ne pouvons donc pas tester cette hypothèse selon laquelle l'utilisation de la télémédecine dépend de la charge parentale. Cependant, la structure de la population médicale en termes d'âge des personnes interrogées au sein de notre enquête laisse penser qu'une part importante de cette population n'a plus d'enfant à charge.

Hypothèse 1-5 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de la taille de l'agglomération*

La littérature présente la télémédecine comme une solution aux déserts médicaux (Salgues et Paquel, 2013). Par ailleurs, dans notre enquête les médecins des départements ruraux sont surreprésentés, laissant penser qu'ils portent un intérêt plus grand pour la pratique. Nous faisons donc l'hypothèse que les médecins exerçant dans des agglomérations de petite

taille sont plus favorables à la télémédecine que ceux exerçant dans des grandes agglomérations.

Graphique 26 - Utilisation de la télémédecine selon la taille de l'agglomération



Champ : L'utilisation de la télémédecine selon la taille de l'agglomération d'exercice (agglomération de moins de 10 000 habitants *versus* agglomération de plus de 10 000 habitants).
Lecture : 69,6 % des médecins exerçant dans une agglomération de moins de 10 000 habitants se disent prêts à utiliser la télémédecine contre 66,2 % de ceux habitant dans une agglomération de plus de 10 000 habitants.
La différence n'est pas statistiquement significative.

Bien que la télémédecine soit présentée comme une solution à la désertification médicale et à l'isolement des médecins, il n'existe pas de différence significative entre les zones urbaines de taille différente pour la population interrogée. Nous rejetons l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de la télémédecine dépend de la taille de l'agglomération. Les médecins installés dans les petites communes ne sont pas plus intéressés que les autres par la télémédecine.

2.2.2. Les tests des hypothèses des caractéristiques de l'activité

Les hypothèses que nous avons faites concernant les caractéristiques sociodémographiques ne permettent pas de différencier les médecins utilisateurs des médecins non-utilisateurs de la télémédecine. Nous reproduisons à présent la même méthodologie avec des hypothèses d'activité afin d'éclairer le profil-type du médecin utilisateur de télémédecine. Les hypothèses concernant la relation entre l'activité des médecins et l'utilisation de la télémédecine sont présentées dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 32 – Les hypothèses sur l'activité

Hypothèse 2-1 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de la spécialité du médecin*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins spécialistes sont plus attirés par la télémédecine que les généralistes.

Hypothèse 2-2 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du secteur d'activité*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins du secteur 2 sont plus intéressés que ceux du secteur 1 par la télémédecine.

Hypothèse 2-3 : *L'utilisation de la télémédecine dépend des modalités d'exercice*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins qui n'ont pas une activité exclusivement libérale sont plus enclins à la télémédecine que les autres.

Hypothèse 2-4 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du lieu d'exercice*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins exerçant en groupe sont plus disposés à pratiquer la télémédecine.

Hypothèse 2-5 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'engagement syndical, ordinal et associatif*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins ayant une activité ordinale ou syndicale sont plus favorables à la télémédecine que ceux n'en ayant pas.

Hypothèse 2-6 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'engagement dans la formation*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins engagés dans la formation médicale sont plus favorables à la télémédecine que les autres.

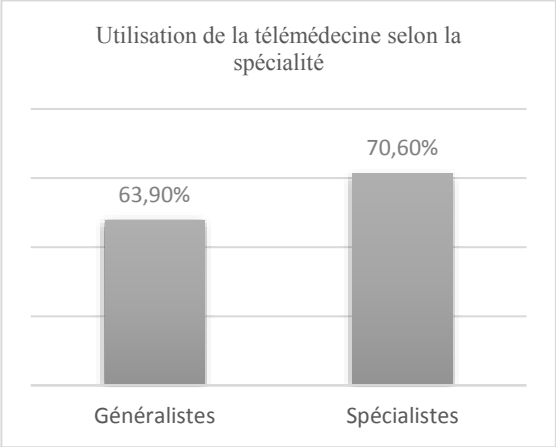
Hypothèse 2-7 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'utilisation de guides de bonne pratique*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins qui utilisent des guides de bonnes pratiques sont davantage intéressés par la télémédecine.

Hypothèse 2-8 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'utilisation de dossiers patients informatisés*
Nous faisons l'hypothèse que les médecins qui utilisent un dossier patient informatisé sont plus favorables à la télémédecine que ceux qui n'en utilisent pas.

Test de l'hypothèse 2-1 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de la spécialité du médecin*

La stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a axé les priorités nationales d'utilisation de la télémédecine pour le traitement de certaines pathologies associées à des spécialités médicales particulières (Martin et Rivoiron, 2012b). Nous faisons de ce fait l'hypothèse que les médecins spécialistes sont plus attirés par la télémédecine que les généralistes.

Graphique 27 - Utilisation de la télémédecine selon la spécialité médicale



Champ : L'utilisation de la télémédecine selon la spécialité du médecin (généralistes *versus* autres spécialités).

Lecture : 63,9 % des médecins généralistes se disent prêts à utiliser la télémédecine contre 70,6 % des spécialistes.

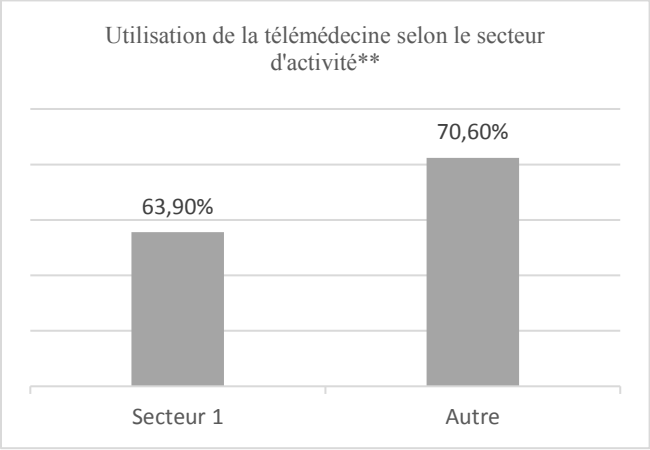
La différence n'est pas statistiquement significative.

Malgré une légère préférence pour la télémédecine de la part des spécialistes, les généralistes et les spécialistes ont répondu de façon non significativement différente quant à leur attrait pour la pratique. Nous rejetons l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de la télémédecine dépend de la spécialité du médecin. Nous avons affiné le test en distinguant les différentes spécialités de notre échantillon. La différence entre les spécialités ne s'est pas non plus montrée significative.

Test de l'hypothèse 2-2 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du secteur d'activité*

Les questions liées à la faible rémunération des actes sont mobilisées dans la littérature pour évoquer le faible intérêt porté par les médecins à la télémédecine (Lucas, et al., 2009). Nous faisons donc l'hypothèse que les médecins qui ne sont pas du secteur 1 sont plus intéressés par la télémédecine puisqu'ils peuvent pratiquer des tarifs plus élevés.

Graphique 28 - Utilisation de la télémédecine selon le secteur d'activité



Champ : Les médecins ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine selon leur secteur d'activité.

Lecture : 63,90 % des médecins du secteur 1 se disent prêt à utiliser la télémédecine contre 70,60 % du secteur 2 et non conventionnés.

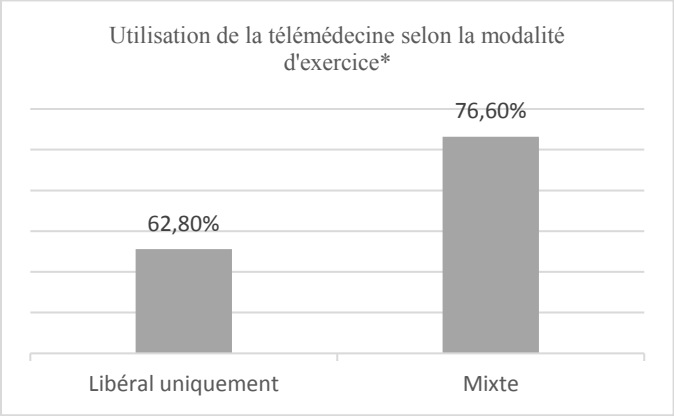
La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une relation significative entre l'utilisation de la télémédecine et le secteur d'activité des répondants. En effet, les médecins du secteur 1 sont significativement moins nombreux à souhaiter utiliser la télémédecine si l'occasion se présente. Il semble donc que les propositions de rémunération des actes de télémédecine ne satisfont pas pleinement les médecins du secteur 1. Les autres médecins qui peuvent pratiquer une variation de tarification sont davantage enclins à pratiquer la télémédecine.

Test de l'hypothèse 2-3 : *L'utilisation de la télémédecine dépend des modalités d'exercice*

Nous avons mis en évidence dans la partie exploratoire de l'analyse de l'enquête que les médecins ayant une activité exclusivement libérale ont des pratiques qui s'éloignent de celles de la télémédecine comparativement aux médecins qui ont une activité mixte. Nous faisons donc l'hypothèse que les médecins qui n'ont pas une activité exclusivement libérale sont plus enclins à la télémédecine que les autres.

Graphique 29 - Utilisation de la télémédecine selon la modalité d'exercice



Champ : Les médecins ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine selon leur modalité d'activité.

Lecture : 62,80 % des médecins pratiquant uniquement une activité libérale se disent prêt à utiliser la télémédecine contre 76,60 % ayant une activité mixte.

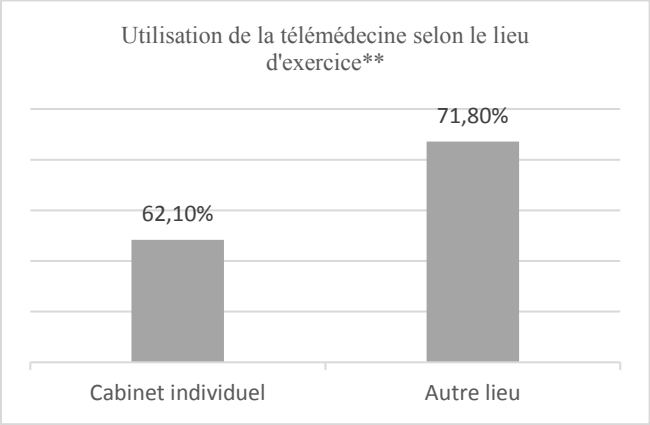
La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une relation significative (au sens statistique) entre l'utilisation de la télémédecine et les modalités d'exercice. Les médecins pratiquant une activité mixte sont significativement plus attirés par la télémédecine que les médecins ayant uniquement une activité libérale. Il est possible de faire le lien entre cette différence et l'attachement pour les principes de la médecine libérale des médecins ayant une activité exclusivement libérale. Nous avons mis en évidence dans les chapitres précédents que la télémédecine nécessite de renoncer à plusieurs principes de la médecine libérale. Par ailleurs, l'analyse exploratoire du questionnaire a également mis en évidence que les médecins qui ont une activité mixte ont des pratiques qui se rapprochent davantage de celles de la télémédecine comparativement à ceux ayant une activité uniquement libérale.

Test de l'hypothèse 2-4 : *L'utilisation de la télémédecine dépend du lieu d'exercice*

Ici encore, l'étude exploratoire du questionnaire a mis en évidence que les médecins qui exercent en cabinet individuel ont une pratique plus éloignée de la télémédecine que ceux travaillant en groupe. Nous faisons l'hypothèse que les médecins exerçant en groupe sont plus disposés à pratiquer la télémédecine.

Graphique 30 - Utilisation de la télémédecine selon le lieu d'exercice



Champ : Les médecins ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine selon leur lieu d'activité.

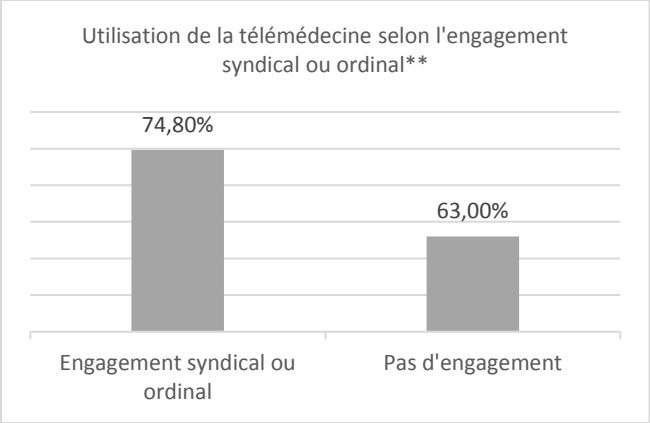
Lecture : 62,10 % des médecins exerçant en cabinet individuel se disent prêt à utiliser la télémédecine contre 71,80 % exerçant dans un autre lieu.

La différence est statistiquement significative au seuil de ; *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une relation significative entre l'utilisation de la télémédecine et le lieu d'exercice. Les médecins qui exercent en cabinet individuel sont significativement moins intéressés par la pratique de la télémédecine que les autres. Cette différence peut s'expliquer par les habitudes de pratiques : nous avons mis en évidence dans la phase exploratoire que les médecins exerçant en groupe sont déjà amenés à échanger davantage avec d'autres professionnels médicaux. Les modalités d'exercice de la télémédecine se rapprochent de leur configuration habituelle de travail.

Test de l'hypothèse 2-5 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'engagement syndical, ordinal et associatif*

Graphique 31 - Utilisation de la télémédecine selon l'engagement syndical ou ordinal



Champ : Les médecins ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine selon leur engagement syndical, ordinal et associatif.

Lecture : 74,80 % des médecins ayant une activité ordinale ou syndicale se disent prêt à utiliser la télémédecine contre 63 % des médecins ayant aucune activité ordinale ou syndicale.

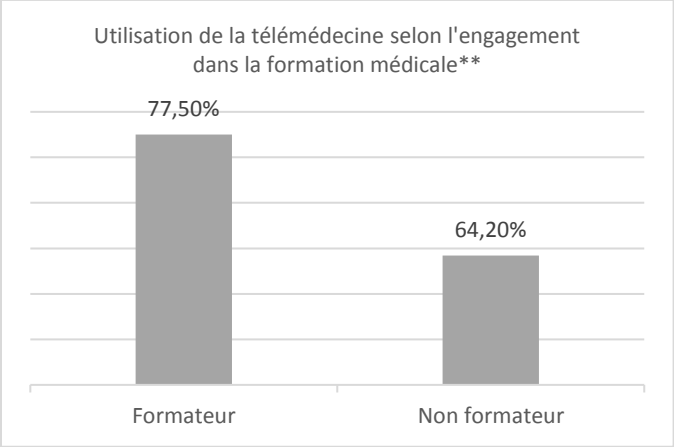
La différence est statistiquement significative au seuil de ; *10 %, **5 %, ***1 %.

Le résultat de cette hypothèse est particulièrement intéressant. En effet, il existe une différence significative entre les médecins ayant un engagement syndical ou ordinal et les autres. Les médecins investis dans une activité syndicale ou ordinale sont significativement plus disposés à pratiquer la télémédecine. Si nous mettons en exergue ce résultat avec ceux des chapitres 4 et 5 de cette thèse, cela signifie que les médecins engagés sont davantage prêts à pratiquer la télémédecine, mais également qu'ils ont un attachement fort pour les modalités de régulation interne de la pratique médicale. En d'autres termes, une des réponses au faible déploiement de la télémédecine peut se trouver ici. Le conflit de représentation entre la politique publique de télémédecine et les modalités de régulation de la profession s'inscrit dans le fait que les médecins qui sont intéressés par la télémédecine sont également ceux qui ont un attachement fort pour les modalités de régulation interne, c'est-à-dire les médecins qui appartiennent à la Cité par communauté (*Cf.* p. 324 et suivantes). Les médecins syndiqués et ayant une activité au sein de l'ordre des médecins sont donc davantage intéressés que les autres par la télémédecine mais sont également plus exigeants sur les modalités de mise en œuvre de la télémédecine. Les médecins les plus intéressés par la pratique sont également ceux les moins convaincus par les mécanismes de coordination proposés par le Comité national de pilotage de la télémédecine.

Test de l'hypothèse 2-6 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'engagement dans la formation*

L'implication dans la formation suppose une appétence pour l'apprentissage. Par ailleurs, s'ils sont davantage intéressés par la pratique, cela suppose qu'ils le seront également pour son enseignement. Nous faisons donc l'hypothèse que les médecins engagés dans la formation médicale sont plus favorables à la télémédecine que les autres.

Graphique 32 - Utilisation de la télémédecine selon l'engagement dans la formation médicale



Champ : Les médecins ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine selon leur engagement dans la formation médicale continue ou l'enseignement.

Lecture : 77,50 % des médecins formateurs se disent prêts à utiliser la télémédecine contre 64,2 % des médecins qui ne sont pas formateurs.

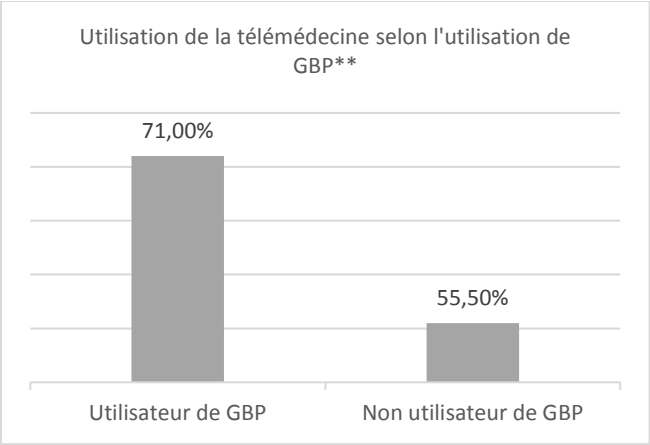
La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une différence significative entre les médecins formateurs et les médecins non-formateurs dans l'attrait pour la télémédecine. Les médecins formateurs sont significativement plus intéressés par la pratique de la télémédecine que les médecins non-formateurs. Ce résultat n'est pas surprenant et vient corroborer ceux de la littérature existante. Les médecins formateurs sont davantage enclins à l'apprentissage de nouvelles pratiques et donc plus favorables à la télémédecine. Il est possible de rapprocher ce résultat à celui de l'hypothèse 2-5 : on peut en effet supposer que les médecins formateurs ont des modalités de jugement comparable à celles de la Cité par communauté. Ici encore, l'adhésion des médecins formateurs à la pratique de la télémédecine dépendrait de la forme de la coordination dans les projets.

Test de l'hypothèse 2-7 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'utilisation de guides de bonne pratique*

Le respect de protocoles de soins préétablis est indispensable à la pratique de la télémédecine. Nous faisons l'hypothèse que les médecins qui utilisent des guides de bonnes pratiques sont donc davantage intéressés par la télémédecine.

Graphique 33 - Utilisation de la télémédecine selon l'utilisation de GBP



Champ : Les médecins ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine selon leur utilisation de guides de bonne pratique.
Lecture : 71% des médecins utilisateurs de guides de bonne pratique se disent prêts à utiliser la télémédecine contre 55,5% des médecins non utilisateurs de guides de bonne pratique.
La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

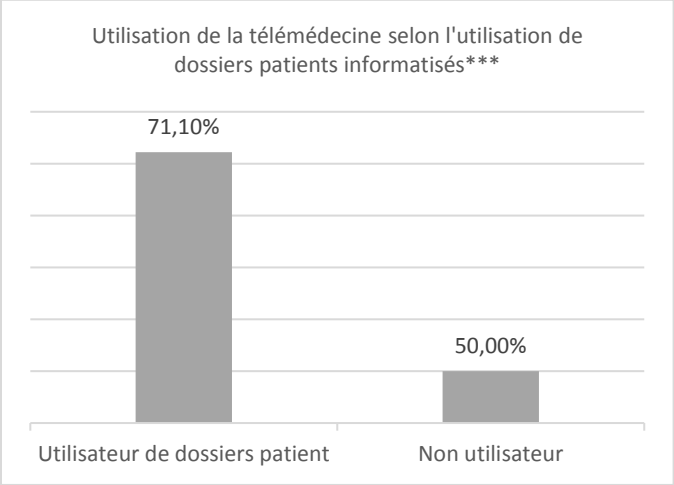
Il existe une différence significative entre les médecins utilisateurs de guides de bonne pratique et ceux non-utilisateurs dans leur intérêt pour la pratique de la télémédecine. Les médecins utilisateurs de guides de bonne pratique sont plus favorables à la pratique que les autres. Cela peut s'expliquer par leur habitude à se conformer aux protocoles de soins préétablis comme c'est le cas pour la télémédecine.

Test de l'hypothèse 2-8 : *L'utilisation de la télémédecine dépend de l'utilisation de dossiers patients informatisés*

La télémédecine est conditionnée par l'informatisation de la pratique médicale. L'utilisation de dossiers patients sous-entend l'utilisation d'ordinateur et de logiciels métiers.

C'est pourquoi nous faisons l'hypothèse que les médecins qui utilisent un dossier patient informatisé sont plus favorables à la télémédecine que ceux qui n'en utilisent pas.

Graphique 34 - Utilisation de la télémédecine selon l'utilisation de dossiers patients informatisés



Champ : Les médecins ayant répondu favorablement à l'utilisation de la télémédecine selon leur utilisation de dossiers patients informatisés.

Lecture : 71,1 % des médecins utilisateurs de guides de dossiers patients informatisés se disent prêts à utiliser la télémédecine contre 45 % des médecins non utilisateurs de dossiers patients informatisés.

La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une différence significative entre les médecins utilisateurs de dossiers patients informatisés et les autres médecins quant à leur attrait pour la télémédecine. Sans surprise, les médecins utilisateurs de dossiers informatisés sont largement plus intéressés par la pratique de la télémédecine que les autres. Toutefois, ce résultat renforce l'idée que les médecins utilisent déjà des logiciels métiers et comme nous l'avons mis en évidence précédemment, ces logiciels sont rarement compatibles avec ceux utilisés par les plateformes de télémédecine. Le manque d'opérabilité entre les logiciels peut alors expliquer en partie l'absence de passage à l'utilisation de la télémédecine pour ces médecins favorables à sa pratique.

2.2.3. Le profil-type du médecin utilisateur de télémédecine

Les résultats des tests d'hypothèses sont récapitulés dans l'encadré suivant. Nous rappelons que ces résultats n'ont pas une portée généralisable à l'ensemble de la population, il s'agit d'apporter des éléments de compréhension à la pratique des médecins de notre échantillon.

Encadré 33 – La validation des hypothèses concernant l'utilisation de la télémédecine

Hypothèse 1-1 : *rejetée.* Le médecin utilisateur de télémédecine ne peut pas être discriminé par son âge.
Hypothèse 1-2 : *rejetée.* Le médecin utilisateur de télémédecine ne peut pas être discriminé par son sexe.
Hypothèse 1-3 : *validée*. Être en couple favorise l'adhésion à la télémédecine.
Hypothèse 1-4 : *rejetée*. Le médecin utilisateur de télémédecine ne peut pas être discriminé par son statut parental.
Hypothèse 1-5 : *rejetée.* Le médecin utilisateur de télémédecine ne peut pas être discriminé par la taille de l'agglomération dans laquelle il exerce.

Hypothèse 2-1 : *rejetée.* Le médecin utilisateur de télémédecine ne peut pas être discriminé par sa spécialité.
Hypothèse 2-2 : *validée*. Pratiquer la médecine dans le secteur 2 ou de façon non conventionnée favorise l'adhésion à la télémédecine.
Hypothèse 2-3 : *validée.* Pratiquer la médecine de façon non exclusivement libérale favorise l'adhésion à la télémédecine.
Hypothèse 2-4 : *validée.* Pratiquer la médecine en cabinet de groupe favorise l'adhésion à la télémédecine.
Hypothèse 2-5 : validée. L'engagement syndical ou ordinal favorise l'adhésion à la télémédecine.
Hypothèse 2-6 : *validée.* L'implication dans la formation médicale favorise l'adhésion à la télémédecine.
Hypothèse 2-7 : *validée*. L'utilisation de guides de bonne pratique favorise l'adhésion à la télémédecine.
Hypothèse 2-8 : *validée.* L'utilisation de dossiers patients informatisés favorise l'adhésion à la télémédecine.

Dans notre échantillon, un médecin en couple, qui pratique la médecine dans le secteur 2 au sein d'un cabinet de groupe, dont l'activité n'est pas exclusivement libérale, qui est engagé syndicalement ou au sein de l'Ordre, qui est formateur et utilise des guides de bonnes pratiques et des dossiers patient informatisé a plus de chances d'être favorable à la pratique de la télémédecine.

Au sein de la population étudiée, le lien de dépendance entre l'utilisation de la télémédecine et les caractéristiques sociodémographiques sont très faibles puisque seul le fait d'être en couple permet de différencier significativement les médecins au sens statistique. Les arguments évoqués dans la littérature grise ou émanant du comité national de pilotage de la télémédecine ne se vérifient pas (Lasbordes, 2009 ; Simon et Acker, 2008). Les médecins en zones rurales ne sont pas plus attirés par la télémédecine que ceux en zones urbaines. L'âge, le sexe et le fait d'avoir des enfants n'ont pas plus d'incidence.

En revanche, la quasi-totalité des caractéristiques d'activité étudiées permettent de discriminer les médecins utilisateurs de télémédecine. Paradoxalement, le critère de spécialité, fréquemment cité dans la littérature n'apparaît pas discriminant dans la population étudiée.

Différents enseignements peuvent être tirés de ces résultats. Le premier est que les freins identifiés dans la littérature ne sont pas prégnants dans notre analyse. Le vieillissement de la population médicale n'apparaît pas comme un facteur explicatif puisque les médecins les plus jeunes sont autant intéressés que les plus âgés par la pratique. Un autre argument évoqué dans la littérature est le fait que certaines spécialités ne se prêtent pas à la pratique (Martin et Rivoiron, 2012b). Ici encore, cette différence n'est pas constatée dans notre échantillon. Les

freins traditionnellement mis en évidence pour expliquer la faible utilisation de la télémédecine ne se vérifient pas pour la population étudiée.

La deuxième conclusion que nous pouvons tirer tient au fait que les caractéristiques liées directement à la pratique influencent davantage l'utilisation que les caractéristiques sociodémographiques. En effet, les caractéristiques de l'activité sont directement liées aux cadres organisationnels et réglementaires mis en place par les institutions régulatrices. En d'autres termes, l'adhésion à la pratique de la télémédecine est donc quasi-exclusivement liée aux modalités de régulation. Or, la puissance publique ne peut pas jouer sur les caractéristiques sociodémographiques, mais au contraire peut pleinement déterminer les caractéristiques de l'activité. Dans notre échantillon il n'y a donc pas de freins exogènes à la pratique. Tous les freins identifiés sont directement liés aux mécanismes de régulation de l'activité.

La troisième conclusion qui émerge est qu'il est nécessaire d'approfondir le lien entre les caractéristiques de l'emploi et l'adhésion à la pratique de la télémédecine. En effet, puisque l'utilisation de la télémédecine est principalement dépendante des caractéristiques d'activité et non sociodémographiques, toute intervention des institutions régulatrices de la pratique est susceptible d'influencer l'adhésion des médecins. Nous approfondissons ce point dans la section suivante à l'aune de la relation entre l'intervention de la puissance publique et le cadre motivationnel des médecins.

2.3. Caractérisation de la motivation des médecins libéraux

Nous rappelons qu'il ne s'agit pas ici de mesurer la motivation des médecins à pratiquer la télémédecine, mais de mesurer le niveau général de motivation au travail des médecins libéraux. En effet, nous avons mis en évidence dans le chapitre précédent que selon le niveau des motivations autonomes qui anime les médecins, les mesures prises dans le cadre des politiques publiques de santé pour encadrer la pratique de la médecine sont plus ou moins efficaces (*Cf.* p. 368).

La littérature que nous avons mobilisée dans le chapitre précédent met en évidence que les politiques de santé peuvent être inefficaces voir contre-productives lorsque les médecins sont caractérisés par des motivations autonomes (Deci et Ryan, 2002 ; Frey, 2000 ; Sicsic, et al., 2012). Dans le cadre de la politique de télémédecine, nous avons mis en évidence que la gouvernance repose sur les principes du *New public management* et plus précisément qu'elle

s'incarne dans un modèle que nous avons qualifié de *Gros embouteillage institutionnel*. Dans ce modèle, la gouvernance répond à une logique industrielle marchande qui tend à considérer le médecin comme un individu opportuniste qui cherche à maximiser son utilité individuelle et celle-ci serait en inadéquation avec l'intérêt général.

En caractérisant la motivation des médecins, nous cherchons à comprendre quelles influences peuvent avoir les effets incitatifs des dispositifs de régulation de la pratique télémédicale sur le comportement des médecins. Pour ce faire, nous présentons dans un premier temps la démarche mise en œuvre pour mesurer la motivation des médecins de notre échantillon (2.3.1), puis nous présentons les résultats obtenus en vue de faire le lien entre les mécanismes incitatifs et leurs conséquences sur la motivation des médecins (2.3.2).

2.3.1. La mesure de la motivation des médecins : l'index global de motivation autodéterminée au travail

Pour analyser les motivations des médecins libéraux interrogés dans le cadre de l'enquête télémédecine, nous avons mobilisé la version courte de l'échelle de Marc Blais, et al. (1993) qui est un inventaire des motivations au travail. Cette échelle permet de créer un index de motivation autodéterminée au travail. Cet index attribue un poids aux différents types de motivations en fonction de leur place sur le *continuum* des motivations. Plus les motivations sont proches des extrêmes du *continuum,* plus leur poids est élevé.

Marc Blais et al. (1993) identifient trois types de motivations intrinsèques (motivation intrinsèque à l'accomplissement (MIA), à la connaissance (MIC) et aux simulations (MIS)) et leur donnent un poids de +2. Les motivations identifiées (MID) ont un poids de +1. Les deux formes de motivations contrôlées, les motivations introjectées (MIJ) et extrinsèques (ME) ont un poids de -1 et l'amotivation (AM) a un poids de -2. La somme de ces motivations donne l'index global de motivation autodéterminée au travail :

$$INDEX = Motivations\ autonomes - Motivations\ contrôlées$$

$$INDEX = \left[2\left(\frac{MIA + MIC + MIS}{3}\right) + MID\right] - \left[\frac{MIJ + ME}{2} + 2(AM)\right]$$

De cette équation initiale, différentes adaptations ont été faites, notamment pour se rapprocher davantage du modèle motivationnel d'Edward Deci et Richard Ryan (1985). Il est

possible de relever dans la littérature une multitude d'échelles de motivation autodéterminée au travail, toutes ayant pour point de départ celle de Marc Blais et al. (1993). Nous présenterons l'index que nous avons retenu après avoir détaillé la méthodologie de validation de l'échelle de motivation. C'est de cette échelle que dépend le choix de l'index retenu.

En effet, pour valider l'adéquation de notre enquête et une échelle de motivation, une analyse en composantes principales[148] (ACP) doit être réalisée afin de déterminer les dimensions qu'il est statistiquement possible de retenir dans notre cas.

L'ACP est une analyse factorielle qui permet de tester la multidimensionnalité d'un phénomène étudié, ici la motivation. Si l'on suit les travaux fondateurs de Marc Blais et al. (1993), notre échelle doit être composée de sept dimensions qui correspondent à chacune des motivations de l'index. Or, compte tenu de la construction de notre questionnaire et des impératifs liés aux différents partenaires institutionnels de l'enquête, seules quatre d'entre elles ont pu être testées (MIA, MIC, MIJ et ME). Afin de valider l'échelle, l'ACP doit nous permettre d'identifier, à partir de toutes nos variables, quatre dimensions. L'intégralité de la réalisation de l'ACP se trouve en annexe 4.

Cette analyse nous a effectivement permis de dégager quatre dimensions correspondant toutes à un registre de motivation que nous avons identifié. Chacune de ces dimensions devient une nouvelle variable correspondant à un type de motivation. Le tableau ci-dessous détaille les caractéristiques de ces nouvelles variables.

Tableau 24 - Moyenne et écarts-types des variables agrégées de la motivation

Nouvelles variables	Nombre de variables initiales	Moyenne	Ecarts-types
Motivation intrinsèque à l'accomplissement (autonome)	3	4,362	,5934
Motivation intrinsèque à la connaissance (autonome)	2	4,051	,8968
Motivation introjectée (contrôlée)	2	3,677	,8534
Motivation extrinsèque (contrôlée)	2	3,227	,9261

Dans le questionnaire, les médecins ont été amenés à se prononcer sur une échelle de Likert à 5 points (Totalement d'accord à Totalement en désaccord). Pour toutes les nouvelles variables des motivations créées, les scores peuvent donc aller de 1 à 5. Ici, 5 représente le

[148] Bien que notre enquête soit composée de questions qualitatives, une échelle de Likert (échelle de satisfaction) en cinq points (de totalement d'accord à totalement en désaccord) est considérée dans la littérature comme une variable continue. L'échelle en cinq points étant le seuil minimum pour valider cette hypothèse. Il est donc possible de réaliser ici une analyse factorielle.

niveau d'adéquation le plus élevé avec la question posée[149] (Totalement d'accord). En analysant les moyennes de ces variables, il est donc possible de remarquer que les motivations intrinsèques ont un score très élevé et les motivations contrôlées un score inférieur. Il est à présent possible de construire l'index de motivation autodéterminé au travail à partir de ces nouvelles variables.

2.3.2. La motivation professionnelle des médecins libéraux champardennais et d'Île-de-France

Pour construire l'index de motivation des médecins de notre échantillon, nous adaptons l'index initial de Marc Blais et al (1993) aux données disponibles dans notre enquête. Pour cela, nous avons réalisé une nouvelle pondération de chaque type de motivation tel que l'ont fait Virgine Forest (2008) ou encore Julie Boiché et Philippe Sarrazin (2010). Les motivations introjectée ont un coefficient de 0,5 et les motivations extrinsèques de 1,5. Le choix de cette pondération tient compte du fait que nous ne pouvons pas mesurer les motivations intermédiaires du côté autonomes (motivations identifiées) et les motivations polaires (amotivation) du côté des motivations contrôlées.

Nous l'appelons $index_t$ pour "questionnaire télémédecine" mais cela ne signifie pas qu'il s'agit de leur motivation pour la télémédecine, nous rappelons qu'il s'agit ici de leur motivation générale pour pratiquer la médecine :

$$INDEX_t = Motivations\ autonomes - Motivations\ contrôlées$$
$$INDEX_t = (MIA + MIC) - [0{,}5(INT) + 1{,}5(ME)]$$
$$\overline{INDEX}_t = 1{,}733872054000000$$

Chacune des formes de motivation pouvant prendre une valeur entre 1 et 5, l'index peut prendre toutes les valeurs comprises entre -10 et +10. Les individus ayant un score compris entre -10 et 0^- ont une motivation qu'il est possible de qualifier de contrôlée et ceux ayant un score allant de 0^+ à +10 ont une motivation autonome.

Pour rappel, les motivations ne sont pas additionnelles, chaque individu se situe donc à un endroit précis sur le *continuum* d'autodétermination. L'index n'a pas de valeur normative, mais permet de caractériser le niveau relatif de motivation autodéterminée au travail de

[149] Nous avons inversé l'ordre comparativement à celui de notre questionnaire afin de le faire coïncider avec l'ordre de l'échelle de Blais et al. (1993).

chaque médecin interrogé. Le score moyen est de 1,7 ce qui signifie qu'en moyenne les médecins interrogés font preuve de motivation autodéterminée. Les résultats du tableau ci-dessous donnent plus de précision concernant la répartition de la motivation au sein des médecins interrogés.

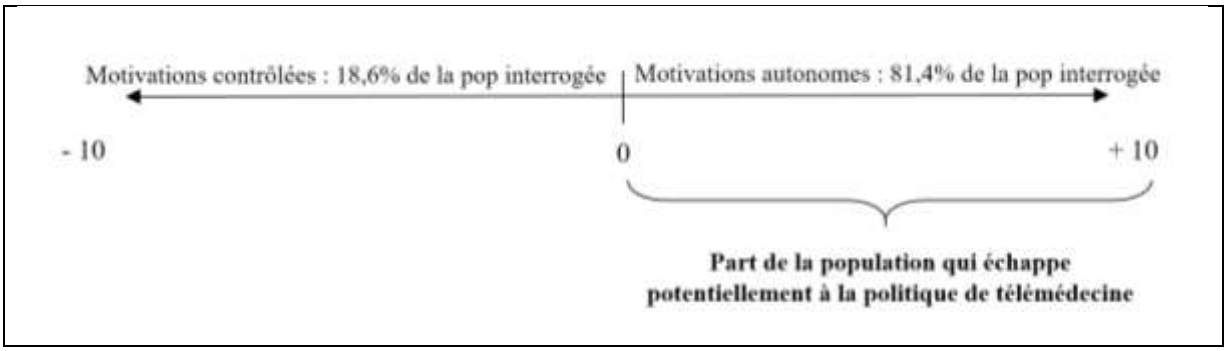
Tableau 25 – Caractéristiques de l'INDEX$_t$

INDEX$_t$						
Min	**Max**	**1er quartile**	**Médiane**	**3ème quartile**	**Moyenne**	**Ecart-type**
-5	7,25	0,42	1,50	2,72	1,73	1,737

Les résultats de cet index$_t$ sont forts d'enseignements. En effet, il permet de révéler la structure des motivations au travail des médecins interrogés. Les scores de l'index vont de -5 à +7,5 ce qui signifie que les valeurs polaires du côté des motivations contrôlées de l'index ne sont pas prises (aucun médecin de l'échantillon n'est entièrement amotivé). En revanche, du côté des motivations autonomes, le plus haut score est de 7,5 ce qui représente un niveau très élevé de motivation autonome. Le score moyen est également élevé puisqu'il est de 1,73. Ce qui signifie qu'en moyenne les médecins sont animés par des motivations autonomes.

Parmi la population étudiée, seuls 18,6 % des médecins sont animés par des motivations contrôlées. Sur le continuum, 25% de la population a un score supérieur à 2,75, 50% un score supérieur à 1,5 et 75% un score supérieur à 0,42. La population médicale est donc particulièrement animée par des motivations autonomes. Il est même possible d'affirmer qu'elle est majoritairement intrinsèquement motivée. Le schéma ci-dessous permet de visualiser cette répartition.

Figure 27 - Répartition de la population interrogée sur le *continuum* d'autodétermination



Nous avons montré dans le chapitre 6 que les mécanismes incitatifs mis en œuvre dans le cadre de l'application de la politique de télémédecine ne peuvent fonctionner que sur les individus dont le comportement est conforme aux hypothèses du *New public management*. En d'autres termes, pour les médecins qui sont animés par des motivations externes et contrôlées. Au sein de notre échantillon, les médecins dont le comportement peut être considéré comme conforme à la caractérisation faite par les théories du *New public management* représentent au maximum 18,6 % de cette population. Par ailleurs, plus le niveau de motivation se rapproche de 0, c'est-à-dire plus le niveau de motivations autonomes augmente, moins les effets des politiques incitatives sont efficaces. En effet, le comportement des médecins animés par des motivations internes et autonomes échappe aux anticipations des instances de régulation externe de la télémédecine. Au sein de notre échantillon, c'est donc potentiellement le comportement d'au moins 81,4 % de la population médicale qui échappe complètement au contrôle de la régulation externe. Sur cette partie de la population, les effets de la politique incitative peuvent même s'avérer contre-productifs.

2.4. Les relations entre motivations professionnelles et mécanismes de régulation de l'activité de télémédecine

Edward Deci (1975) et Edward Deci et Richard Ryan (1985) ont mis en évidence que lorsque les individus sont animés par des motivations autonomes ou auto-déterminées, l'introduction de mécanismes de contrôle, d'incitation ou d'encadrement nuit à leur cadre motivationnel. En effet, le sentiment de contrôle est susceptible d'évincer les motivations autonomes et particulièrement les motivations intrinsèques au profit de motivations contrôlées et plus précisément extrinsèques.

Or, nous avons mis en évidence, dans le cadre de la télémédecine, que le modèle de gouvernance du déploiement s'appuie sur un niveau élevé de contrôle de l'activité médicale, afin de s'assurer de l'absence de comportements opportunistes dans la gestion des actifs spécifiques de télémédecine. S'il n'est pas possible de mesurer l'effet d'éviction à partir de notre enquête, les tests ne permettant pas de mesurer la motivation avant et après la mise en œuvre de la politique de télémédecine, nous cherchons s'il existe un lien entre le niveau de motivation autodéterminée des médecins et le ressenti qu'ils ont du niveau de contrôle de leur activité.

Pour cela, nous présentons dans un premier temps les hypothèses entre la motivation et les caractéristiques de l'emploi (2.4.1), puis nous détaillons la méthodologie de réalisation des tests de ces hypothèses et leurs résultats (2.4.2).

2.4.1. Les hypothèses relationnelles entre motivations et caractéristiques de l'emploi

Nous avons, dans le questionnaire télémédecine, repris des *items* du *Job Diagnostic Survey* qui est l'instrument de mesure associé au Modèle des caractéristiques du travail de Richard Hackman et Greg Oldham (1975, 1976). Le questionnaire élaboré par ces auteurs permet d'évaluer différentes caractéristiques liées à un emploi et notamment le niveau d'autonomie dans la réalisation d'une activité, la variété des compétences mobilisées pour réaliser une tâche et l'identité à la tâche c'est-à-dire la façon dont l'individu se sent, de par ses compétences, important et non interchangeable.

Virginie Forest (2008), en se servant du *Job Diagnostic Survey,* a mis en évidence que les caractéristiques de l'emploi des médecins hospitaliers ont une incidence sur leurs motivations. Elle met en évidence que les différentes modalités de contrôle de l'activité hospitalière peuvent avoir un effet contre-productif dans le cadre hospitalier. Elle démontre ainsi la relation entre le type de motivation qui caractérise les individus et les caractéristiques de l'emploi qu'ils occupent. Les conclusions de ses travaux permettent d'affirmer que plus les médecins hospitaliers sont animés par des motivations autonomes, plus ils portent une grande importance aux caractéristiques de l'emploi. Par ailleurs, plus ces caractéristiques sont contrôlées de façon externe, plus le niveau de motivations autonomes diminue.

Nous cherchons à notre tour, dans le cas de l'activité libérale, à mettre en évidence cette relation entre le niveau de motivation autonome et les caractéristiques de l'emploi. L'objectif final étant de donner des éléments de réponse quant aux conséquences que peuvent avoir les modalités de gouvernance du déploiement de la télémédecine.

Pour cela, nous posons trois hypothèses qui permettent de juger du niveau de contrôle perçu par les médecins libéraux interrogés. Les *items* du questionnaire télémédecine associés à ces hypothèses sont repris du *Job Diagnostic Survey* de Richard Hackman et Greg Oldham (1975).

Encadré 34 : les hypothèses de relation entre motivations et caractéristiques de l'emploi

Hypothèse 3-1 : *Le niveau de motivation autonome est positivement lié à la variété des compétences.*
Nous avons mis en évidence au sein de cette thèse que le déploiement de la télémédecine repose sur une nouvelle division du travail médical. Une scission entre la réalisation des actes techniques et celle des actes intellectuels est mise en œuvre. Le transfert de compétences entre les professionnels médicaux et les professionnels de santé renforce également cette nouvelle division du travail. La structure de la variété des compétences évolue donc avec la télémédecine. En testant cette hypothèse, nous cherchons à savoir si la réduction de la variété des compétences des médecins peut entrainer une évolution dans le cadre motivationnel.

Hypothèse 3-2 : *Le niveau de motivation autonome est positivement lié à l'identité des tâches.*
La pratique de la médecine nécessite la mobilisation d'actifs très spécifiques. La mise en œuvre de la télémédecine introduit de nouveaux partenariats entre la ville et l'hôpital. Selon le comité national de déploiement de la télémédecine, pour que ces partenariats n'aboutissent pas à la recherche de la satisfaction des intérêts particuliers des médecins, il est nécessaire d'encadrer les actifs spécifiques et donc de limiter le pouvoir de marché de chaque acteur. Le test de cette hypothèse doit permettre de vérifier si l'introduction d'encadrement de la pratique de la médecine peut avoir des conséquences sur les motivations des médecins libéraux. Pour cela, nous questionnons l'intérêt que portent les médecins à la valeur, en terme d'identité et de jugement personnel, dans la réalisation de leur activité et le lien qu'il existe entre cet intérêt et leurs motivations.

Hypothèse 3-3 : *Le niveau de motivation autonome est positivement lié à l'autonomie dans la pratique de la médecine.*
Nous avons mis en évidence tout au long de ce travail de thèse que l'autonomie dans la pratique est le point focal de la régulation interne de l'activité médicale. Ce respect de l'autonomie est particulièrement mis en évidence au sein de la cité par communauté et par les utilisateurs premiers de la télémédecine. A l'inverse, la cité par projet, dans laquelle s'inscrit le déploiement de la télémédecine, est marquée par un niveau d'encadrement élevé de l'autonomie médicale. Les modalités de régulation externes de la télémédecine reposent sur un modèle ou cette autonomie est strictement encadrée afin de limiter la mise en œuvre de tout comportement déviant. Cette hypothèse doit donc permettre de mesurer le lien entre les motivations et l'autonomie dans la pratique médicale.

Il convient à présent de détailler la méthodologie des tests de ces hypothèses et de leurs résultats afin de déterminer s'il existe un lien entre la motivation des médecins et les caractéristiques de leur emploi en termes d'encadrement et de contrôle. Nous pourrons ainsi apporter des éléments de réponse aux risques liés à la forme de la politique publique et aux mécanismes qui lui sont associés.

2.4.2. Mise en œuvre des tests : La dépendance de la motivation professionnelle des médecins aux caractéristiques de la gouvernance de la télémédecine

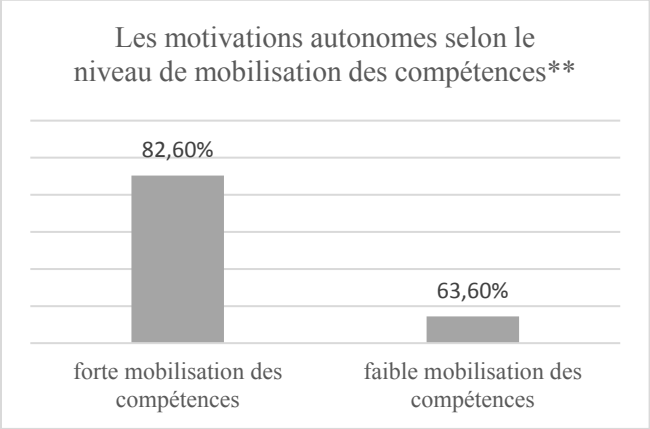
Nous avons choisi de réaliser de nouveau des tests du Chi-deux afin de tester nos hypothèses[150]. Pour cela, nous transformons dans un premier temps l'$index_t$ qui est une variable continue en variable dichotomique (motivations contrôlées *versus* motivations autonomes). En transformant cette variable, nous perdons nécessairement de l'information puisque cela ne nous permet plus de situer tout individu sur le *continuum* d'autodétermination et d'en étudier les différences de comportements. Nous pouvons néanmoins comparer les comportements des individus animés par des motivations autonomes de ceux animés par des motivations contrôlées.

Nous avons, dans un premier temps, réalisé des tests du Chi-deux entre la variable dichotomique de la motivation et l'ensemble des variables sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, spécialité, secteur, type d'agglomération, modalités d'exercice). Aucun lien de dépendance n'a été mis en évidence entre elles. Nous pouvons donc affirmer que, pour notre échantillon, le niveau de motivation autonome n'est pas dépendant de caractéristiques sociodémographiques. Pour des questions de facilité de lecture, nous ne reportons pas les résultats de ces tests ici. Nous procédons, dans un second temps, au test de nos hypothèses à proprement parler.

[150] La façon la plus robuste pour tester le lien entre les motivations des médecins et les caractéristiques de l'emploi est la réalisation d'une analyse de régression linéaire hiérarchique multiple. Toutefois, afin de mener à bien l'analyse de la régression linéaire hiérarchique multiple, il est nécessaire au préalable de réaliser une analyse de la variance (ANOVA) afin de s'assurer de la qualité du modèle de régression. Dans notre cas, l'analyse de la variance ne s'est pas avérée significative. Cela signifie qu'il n'est pas possible de réaliser l'analyse de la régression linéaire hiérarchique sur notre échantillon. Cela peut s'expliquer par la dispersion de notre échantillon sur le *continuum* d'autodétermination mais également par la petitesse de notre échantillon comparativement au nombre de variables indépendantes explicatives. Toutefois, cela ne signifie pas que nous ne pouvons pas tester nos hypothèses.

Test de l'hypothèse 3-1 : *Le niveau de motivation autonome est positivement lié à la variété des compétences.*

Graphique 35 - Les motivations autonomes selon le niveau de mobilisation des compétences



Champ : Les médecins animés par des motivations autonomes selon le niveau de mobilisation de leurs compétences.

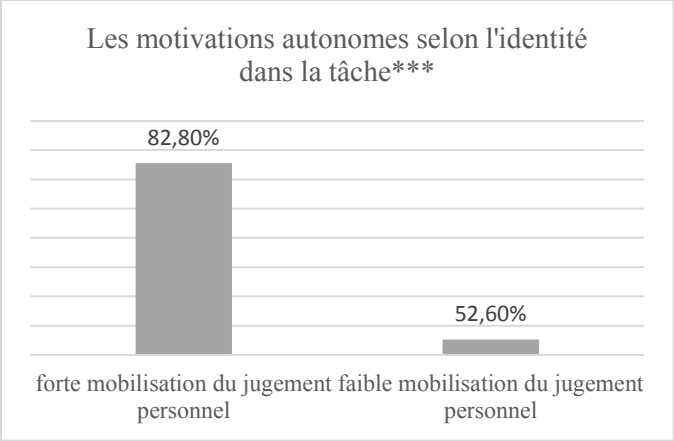
Lecture : 82,6% des médecins qui mobilisent fortement leurs compétences dans leur activité sont animés par des motivations autonomes contre seulement 63,6% des médecins qui mobilisent faiblement leurs compétences dans leur activité.

La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une relation significative entre le niveau de motivations autonomes et celui de mobilisation des compétences. Les médecins interrogés qui mobilisent fortement leurs compétences dans leur activité sont significativement plus animés par des motivations autonomes que ceux mobilisant faiblement leurs compétences. Les caractéristiques organisationnelles de la télémédecine telles qu'elles sont présentées par les institutions en charge de la régulation externe de la télémédecine peuvent donc avoir un effet négatif sur les motivations autonomes des médecins. En effet, afin d'en faciliter le contrôle, une nouvelle forme de division du travail est mise en place par le biais d'un allongement de la chaîne de production. Ces changements dans la mobilisation des compétences pour réaliser les actes médicaux sont donc susceptibles de dégrader les motivations autonomes des médecins puisque le découpage entre les actes intellectuels et les actes techniques nécessite la mobilisation de compétences moins vastes que la pratique traditionnelle.

Hypothèse 3-2 : *Le niveau de motivation autonome est positivement lié à l'identité des tâches.*

Graphique 36 - Les motivations autonomes selon l'identité dans la tâche

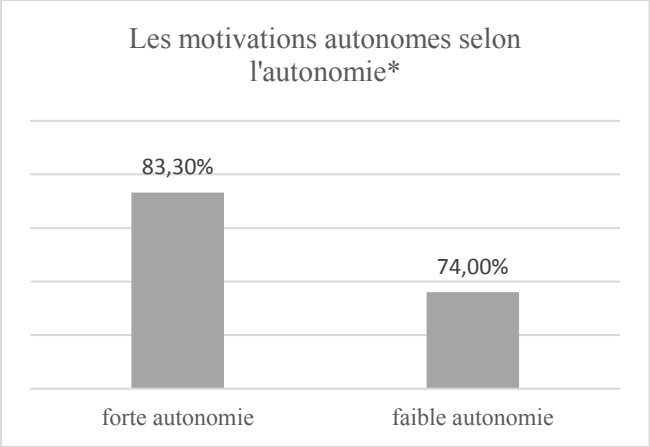


Champ : Les médecins animés par des motivations autonomes selon le niveau de mobilisation de leur jugement personnel.
Lecture : 82,8% des médecins qui mobilisent fortement leur jugement personnel dans leur activité sont animés par des motivations autonomes contre seulement 52,6% des médecins qui mobilisent faiblement leur jugement personnel dans leur activité.
La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une relation significative entre le niveau de motivation et celui de la mobilisation du jugement personnel. Les médecins interrogés, qui mobilisent fortement leur jugement personnel, sont significativement animés par un niveau plus élevé de motivations autonomes que ceux dont la mobilisation du jugement personnel est faible. Ici encore, la télémédecine risque donc de dégrader le cadre motivationnel des médecins. En effet, la pratique de la télémédecine repose sur une standardisation et une uniformisation des pratiques. Cette standardisation est l'effet conjugué de deux phénomènes : la nécessité d'utiliser des standards liés à l'introduction de l'outil technologique et ses paramétrages ainsi que le souhait de la puissance publique de pouvoir évaluer la performance des projets. Or, l'évaluation se fait sur une base d'écart à la situation jugée normale et donc standard. L'amoindrissement de la mobilisation du jugement personnel dans la réalisation des actes de télémédecine risque ainsi de dégrader le cadre motivationnel des médecins.

Hypothèse 3-3 : *Le niveau de motivation autonome est positivement lié à l'autonomie dans la pratique de la médecine.*

Graphique 37 - Les motivations autonomes selon l'autonomie



Champ : Les médecins animés par des motivations autonomes selon le niveau d'autonomie dans la réalisation de leur activité.
Lecture : 83,3 % des médecins qui sont fortement autonomes dans leur activité sont animés par des motivations autonomes contre seulement 74 % des médecins qui sont faiblement autonomes dans leur activité.
La différence est statistiquement significative au seuil de : *10 %, **5 %, ***1 %.

Il existe une relation significative entre le niveau de motivation et celui de l'autonomie. Les médecins interrogés qui sont fortement autonomes dans leur activité ont un niveau de motivations autonomes plus élevé que ceux disposant d'une faible autonomie dans leur pratique. Nous avons mis en évidence, dans la deuxième partie de cette thèse, que l'autonomie est un principe fondamental dans la pratique de la télémédecine.

Or, dans sa configuration, la régulation externe tend à encadrer cette autonomie en introduisant des mécanismes de contrôle. Les mécanismes incitatifs mis en évidence dans le chapitre 6, prévus pour faciliter l'adhésion des médecins à la pratique, sont également facteurs de diminution de l'autonomie dans la pratique. Pour l'ensemble des hypothèses réalisées sur le lien entre la motivation et les caractéristiques de l'emploi nous avons mis en évidence des éléments de la politique de télémédecine dont la portée est statistiquement nuisible au déploiement de la télémédecine. Dès lors, dans sa forme actuelle, la politique de télémédecine est non seulement inefficace, mais il existe des risques avérés de dégradation de la qualité et des conditions d'exercice sur les territoires couverts par notre analyse.

Conclusion

En début de chapitre, nous avons formulé l'hypothèse suivante : en suivant la trajectoire actuelle, l'action publique en faveur de la télémédecine aurait des effets néfastes sur la motivation des professionnels de santé. Ces effets pourraient aboutir à la dégradation de la situation initiale, c'est-à-dire la situation antérieure à l'institutionnalisation de la pratique, en termes de coordination des acteurs mais également de qualité des soins. *In fine,* la politique de télémédecine médecine pourrait non seulement être inefficace mais également contre-productive. L'objectif de ce chapitre était de tester cette hypothèse.

Nous avons mis en évidence qu'il n'existait aucune donnée, à notre connaissance permettant de tester cette hypothèse. C'est pourquoi, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins libéraux de Champagne-Ardenne et de deux départements d'Île-de-France, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. L'objectif de cette enquête était de recenser les informations nécessaires auprès des professionnels médicaux, sur ces territoires, pour pouvoir tester notre hypothèse.

À partir des données recueillies, nous avons apporté des éléments de validation de cette hypothèse en trois temps. Nous avons d'abord mis en évidence les attentes des professionnels médicaux et l'intérêt qu'ils portent à la forme actuelle de la pratique, puis nous avons établi le profil-type des médecins potentiellement utilisateurs de la télémédecine et enfin nous avons caractérisé leurs motivations.

En effet, les résultats de l'enquête nous ont permis, en premier lieu, de mettre en évidence que les médecins interrogés sont majoritairement intéressés par la pratique de la télémédecine mais qu'ils ne franchissent pas le pas pour des raisons qui n'ont aucun lien avec la pratique médicale à distance. Les médecins qui sont intéressés par la télémédecine mais qui ne sont insérés dans un projet évoquent des raisons en lien avec les modalités d'encadrement, de coopération et de régulation de la pratique. Ces raisons concernent alors la lourdeur des tâches liées au suivi des protocoles, des contraintes réglementaires, des modalités de transfert et de partage des tâches avec les autres professionnels de santé. Le type d'acteurs investis dans la gouvernance de la pratique pose également problème aux médecins potentiellement utilisateurs de la télémédecine.

Ensuite, nous avons, en second lieu, établi un profil-type de ces médecins potentiellement utilisateurs de la télémédecine. Nous avons mis en évidence que les caractéristiques sociodémographiques (l'âge, de sexe, la situation familiale, la spécialité pratiquée, les modalités d'exercice et le type d'agglomération dans laquelle se situe le

cabinet) ne permettent pas de discriminer les médecins intéressés par la télémédecine des autres. En revanche, les caractéristiques d'activité, c'est-à-dire celles en lien direct avec les modalités organisationnelles de la pratique, permettent d'isoler un profil type de médecins potentiellement utilisateur de la télémédecine. Cela signifie que les raisons qui pousseraient les médecins à adhérer à la télémédecine seraient des raisons endogènes à son organisation. Dès lors, la forme de la politique de télémédecine influencerait directement l'adhésion des médecins.

Enfin, nous avons révélé que dans notre échantillon, les médecins sont très largement animés par des motivations autonomes puisque 81,4 % d'entre eux se situent du côté positif du *continuum* d'autodétermination (*Cf.* figure p. 461). Dès lors, nous avons mis en évidence que pour ces médecins, le niveau de motivation autonome est positivement lié à la variété des compétences, à l'identité à la tâche et à l'autonomie dans la pratique. Nous pouvons donc affirmer que les résultats obtenus vont dans le sens de notre hypothèse de recherche. Les mécanismes mis en œuvre dans le cadre de l'application de la politique publique de télémédecine risquent de nuire à la motivation des médecins et *in fine* dégrader la qualité de la pratique.

Conclusion de la troisième partie

Suite à la caractérisation des rapports de force entre les différentes échelles de régulation de la télémédecine, l'objectif de cette dernière partie était de discuter des solutions envisagées par les organes en charge du déploiement de la pratique pour sortir de ce conflit de représentation, où les zones de tension identifiées portent principalement sur l'antagonisme des mécanismes de coordination entre les échelles de régulation de la pratique.

Pour cela, nous avons mis en évidence dans le chapitre 6 que le Comité national de pilotage analyse le problème de l'absence de développement de la télémédecine comme étant une question d'incitation. Depuis l'institutionnalisation de la pratique, si les professionnels n'adhèrent pas à la stratégie nationale de déploiement de l'activité ce serait parce qu'ils ne sont pas suffisamment incités à le faire. En cette optique, il suffirait d'introduire des mécanismes incitatifs pour résoudre les conflits inhérents à la forme du développement de la pratique. Après avoir présenté les mécanismes incitatifs en question, qui reposent principalement sur des formes monétaires et des rémunérations conditionnelles, nous en avons pointé les limites.

En effet, nous avons mis en évidence qu'un ensemble de travaux récents (Da Silva, 2014 ; Lievaut, 2012 ; Videau, et al., 2010), qui s'appuie sur les résultats de la psychologie cognitive (Deci et Ryan, 2002 ; Fenouillet, 2012), pointe l'inefficacité, voire la contre-productivité des mécanismes incitatifs à destination des professionnels de santé. Ainsi, si les incitations peuvent, dans une certaine mesure, contraindre les médecins à adhérer à la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, ces incitations risquent néanmoins de dégrader le cadre motivationnel qui anime les médecins. En effet, l'introduction de mécanismes incitatifs peut altérer le jugement que les professionnels ont de leur activité, notamment en matière d'autonomie (Batifoulier, et al., 2011a).

Afin d'éclairer le lien entre les incitations, les motivations et la qualité des soins télémédicaux, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, de Champagne-Ardenne et de deux départements d'Île-de-France : les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. Nous pouvons retenir trois grands enseignements des résultats de cette enquête. Le premier porte sur le fait que les médecins sont favorables à la télémédecine,

mais pas sous la forme proposée par les institutions en charge de son déploiement. Le deuxième enseignement est que les caractéristiques qui permettent de discriminer le profil-type du médecin favorable à la télémédecine sont dépendantes des dispositifs de régulation de la pratique. Enfin, le troisième enseignement est que les médecins sont des individus caractérisés par des motivations autonomes, ce qui les rend hermétiques aux dispositifs incitatifs. En revanche, les interventions externes sur les caractéristiques de l'emploi peuvent avoir des effets contre-productifs (Blais, et al., 1993 ; Hackman et Oldham, 1975). Nous proposons de revenir sur ces trois enseignements.

Les analyses exploratoires menées sur les territoires de Champagne-Ardenne, des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne ont permis de révéler les pratiques habituelles des médecins libéraux. Il en ressort que ces derniers ont déjà adopté, dans leurs pratiques, des comportements favorables au déploiement de la télémédecine. Un tiers des médecins a une pratique non exclusivement libérale et les deux tiers échangent quotidiennement avec d'autres professionnels de santé. Par ailleurs 99 % des médecins utilisent un ordinateur et plus de 80 % se servent d'un logiciel médical. Toutefois, si ces prédispositions semblent être un atout, elles peuvent en réalité constituer un frein. En effet, nous avons mis en évidence que dans le cadre de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, si l'utilisation des technologies est un prérequis indispensable, les dispositifs doivent être harmonisés et les messageries de santé labélisées. La politique de déploiement impose, de fait, aux médecins de se conformer à la réglementation de la télémédecine. Réglementation qui n'existait pas avant l'institutionnalisation de la pratique, la normalisation des outils ayant eu lieu en même temps que la reconnaissance de la pratique. En effet, nous avons largement présenté dans la partie 2 les enjeux de l'interopérabilité des dispositifs de télémédecine et donc la nécessité pour une grande partie des médecins de changer leurs matériels. Cependant, ces nouveaux dispositifs interopérables sont davantage perçus comme un nouveau moyen de contrôle mis en place par les institutions de régulation du déploiement.

Nos analyses exploratoires ont également montré que si les médecins utilisent des outils connectés ils n'en font pas un usage collectif. Or, la politique de télémédecine met en avant la nécessité des échanges de données médicales entre les professionnels et le transfert de compétences entre les professionnels de santé et les professionnels médicaux. Or, les premiers projets de télémédecine se sont construits autour de professionnels de même statut. D'autre part, au sein de la population étudiée, seul 24,70 % des médecins échangent des données de patients. Enfin, cette circulation de l'information médicale est perçue comme un

moyen de faciliter l'évaluation et le contrôle des pratiques. Les modalités de coopération proposées par la puissance publique ne satisfont donc pas les médecins interrogés.

Toutefois, les médecins se montrent, dans une très large majorité, favorables à la télémédecine et se disent prêts à l'utiliser. Pourtant ils ne passent pas à l'acte. Nous avons donc cherché les éléments pouvant servir d'explication à ce paradoxe. Nous avons mis en évidence que les raisons en lien avec la pratique en tant que telle ne permettent pas de justifier la frilosité des médecins. En revanche, les modalités d'encadrement et de régulation de la pratique semblent davantage justifier l'absence de passage à l'acte. Si la rémunération et son montant posent problème, les acteurs qui jouent un rôle dans le déploiement sont également pointés du doigt.

La description faite par les médecins de leurs attentes, en termes d'organisation et d'encadrement, correspond à la description que nous avons faite de la télémédecine au sein de la cité par communauté (*Cf.* Chapitre 5 p. 324). Or, nous avons mis en évidence que cette organisation est très différente de celle proposée par le comité national de pilotage du déploiement, qui repose sur une logique industrielle. Nous pouvons donc conclure au sujet de ce premier enseignement que les médecins sont favorables à la télémédecine mais dans sa forme pré-institutionnalisée.

Dans le chapitre 7 nous avons également défini le profil-type du médecin utilisateur de télémédecine. Nous pouvons en tirer un deuxième enseignement. En effet, contrairement aux postulats faits dans la littérature, les caractéristiques socio-démographiques n'influencent que très peu le profil du télémédecin. Que ce soit l'installation dans une zone rurale, le statut parental ou l'âge, au sein de la population étudiée ces caractéristiques ne sont pas discriminantes. En revanche, les caractéristiques liées à la pratique influencent fortement l'attrait pour la télémédecine. Or, si les caractéristiques socio-démographiques sont indépendantes de la politique de santé, le cadre de la pratique, lui, est complètement lié à la réglementation et aux choix politiques. Ainsi, les critères sur lesquels il est possible de discriminer les médecins en termes d'adhésion à la télémédecine sont dépendants du cadre organisationnel et peuvent évoluer en même temps que les dispositifs de régulation. Nous avons par exemple mis en évidence que les médecins ayant une activité ordinale ou syndicale sont davantage intéressés par la pratique que ceux n'en ayant pas. Nous avons pointé que l'Ordre et les syndicats constituent les acteurs de la régulation interne de la pratique. Or, en l'état actuel du déploiement de la télémédecine, les intentions des institutions internes et externes ne convergent pas. Il est donc possible d'en déduire que tant que ces intérêts seront

divergents, les médecins pourtant intéressés par la télémédecine ne la pratiqueront pas ou ne la pratiqueront pas dans sa forme institutionnalisée.

Les résultats empiriques nous permettent donc de conforter l'idée que le faible déploiement de la télémédecine repose bien sur un conflit de représentation entre les médecins et les institutions de régulation externe de la pratique médicale, comme nous l'avions déduit de l'analyse en termes de cité, réalisée dans la partie 2. Le comité national de pilotage du déploiement de la télémédecine propose des mesures incitatives pour dépasser ce conflit de représentation et favoriser l'adhésion des médecins.

L'enquête télémédecine nous a permis d'analyser les conséquences de ces dispositifs. En effet, nous avons mis en évidence dans cette partie que les interventions extérieures dans la réalisation des pratiques professionnelles pouvaient avoir des conséquences négatives sur le comportement des individus animés par un fort niveau de motivations autonomes. Les médecins interrogés au sein de l'enquête télémédecine sont caractérisés par un niveau très élevé de motivations autonomes. Leur comportement n'est donc pas identifié ni défini par les institutions en charge du déploiement de la télémédecine. En effet, ces médecins ne correspondent pas à l'idéal-type comportemental décrit dans les théories supports du *New public management*. Les effets des politiques qui visent à inciter l'adhésion des médecins ne peuvent donc pas avoir le niveau attendu par les institutions de gouvernance. Pire, ces interventions externes peuvent avoir des effets négatifs sur la pratique. La littérature met en évidence l'existence d'un lien de causalité entre les caractéristiques d'un emploi et le niveau de motivation autonome. Toute intervention externe susceptible de modifier ces caractéristiques en termes d'autonomie, de compétences et d'identité à la tâche peut alors entraîner une baisse de la motivation et donc avoir un effet contre-productif. Nous avons testé et validé ce niveau de corrélation pour la population étudiée au sein de l'enquête télémédecine. Cela signifie donc que les actions menées par les institutions en charge du déploiement sont effectivement susceptibles de diminuer le niveau de motivation autonome des médecins. En d'autres termes, plus la gouvernance de la télémédecine s'orientera vers la mise en place et le renforcement d'incitation, vers le contrôle du comportement et l'encadrement de l'autonomie des médecins, plus ces derniers devraient adopter une démarche opportuniste et calculatrice.

Conclusion générale

« *Messis in herba est* »
(Ovide, *Les Héroïdes*, lettre 17, p. 263)

En France, la télémédecine, n'est reconnue juridiquement que depuis 2009. Comme peut être interprétée la métaphore en épigraphe de cette conclusion, *la chose n'en est qu'à ses débuts*. Malgré sa jeune existence légale, l'institutionnalisation de la pratique a toutefois révélé différentes tensions sous-jacentes entre les acteurs de la production et ceux du pilotage de l'organisation des soins. Deux interprétations de l'expression deviennent possibles. La première renvoie à l'idée qu'il est nécessaire de laisser un temps d'adaptation à toute nouvelle forme organisationnelle. La seconde, au contraire, laisse penser que les problèmes ne font que commencer.

Dans son édition du 13 septembre 2016, le journal *Le Monde* titre justement l'un de ses articles « *Financement de la télémédecine : bras de fer entre les hôpitaux et le gouvernement* ». Il y est décrit, par des membres de la Fédération hospitalière de France[151] (FHF), l'obstacle « majeur » que représente l'absence de rémunération pérenne de l'activité ainsi que la relation tendue à ce sujet entre les hôpitaux et les représentants de la tutelle. Les membres de la FHF interrogés dans cet article font part de leurs attentes vis-à-vis du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017. De nouveau, il leur a été promis par la puissance publique que le développement, tant attendu, de la télémédecine est pour bientôt. Toutefois, cette promesse est conditionnée par un élément : la preuve de la performance du modèle organisationnel retenu. Pierre Simon, médecin et ancien président de la Société française de télémédecine, affirme dans l'article : « *Il faut maintenant convaincre les pouvoirs publics qu'il y aura un retour sur investissement et des gains d'efficience mesurables sur plusieurs années* », autrement dit que le modèle est performant en soi.

L'objectif de cette thèse était justement d'apporter un cadre d'analyse à ce *« bras de fer* » récurrent, décrit dans l'article du *Monde,* entre les utilisateurs premiers des dispositifs de

[151] Outre des hôpitaux publics, la FHF réunit aussi des structures médico-sociales telles que des maisons de retraite ou des maisons d'accueil médicalisées. La FHF peut être interprétée comme un lieu de débat rattaché au *forum* professionnel.

télémédecine, les médecins, et les acteurs publics de la régulation de la pratique. Toutefois, contrairement aux protagonistes qui interviennent dans l'article du *Monde*, notre recherche s'est focalisée sur la médecine de ville, et plus précisément la médecine libérale. En effet, c'est à cet endroit que les tensions sont les plus fortes, compte tenu en particulier du faible nombre de projets de télémédecine recensé hors hôpital (DGOS, 2013).

La naissance de rapports conflictuels entre les forces en présence coïncide avec la mise en œuvre de la stratégie nationale de déploiement de l'activité, ceci en médecine de ville comme à l'hôpital. Nous avons alors fait l'hypothèse que le faible développement de l'activité télémédicale en médecine libérale, depuis cette date, est lié à la forme de l'intervention publique qui lui est associée, tant en raison des supports théoriques du référentiel de marché que de ses modalités d'application. Plus précisément, l'hypothèse interprétative globale que nous avons posée était qu'en s'appuyant sur le référentiel de marché décrit par les approches cognitives des politiques publiques, la politique de télémédecine va à l'encontre des attentes et du comportement des médecins dans sa construction de l'institutionnalisation de la pratique, ce qui amène alors à la situation de blocage constaté.

La politique de télémédecine est ainsi au cœur de notre thèse. Notre partie 1 visait donc à présenter cette politique et ses dispositifs, ainsi que leur articulation au système de soins. La caractérisation de la politique de télémédecine nous a ensuite permis, dans les deux parties suivantes, de montrer que les raisons du faible déploiement de la télémédecine se situent (i) dans l'absence de prise en compte de l'environnement institutionnel de l'organisation télémédicale et (ii) dans l'esquive, compte tenu des supports théoriques de la politique, des rapports sociaux entre les acteurs du champ. Dans cette conclusion, nous revenons sur ces résultats et en proposons une mise en perspective.

1. Le développement de la télémédecine, une affaire de politique publique

Préalablement à l'analyse de son déploiement, il a été nécessaire de définir l'objet télémédecine. En effet, à l'issue de deux recensions de la littérature, l'une réalisée à partir de revues économiques et l'autre à partir de revues télémédicales, nous avons pointé l'absence de convention de définition de la télémédecine et *a fortiori* de caractérisation de système de télémédecine. En adoptant une démarche régulationniste, nous avons caractérisé la configuration institutionnelle du système de télémédecine et avons déterminé son articulation

avec les systèmes de soins et de santé. La mise en évidence de l'interdépendance entre ces trois systèmes nous a alors amené à raisonner de façon encastrée pour notre analyse du déploiement de la pratique.

Cet exercice de caractérisation du système de télémédecine nous a permis, ensuite, d'analyser la façon dont la politique de télémédecine agit dans et sur le système télémédical. L'analyse menée dans le premier chapitre de cette thèse de confirme l'hypothèse émise dans l'introduction générale selon laquelle le faible déploiement de la télémédecine, en France, est lié à la forme de la politique publique. Pourtant, cette politique est supposée faciliter sa mise en œuvre.

Afin de le démontrer, dans la continuité des travaux de Achim Lang et Alexander Mertes (2011) et de Hamid Moghaddasi et Reza Rabiei (2013), nous avons cherché à différencier les pays les plus utilisateurs de la télémédecine des autres. Ces auteurs montrent, par plusieurs méthodes, que la situation économique du pays (PIB par habitant), le taux d'utilisation des TIC dans la pratique médicale et la politique de santé (dépenses de santé, publiques et privées, en % du PIB, nombre de médecins) ne permettent pas de différencier les pays dans lesquels la télémédecine se développe de ceux dans lesquels elle ne se développe pas. Dans une même perspective, nous avons construit une grille analytique des systèmes de télémédecine afin d'en recenser les caractéristiques organisationnelles, démographiques (tant médicales que de la population), épidémiologiques, financières, médicales, historiques et géographiques. Nous avons renseigné cette grille pour 24 pays de l'OCDE (dont la France). Après la comparaison des grilles de chaque pays, nous sommes parvenus à la conclusion que ces caractéristiques ne permettent pas, à elles seules, de différencier les pays les plus utilisateurs de la télémédecine des autres. Nous en avons alors déduit que le principal critère explicatif du niveau de développement de la pratique se situe dans les modalités de l'action publique, c'est-à-dire à la mise en œuvre de la politique publique.

Les résultats de cette analyse comparative ont permis de valider l'hypothèse selon laquelle la politique de télémédecine, en tant que dispositif institutionnel, peut entrer en confrontation avec les logiques socio-économiques des systèmes. Le niveau de développement de la pratique dépend du degré de cohérence entre la politique de télémédecine et les différentes logiques socio-économiques qui caractérisent le système de télémédecine. Nous avons alors mis en évidence que, plus le niveau de cohérence est élevé, plus la pratique est développée et réciproquement, moins la politique est cohérente avec les logiques socio-économiques, moins la télémédecine est pratiquée.

Ce premier résultat nous a amené à caractériser, dans le chapitre 2, la politique publique de télémédecine française afin de déterminer en quoi, compte tenu du faible déploiement de la pratique, celle-ci n'est pas cohérente avec les logiques socio-économiques du système télémédical. En mobilisant les outils analytiques de l'approche cognitive des politiques publiques (Hassenteufel, 2008a ; Jobert et Muller, 1987 ; Muller, 2014 ; Muller, et al., 2005), nous avons mis en évidence que la politique de télémédecine repose sur les principes du référentiel de marché, dont les supports théoriques renvoient aux postulats des théories du choix public, des coûts de transaction et de l'agence.

Dès lors, nous avons montré que l'introduction des principes de ce référentiel, dans la politique de télémédecine, a été rendue possible par la conjonction de deux éléments antérieurs à la politique : l'industrialisation de l'activité d'une part et l'institutionnalisation de la pratique, après sa reconnaissance juridique d'autre part. En effet, l'industrialisation du soin, entendue comme le renforcement du capital comparativement au travail dans le *process* de production, a permis l'introduction de nouveaux arrangements institutionnels (Tournay, 2007) entre les médecins, la tutelle et les acteurs industriels producteurs des outils télémédicaux. Cette industrialisation de la production de soins a réduit les écarts informationnels entre les médecins et la tutelle au sujet de l'organisation productive des soins. La télémédecine autorise alors à entrer dans la boîte noire qu'est la production de soins en cabinet libéral. Ainsi, l'introduction de la technologie dans le colloque singulier a permis à la tutelle de voir la télémédecine comme un outil de renouvellement de l'action publique.

L'institutionnalisation de la pratique a fait le reste, la reconnaissance juridique de la télémédecine permettant la standardisation des procédés télémédicaux et la formalisation des protocoles de soins. D'un outil technologique au service de la production de soins, la télémédecine est devenue un instrument de politique publique à même de mesurer la performance des producteurs de soins. D'après les partisans du référentiel de marché, le problème identifié dans le champ de la santé est l'inefficience - dont la définition reste plus que floue (Mistry, Garnvwa et Oppong, 2014) - de l'allocation des ressources dans le système médical. La télémédecine possède alors l'avantage d'être simultanément l'outil de mesure et d'amélioration de la performance des producteurs de soins. Toutefois, la construction de la politique de télémédecine, fondée sur le référentiel de marché, repose sur des dispositifs institutionnels désencastrés. En adoptant une démarche institutionnaliste nous avons pointé les limites de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine.

2. Le modèle productif de la gouvernance télémédicale : entre impératif global, adaptabilité sectorielle et tensions sociales

L'analyse des politiques publiques menée par Yves Mény et Jean-Claude Thœnig (1989), invite à étudier la production de ceux qui gouvernent pour comprendre le sens l'action publique. Dans la deuxième partie de notre thèse, nous avons ainsi construit un cadre analytique à même de caractériser la production des organes du comité national de pilotage du déploiement de la télémédecine. Ce qui nous a permis de définir les objectifs de la politique de télémédecine et d'analyser les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

Le modèle productif sur lequel repose la gouvenance de la télémédecine peut être caractérisé de forme hybride, au sens de Robert Boyer (1997), du *New public management*. En effet, nous avons pointé, dans le chapitre 3, les formes génériques contemporaines des modèles productifs de l'action publique dans les pays de l'OCDE. Nous avons alors montré que la mise en œuvre des politiques publiques, dans ces pays, se fait par l'application des principes organisationnels du *New public management*, eux-même fondés sur le référentiel de marché.

En croisant les travaux de Patrick Dunleavy et Christopher Hood (1994) avec ceux de Christopher Hood et Guy Peters (2004) et de Hae-Ok Pyun (2013), nous avons pointé l'existence de quatre principales formes hybrides de production de l'action publique : (i) l'*État petit consommateur* (l'action publique est tant le résultat de la production du secteur privé que du secteur public et la règlementation qui encadre cette production est faible) ; (ii) la *Gouvernance sans pilote* (maintien d'une séparation stricte entre le public et le privé dans la production de l'action publique et faible règlementation) ; (iii) la *Bureaucratie publique* (évolution minimale comparativement à la bureaucratie wébérienne, maintien d'une séparation entre public et privé et niveau élevé de règlementation de la production) ; (iv) *le Gros embouteillage institutionnel* (faible distinction entre public et privé dans la production, mais forte règlementation).

À partir de cette caractérisation, nous avons déterminé le modèle productif de l'action publique en France, que nous avons nommé *New public management à la française* et qui est lui-même une hybridation de la *Bureaucratie publique* et du *Gros embouteillage institutionnel*.

Dans une perspective analytique multi-niveaux des effets de la politique de télémédecine, nous avons identifié deux principales sources de tension liées au modèle productif de l'action publique en faveur de la télémédecine. La première, analysée dans le chapitre 4, se situe à l'échelle sectorielle. La seconde, caractérisée dans le chapitre 5, rend compte des conflits à l'échelle des groupes sociaux.

Dans sa présentation faite par le comité national de pilotage de déploiement de la télémédecine, la gouvernance de l'activité doit se faire en suivant les principes du *New public management* à la française. Toutefois, nous avons démontré dans le chapitre 4 que, dans les faits, la mise en œuvre de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine se trouve en tension permanente entre d'une part l'application des principes du *New public management à la française*, qui apparaît comme une organisation productive institutionnellement désencastrée, et d'autre part le respect des dispositifs institutionnels sectoriels historiques de la production de soin, interdépendants de leur environnement. L'application de la politique sectorielle de la télémédecine est donc conditionnée par sa cohérence, non seulement avec de l'action publique menée à l'échelle globale, mais également avec son insertion dans le contexte sectoriel de la production de soins.

Nous avons alors pointé que, dans le cadre de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, les institutions en charge de la gouvernance de la pratique prônent la mise en œuvre d'actions qui s'inscrivent dans le modèle hybride du *Gros embouteillage institutionnel* et proposent un réaménagement complet du modèle organisationnel de la production des soins. Les applications effectives de la politique de télémédecine s'inscrivent alors dans une logique qu'il est possible d'associer au modèle hybride de la *Bureaucratie publique*. Cela signifie que, pour chaque mesure visant initialement l'introduction de mécanismes concurrentiels et un transfert de tâches du public vers le privé dans l'organisation de la production de soins, l'application se fait en réalité par le biais d'un renforcement de l'intervention de l'État sans que les mécanismes concurrentiels ne soient opérationnels. Nous avons effectivement recensé quatre caractéristiques de la politique de télémédecine mises en tension entre les logiques nationales du *New public management à la française* et les logiques socio-économiques sectorielles : (i) l'externalisation de la production hospitalière, (ii) la mise en œuvre de l'interopérabilité des systèmes d'information de télémédecine, (iii) l'introduction de mécanismes de rémunération incitatifs et (iv) l'évaluation de la performance de l'action publique.

L'échec de ces dispositifs de la politique publique signifie que la trajectoire du modèle productif de l'action publique en faveur de la télémédecine ne suit donc pas l'axe initial. Cette

trajectoire laisse envisager l'échec à long terme du modèle productif sectoriel de la gouvernance de la télémédecine.

Si les tensions à l'échelle sectorielle représentent la première explication que nous avons apportée au faible déploiement de la télémédecine, elles n'en sont pas les seules. Les conflits entre les groupes sociaux, acteurs de la régulation de la pratique, en sont une seconde. En effet, dans le chapitre 5 nous avons identifié deux échelles de régulation des pratiques télémédicales, l'une externe, composée des acteurs nationaux et régionaux de la gouvernance de la télémédecine et l'autre interne, caractérisée par les professionnels de santé utilisateurs des dispositifs de télémédecine.

À partir du concept de *cité* (Boltanski et Thévenot, 1991), nous avons pointé plusieurs contradictions entre les représentations de ce qui constitue la grandeur des différents groupes sociaux. Nous avons ainsi rattaché les acteurs de la régulation externe à ce que Luc Boltanski et Ève Chiappelo (1999) appellent les principes de la cité par projet et les acteurs de la régulation interne aux idéaux de la cité définie par Anne Buttard (2008b), la cité par communauté.

Nous avons alors mis en évidence que le faible déploiement de la télémédecine s'explique également par les écarts de représentation du juste et du légitime entre ces goupes sociaux aux logiques d'action antagoniques. Les acteurs de la régulation externe suivent en effet une logique d'action que nous avons qualifiée d'industrielle marchande, qui repose sur la grandeur de la cité par projet, en adéquation avec la vision associée au référentiel de marché et compatible avec les principes du *New public management à la française*. À l'inverse, les acteurs de la régulation interne, suivent une logique d'action que nous avons qualifiée de professionnelle et qui repose sur les principes de la cité par communauté, à savoir l'autonomie professionnelle et le respect de l'éthique professionnelle. La logique d'action professionnelle est caractéristique des acteurs primo-utilisateurs de la télémédecine, c'est-à-dire dans la forme précédent l'institutionnalisation de la pratique.

Nous avons également pointé que les rapports de force entre ces groupes sociaux participent à la déviation de la trajectoire du modèle productif de la gouvernance de la télémédecine. Nous avons interprété l'enlisement dans ce conflit comme tenant à l'impossibilité pour les acteurs du comité de pilotage d'identifier les raisons du blocage du déploiement, compte tenu de leur grille de lecture par le référentiel de marché.

3. Les caractéristiques individuelles du télémédecin, singularités invisibles dans le référentiel de marché

L'analyse menée dans les parties 1 et 2 de la thèse nous a permis de caractériser le blocage du déploiement de la télémédecine, mettant en évidence l'inefficacité de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine. Dans la troisième partie, nous avons souhaité aller plus loin en déterminant si la situation peut encore se dégrader, c'est-à-dire passer de l'inefficacité à la contre-performance. Les réorientations successives de la politique de télémédecine, que nous avons identifiées comme un *bricolage institutionnel* (Frinault, 2005), notamment dans la présentation des cahiers des charges des expérimentations de l'article 36, ont pour objectif d'agir sur les éléments du système, dont les médecins font partie. Toutefois, les actions menées, au lieu de résorber les conflits, paraissent les renforcer. C'est ce que nous avons analysé dans la dernière partie.

Nous avons mis en évidence, dans le chapitre 6, que les acteurs publics en charge de la gouvernance de la télémédecine font une interprétation particulière du faible développement de la télémédecine. L'absence de dynamisme ne serait pas due, comme nous le montrons, à des tensions entre les acteurs, mais à un manque d'intérêt pour la pratique de la part des médecins libéraux. Le *bricolage institutionnel* de la politique de télémédecine serait alors la matérialisation de la recherche de la « bonne » forme incitative des médecins.

Conformément au cadre du référentiel de marché, qui guide leur problématisation et l'identification de solutions, les organes en charge du déploiement de la télémédecine se représentent l'individu médecin comme un agent doté d'une rationalité instrumentale et maximisateur d'une utilité individuelle. Dans cette forme de représentation, si les médecins n'adhèrent pas à la télémédecine et aux modalités de coordination proposées par l'échelle externe de régulation, c'est parce qu'ils ne seraient pas suffisamment incités à le faire.

Pour apporter une caractérisation de l'agent alternative à celle du comité de pilotage, nous avons fait appel au cadre analytique de la théorie psychologique de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985 ; Deci et Ryan, 2002 ; Fenouillet, 2012), également mobilisé par l'Économie des conventions (Batifoulier, et al., 2011a ; Batifoulier et Biencourt, 2005 ; Gadreau, 1993 ; Videau, et al., 2010). À partir de ce cadre, nous avons réalisé une revue des analyses des motivations des individus et en avons retenu plusieurs enseignements : (i) la motivation est un élément interne à l'individu, les incitations, ou toute autre forme

d'intervention externe, n'agissent pas directement sur la motivation mais sur la représentation de l'environnement qu'a l'individu, le changement de représentation pouvant modifier ses motivations ; (ii) la motivation peut être représentée sur un *continuum* qui matérialise le niveau d'autodétermination de la motivation individuelle ; (iii) les motivations contrôlées (extrinsèques) ne s'additionnent pas aux motivations autodéterminées (intrinsèques), chaque forme représentant une position précise sur le *continuum* motivationnel. Cette non-additivité révèle alors la possibilité d'un effet d'éviction entre les motivations contrôlées et les motivations autodéterminées.

Nous en avons conclu que, contrairement aux postulats associés au référentiel de marché, l'évolution des motivations ne peut pas être interprétée correctement avec une approche en termes de relation d'agence. Nous avons alors posé trois hypothèses de travail (*Cf.* encadré 35 *infra*), dans la lignée de celles de la théorie de l'autodétermination et de l'Économie des conventions.

Encadré 35 – Nos hypothèses de travail sur la motivation télémédicale

Hypothèse 1 : Les incitations monétaires mises en œuvre dans le cadre de la stratégie de déploiement de la télémédecine peuvent nuire aux motivations autonomes des médecins.

Hypothèse 2 : Le niveau de motivations autonomes dépend des caractéristiques du travail des médecins.

Hypothèse 3 : Les normes nouvelles de la télémédecine peuvent dégrader les motivations autonomes des médecins.

Les différentes stratégies rattachées aux multiples cahiers des charges des expérimentations dites article 36, matérialisent le souhait du comité de pilotage de poursuivre systématiquement la satisfaction des critères de performance affichés par la politique de télémédecine. Toutefois, les organes de pilotage ignorent les conséquences de ces stratégies sur les motivations des médecins utilisateurs des dispositifs de télémédecine.

L'analyse empirique, plus exploratoire que confirmatoire en raison de la taille de l'échantillon et de la portée des résultats menée dans le chapitre 7 à partir de ces hypothèses de travail (*Cf.* encadré 35 *supra*), concorde avec notre postulat que la trajectoire de la gouvernance de la télémédecine peut *in fine* aboutir à une dégradation de la qualité des soins télémédicaux. Nous proposons de revenir sur ces résultats.

L'enquête télémédecine, que nous avons construite, nous a permis d'une part de caractériser le profil-type des médecins utilisateurs de la télémédecine en Champagne-

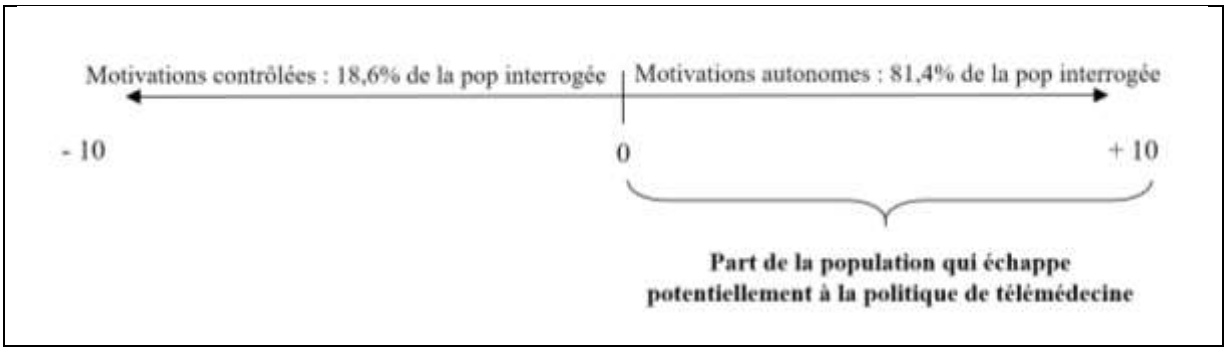
Ardenne et en Île-de-France et d'autre part d'identifier leurs motivations. Ces résultats contribuent à discuter de la stratégie affichée par le comité de pilotage national de la télémédecine.

Au sein de la population étudiée dans l'enquête télémédecine, les caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, situation familiale, zone géographique d'exercice) ne permettent pas de différencier les médecins potentiellement utilisateurs de la télémédecine de ceux non-utilisateurs. En revanche, les caractéristiques liées à l'activité (modalités d'exercice, engagement dans la formation, utilisation de dossier médical informatisé, suivi des guides de bonnes pratiques, *etc*.) nous ont permis de distinguer les médecins les plus favorables à la pratique des autres. Or, ces caractéristiques liées à la pratique sont directement dépendantes du cadre organisationnel et réglementaire mis en place par les institutions régulatrices. En d'autres termes, l'adhésion à la pratique de la télémédecine, pour la population étudiée est donc quasi-exclusivement liée aux modalités de régulation.

Si les médecins n'adhèrent pas aux projets de télémédecine, c'est donc en raison des conditions actuelles de la stratégie de développement. Les explications usuelles données par le comité de pilotage (médecins non familiers de l'informatique, trop âgés pour s'intéresser à la pratique ou encore situation familiale inadaptée) ne se retrouvent pas pour les médecins de l'enquête télémédecine. Pour cette population particulière, le manque d'intérêt porté à la télémédecine tient donc à la forme de la politique.

Le second résultat de l'enquête télémédecine porte sur la caractérisation de la motivation des médecins. À partir de la construction d'un index des motivations professionnelles, adapté des travaux de Marc Blais et al. (1993), nous avons montré qu'une large majorité des médecins (81,4 %) interrogés dans le cadre de l'enquête est animée par des motivations autonomes (*Cf.* encadré 28 *infra*). Autrement dit, pour ces médecins, les caractéristiques individuelles ne correspondent pas aux postulats comportementaux partagés par le comité de pilotage de la télémédecine (selon lesquelles les médecins sont animés par des motivations contrôlées).

Figure 28 - Répartition de la population interrogée sur le *continuum* d'autodétermination



Potentiellement, les mesures prises dans le cadre de la politique de télémédecine, dans la population interrogée, excluent plus de 80 % des médecins libéraux. Par ailleurs, non seulement le comportement de ces médecins, motivés de façon autonome (intrinsèquement), semble échapper aux mécanismes de régulation de la politique de télémédecine, mais de surcroît, les mesures incitatives peuvent à terme nuire à ces motivations. S'il ne nous a pas été possible de mesurer l'influence des dispositifs incitatifs de la politique de télémédecine en tant que telle, leurs mises en œuvre étant trop récentes, nous avons néanmoins constaté une relation positive entre le niveau de la motivation autonome des médecins et (i) la variété des compétences médicales, (ii) l'identité des tâches et (iii) l'autonomie dans la pratique. À la lecture de ces résultats, il est effectivement possible de considérer que, dans l'état actuel des postulats du comité de pilotage concernant les caractéristiques individuelles des médecins, les effets de la politique de télémédecine ne soient pas seulement inefficaces mais pourraient, à terme nuire à la qualité du travail télémédical.

4. La trajectoire du modèle productif de l'action publique en faveur de la télémédecine au 1er septembre 2016

L'analyse réalisée dans notre thèse porte principalement sur l'action publique menée en faveur de la télémédecine dans le cadre du premier cahier des charges des expérimentations de l'article 36 (en vigueur du 17 avril 2015 au 28 avril 2016). Toutefois, compte tenu des résultats de notre recherche (i) en termes d'identification et de caractérisation des rapports de force dans le déploiement de la télémédecine et (ii) en matière de caractérisation des motivations des médecins et de leur sensibilité aux incitations, il est possible de réaliser un rapide panorama de la trajectoire actuelle de la gouvernance de la

télémédecine, effective dans le cadre du nouveau cahier des charges en date du 5 mai 2016. Les principales caractéristiques des deux cahiers des charges des expérimentations de l'article 36 sont récapitulées dans le tableau 26 (*Cf. infra*).

Le passage du premier au second cahier des charges de l'application de l'article 36 semble confirmer la trajectoire du déploiement de la télémédecine vers une logique toujours plus industrielle, et donc la persévérance du *bras de fer* entre les médecins et les représentants de la puissance publique.

Cela se traduit notamment en matière d'objectif attribué aux expérimentations. Si le premier cahier des charges mettait en avant la recherche de l'amélioration de la qualité des soins, le second pointe avant tout la nécessité d'efficience. Cet objectif entre alors pleinement dans la logique d'action industrielle marchande de l'échelle externe de régulation, mais se situe de nouveau en conflit de représentation avec la logique professionnelle de l'échelle interne. Il en va de même pour les modalités d'évaluation. Il semblerait que le comité de pilotage retienne de l'échec du premier cahier des charges un manque de dispositifs industriels dans son application. En effet, les nouvelles modalités d'évaluation renforcent les principes de standardisation des organisations télémédicales et plébiscitent les essais randomisés. Ici encore, le nouveau cahier des charges réaffirme l'application d'une logique industrielle marchande telle que nous l'avons définie dans le chapitre 5 et occulte les principes supérieurs de la cité par communauté.

Pour contre-balancer ces dispositifs industriels, le nouveau cahier des charges renforce également les mesures incitatives en matière de rémunération des actes. Les postulats comportementaux faits par la puissance publique restent identiques et le durcissement des conditions expérimentales est associé à un renforcement des mécanismes incitatifs.

Ici encore, plus de marché semble aller de pair avec plus d'État, le rôle des ARS devient minimaliste dans le second cahier des charges. Le comité national reprend à son compte l'encadrement total des expérimentations. Les conventions et contrats passés avec les ARS disparaissent du nouveau cahier des charges, toutes les relations organisationnelles et d'évaluation suivent à présent une ligne directe État/projet de télémédecine. Le rôle des ARS se limite à l'observation, afin de faire remonter les informations à l'échelle centrale.

Tableau 26 – Les évolutions du cahier des charges des expérimentations de télémédecine

	1er cahier des charges des expérimentations article 36	**2nd cahier des charges des expérimentations article 36**
Date d'effet	Du 17 avril 2015 au 28 avril 2016	Depuis le 5 mai 2016
Objectif des expérimentations	Améliorer l'accès aux soins	Améliorer l'efficience de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'Assurance maladie
Périmètre des expérimentations	Prise en charge par télémédecine de patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes 2 actes de télémédecine en expérimentation : téléconsultation et téléexpertise Prise en charge en ville (domicile, cabinet médical ou structure d'exercice coordonné) 9 régions expérimentatrices	Prise en charge par télémédecine de tout patient présentant une ou plusieurs affection(s) longue durée 2 actes de télémédecine en expérimentation : téléconsultation et téléexpertise Prise en charge en ville (domicile, cabinet médical ou structure d'exercice coordonné) 9 régions expérimentatrices
Pilotage des expérimentations	Pilotage national par le comité national de pilotage (+ représentants des professionnels médicaux de la ville) Pilotage régional par les ARS : - Conventionnement obligatoire - Contrat de télémédecine - Respect obligatoire des modalités de pilotage régionales	Pilotage national par le comité national de pilotage (+ représentants des professionnels médicaux de la ville et de l'hôpital) Pilotage régional par les ARS : - Abrogation du conventionnement - Abrogation de la contractualisation - Veille au respect des directives nationales
Modalités expérimentales de rémunération	Rémunération à l'acte du médecin expert qui réalise l'acte intellectuel à distance (28 € pour une téléconsultation, 14 € pour une téléexpertise) Le professionnel requérant, qui réalise l'acte technique, n'est pas rémunéré	Rémunération à l'acte de la téléconsultation du médecin expert (26 € pour un généraliste, 28 € pour un spécialiste et 43,7 € pour un psychiatre). Rémunération au forfait des téléexpertises du médecin expert (40 € par patient) Le professionnel requérant qui réalise l'acte technique n'est pas rémunéré
Modalités d'évaluation	L'évaluation est « *un élément fondamental d'aide à la décision des pouvoirs publics en vue d'une généralisation du déploiement de la télémédecine* » L'évaluation doit permettre de mesurer les effets attendus de la télémédecine et conditionne son déploiement (l'évaluation est réalisée sous la forme d'une matrice d'impacts proposée par la HAS (Cf. tableau 16 p. 262)).	L'évaluation de la HAS constitue « *une évaluation médico-économique en vue d'une inscription des actes aux nomenclatures de l'Assurance maladie (…). L'évaluation nécessite de caractériser les processus liés à l'intervention de manière précise et à partir d'une grille permettant de décrire chaque organisation de façon standardisée. Elle nécessité de quantifier l'effet de l'intervention par rapport à une situation de référence et de mesurer les*

	1er cahier des charges des expérimentations article 36	2nd cahier des charges des expérimentations article 36
	L'ARS doit fournir un rapport mensuel à la DGOS mentionnant le nombre d'actes réalisés, le nombre de patients et de professionnels impliqués et les sommes versées. Les informations recueillies par le système d'information permettent également de connaître le temps de réalisation de chaque acte. En outre, l'ASIPSanté doit mener une évaluation des coûts liés à l'usage des systèmes d'information dédiés à la télémédecine.	*effets avec une temporalité suffisante. Une mesure avant/après avec un groupe contrôle est préconisée* ». L'évaluation est toujours menée à partir de la matrice d'impacts proposée par la HAS. Le rôle de l'ARS dans l'évaluation s'arrête à la description du projet.

Pour analyser la politique sectorielle de télémédecine et ses effets, nous avons développé une analyse multi-niveaux qui nous a amené à ouvrir la boîte noire de l'articulation entre (i) le système de télémédecine, (ii) les groupes sociaux qui le composent, insérés dans des cités et (iii) les médecins en tant qu'éléments de ces groupes sociaux. De notre analyse, nous retenons que la politique de télémédecine prend mal en compte l'insertion du système de télémédecine dans son environnement institutionnalisé, ce qui crée des tensions entre les objectifs de la politique et les logiques socio-économiques historiques de la production de soins. En éludant les caractéristiques spécifiques des médecins, les dispositifs proposés par la politique vont alors à l'encontre des logiques de production de soins.

La caractérisation précise de la population des médecins, que nous avons réalisée, indique que ces derniers sont motivés de façon autonome alors que la logique industrielle marchande portée par la gouvernance de la télémédecine envisage ces individus comme motivés de façon contrôlée, et cherche justement à contrôler leurs motivations en agissant sur l'environnement des individus (afin de pouvoir aboutir à des motivations contrôlées). Le conflit entre acteurs pourrait se résoudre si un principe supérieur était adopté de façon conjointe par les différents groupes d'acteurs (régulation externe *versus* régulation interne). La solution proposée à travers les remaniements du cahier des charges de l'article 36 semble au contraire s'orienter vers un éloignement des principes supérieurs animant les différentes cités, ce qui renforcerait le conflit.

A contrario, notre thèse suggère qu'un compromis vertueux pourrait être trouvé si la gouvernance de la télémédecine intègre les logiques d'action de la régulation interne à sa réflexion et dans les dispositifs qui en émanent. Si les professionnels de santé restent peu consultés par les organes de régulation externe, notre thèse propose une alternative complémentaire à leur intégration. Elle caractérise finement le comportement de ce groupe isolé de la décision politique, mais aussi en dresse le profil-type des membres. En effet, nous mettons en évidence que les médecins suivent, en tant que groupe, le principe supérieur de l'autonomie et que ces derniers sont essentiellement motivés de façon autonome.

Bibliographie

ABECASSIS, P., & J.-P. DOMIN (2009), "L'évolution des conventions médicales à travers leur discours. Les maux de la politique économique de santé," *in Emploi et politiques sociales. Tome 1 : défis et avenirs de la protection sociale.*, (éds) T. Barnay, & F. Legendre. Paris: Éditions de L'Harmattan, pp. 71-84.

— (2011a), "Comment les omnipraticiens expliquent-ils leurs pratiques tarifaires : quelques paradoxes de la politique de santé," *Politiques et management public*, Vol. 28, n° 1, pp. 27-55.

— (2011b), "La justification du dépassement d'honoraire chez les omnipraticiens : une réponse rationnelle à une politique de santé irrationnelle ?," *Économies et Sociétés, Série EGS*, n° 12, pp. 411-440.

— (2011c), "Les médecins généralistes face à la contractualisation de leur rémunération. Des motivations contrastées," *Journal d'économie médicale*, Vol. 29, n° 5, pp. 231-246.

— (2016), "Le rôle des syndicats de médecins dans la production des idées en matière de politique de conventionnement. Une étude lexicométrique (1971-2008)," *Mots. Les langages du politique*, Vol. 110.

ADMINISTRATEUR GENERAL DES DONNEES (2015), *Les données au service de la transformation de l'action publique*.

AKERLOF, G. A. (1970), "The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism," *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, n° 3, pp. 488-500.

AKERLOF, G. A., & R. E. KRANTON (2000), "Economics and identity," *Quarterly Journal of Economics*, Vol. CXV, n° 3, pp. 715-753.

ALCHIAN, A., & H. DEMSETZ (1972), "Production, information costs and economic organization," *American economic review*, Vol. 62, n° 5, pp. 777-795.

ALLAERT, F.-A., & C. QUANTIN (2012), "Responsabilités et rémunérations des actes de télé-expertise," *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 30, n° 4, pp. 219-229.

ALLARD, M., P. T. LEGER, & L. ROCHAIX (2009), "Provider Behaviour under Asymmetric Information and Competition," *Journal of Economics & Management Strategy*, Vol. 18, n° 2, pp. 457-486.

AMABLE, B. (2002), "La théorie de la régulation et le changement technique," *in Théorie de la régulation, l'état des savoirs*, (éds) R. Boyer, & Y. Saillard. Paris: La Découverte, pp. 236-244.

— (2005), *Les cinq capitalismes*. Paris: Seuil.

AMMI, M. (2011), *Analyse économique de la prévention. Offre de prévention, incitations et préférences en médecine libérale*. Doctorat en Sciences Économiques, Université de Bourgogne.

ANAP (2011), *Guide méthodologique des coopérations territoriales*.

ANDRE, C. (2006), "Vers une norme globale des dépenses de santé en Europe ?," *Revue Sociologie Santé*, n° 25, pp. 49-76.

— (2007), "Les typologies des évolutions des systèmes de santé en Europe. Quelles évolutions ?," *Économie appliquée*, Vol. 60, n° 1, pp. 37-68.

— (2015), "Les systèmes de santé européens en longue période," *Revue de la régulation (en ligne)*, Vol. 17, 1er semestre.

AOKI, M. (1984), *The Economic Analysis of the Japanese Firm*. Amsterdam, North Holland.

AOKI, M. (1986), "Horizontal vs. Vertical Information Structure of the Firm," *American Economic Review*, Vol. 76, n° 5, pp. 971-983.
AOKI, M. (1988), *Information, Incentives, and Bargaining in the Japanese Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
— (1990), "Toward an Economic Model of Japanese Firm," *Journal of Economic Literature*, Vol. 28, pp. 1-27.
ARLIAUD, M. (1987), *Les médecins*. Paris: La Découverte.
ARLIAUD, M., & M. ROBELET (2000), "Réforme du système de santé et devenir du "corps médical"," *Sociologie du travail*, Vol. 42, n° 1, pp. 91-112.
ARROW, K. J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *American economic review*, Vol. 53, n° 5, pp. 941-973.
— (1969), "Classificatory Notes on the Production and Transmission of Technological Knowledge," *American Economic Review*, Vol. 59, n° 2, pp. 29-35.
— (1970), *Essays in the theory of risk-bearing*.
ASIPSANTE (2014), *Référentiels d'interopérabilité sémantique : mise en oeuvre de terminologies de référence pour le secteur santé-social en France*.
— (2015), *Gouvernance du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé*. Support de réunion d'information - 26 novembre 2015.
ASKARI, A., M. KHODAIE, & K. BAHAADINBEIGY (2014), "The 60 most highly cited articles published in the Journal of Telemedicine and Telecare and Telemedicine Journal and E-health," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 20, n° 1, pp. 35-43.
ASSENS, C., & P. ACCARD (2007), "La construction d'un réseau. L'union Européenne," *Gestion et Management*, Vol. 5, Octobre.
AZRIA, É. (2012), "L'humain face à la standardisation du soin médical," *La vie des idées*.
BACACHE, M. (2016), "Management public et logique de gestion dans l'administration : quel bilan ?," *Regards croisés sur l'économie*, Vol. 18, n° 1, pp. 62-72.
BACACHE-BEAUVALLET, M. (2016), *Où va le management public ? Réformes de l'état et gestion de l'emploi public*. TerraNova.
BACHIMONT, J., J. COGNEAU, & A. LETOURMY (2006), "Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2," *Sciences sociales et santé*, Vol. 24, n° 2, pp. 75-103.
BANDURA, A. (1986), "The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory," *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 4, n° 3, pp. 359-373.
BARBIER, J.-C., & B. THERET (2009), *Le système français de protection sociale*. Paris: Éditions de la Découverte.
BARBOT, J., & N. DODIER (2000), "L'émergence d'un tiers public dans le rapport médecin-malade. L'exemple de l'épidémie à VIH," *Sciences sociales et santé*, Vol. 18, n° 1, pp. 75-117.
BARLET, M., V. BELLAMY, F. GUILLAUMAT-TAILLIET, & S. JAKOUBOVITCH (2011), "Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?," *Revue française des affaires sociales*, Vol. 65, n° 2-3, pp. 125-155.
BARNAY, T., & F. LEGENDRE (2011), "Introduction. Autour des XXIXe journées de l'Association d'économie sociale," *Travail et emploi*, Vol. 125, Janvier-mars 2011, pp. 5-7.
BARON, J., & D. KREPS (1999), *Strategic Human Resources*. New York: John Wiley & Sons.
BARTOLI, A., & C. BLATRIX (2015), *Management dans les organisations publiques Défis et logiques d'action*. DUNOD.
BASHSHUR, N., & G. SHANNON (2002), *History of Telemedicine: Evolution, Context, and Transformation*. Mary Ann Liebert

BATIFOULIER, P. (1992), "Le rôle des conventions dans le système de santé," *Sciences sociales et santé*, Vol. 10, n° 1, pp. 5-44.
— (2001), "*Théorie des conventions*," Paris: Economica.
— (2015), "Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé," *L'Homme et la société*, Vol. 197, n° 3, pp. 79-103.
BATIFOULIER, P., F. BESSIS, & O. BIENCOURT (2011a), "La déontologie médicale face aux impératifs de marché," *Politiques et managment public*, Vol. 28, n° 1, pp. 83-101.
BATIFOULIER, P., F. BESSIS, A. GHIRARDELLO, G. DE LARQUIER, & D. REMILLON (2016), "*Dictionnaire des conventions. Autour des travaux d'Olivier Favereau*," Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.
BATIFOULIER, P., & O. BIENCOURT (2005), "La coloration "libérale marchande" de l'éthique médicale. Une analyse conventionnaliste," *in Ethique médicale et politique de santé*, (éds) P. Batifoulier, & M. Gadreau. Paris: Economica, pp. 181-198.
BATIFOULIER, P., A. BUTTARD, & J.-P. DOMIN (2011b), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice ; Autour des travaux de Maryse Gadreau*. Lyon: Eska.
BATIFOULIER, P., & G. DE LARQUIER (2001), "De la convention et de ses usages," *in Théorie des conventions*, (éd), P. Batifoulier. Paris: Economica, pp. 9-31.
BATIFOULIER, P., & J.-P. DOMIN (2015), "Économie polititque de la santé. Un exemple exemplaire," *Revue de la régulation (en ligne)*, Vol. 17, 1er semestre.
BATIFOULIER, P., J.-P. DOMIN, & M. GADREAU (2007a), "Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation," *Économie appliquée*, Vol. 60, n° 1, pp. 5-36.
BATIFOULIER, P., J.-P. DOMIN, & M. GADREAU (2007b), "La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand," *Économie appliquée*, Vol. 60, n° 1, pp. 101-126.
BATIFOULIER, P., F. EYMARD-DUVERNAY, & O. FAVEREAU (2007c), "État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions," *Économie appliquée*, Vol. 60, n° 1, pp. 203-229.
BATIFOULIER, P., & M. GADREAU (2005), "Dénaturaliser l'éthique médicale," *in Éthique médicale et politique de santé*, (éds) P. Batifoulier, & M. Gadreau. Paris: Économica, pp. 1-30.
— (2006), "Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ?," *Journal d'économie médicale*, Vol. 24, n° 5, pp. 229-239.
BATIFOULIER, P., & A. REBERIOUX (2001), "La nature économique de l'éthique médicale : structure de gouvernance "clé en main" ou convention ?."
BATIFOULIER, P., & O. THEVENON (2001), "Interprétation et fondement conventionnel des règles," *in Théorie des conventions*, (éd), P. Batifoulier. Paris: Economica, pp. 219-251.
BATIFOULIER, P., & O. THEVENON (2003), "L'éthique médicale est-elle soluble dans le calcul économique ?," *Économie appliquée*, Vol. 56, n° 2, pp. 161-186.
BATIFOULIER, P., & B. VENTELOU (2003), "L'érosion de la part gratuite en médecine libérale. Discours économique et prophéties autoréalisatrices," *Revue du MAUSS*, n° 21, pp. 313-329.
BAUDRY, B. (1993), "Partenariat et sous-traitance : une approche par la théorie des incitations," *Revue d'économie industrielle*, Vol. 66, 4e trimestre, pp. 51-68.
BAUDRY, B., & V. CHASSAGNON (2014), *Les théories économiques de l'entreprise*. Paris: Éditions La Découverte.
BAUMEISTER, R. F., & K. D. VOHS (2007), "Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation," *Social and Personality Psychology Compass*, Vol. 1, n° 1, pp. 115-128.
BEAUVALLET, M. (2009), *Les stratégies absurdes Comment faire pire en croyant faire mieux*. Paris: Seuil.

BEJEAN, S., & M. GADREAU (1992a), "Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire," *Revue d'économie politique*, Vol. 102, n° 2, pp. 207-227.
BEJEAN, S., & M. GADREAU (1992b), "Nouvelles approches théoriques des organisations publiques : leurs implications pour la politique hospitalière," *Politiques et management public*, Vol. 10, n° 3, pp. 1-30.
BELLAMY, V. (2011), "Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010," *Études et résultats*, n° 786.
— (2014), "Les revenus des médecins libéraux. Une analyse à partir des déclarations de revenus 2008," *Sources et méthodes (DREES)*, Vol. 45.
BELORGEY, N. (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*. Paris: Éditions de la Découverte.
BENABOU, R., & J. TIROLE (2003), "Intrinsic and Extrinsic Motivation," *Review of Economic Studies*, Vol. 70, n° 3, pp. 489-520.
BENABOU, R., & J. TIROLE (2006), "Incentives and prosocial behavior," *American Economic Review*, Vol. 96, n° 5, pp. 1652-1678.
BENAMOUZIG, D. (2009), "La Haute Autorité de Santé au cœur des choix économiques," *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, pp. 229-237.
BENAMOUZIG, D., & J. BESANÇON (2005), "Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France," *Sociologie du travail*, Vol. 47, n° 5, pp. 301-322.
BENAMOUZIG, D., & J. BESANÇON (2008), "Les agences : Une nouvelle forme d'administration publique ?," *in Politiques publiques. 1. La France dans la gouvernance européenne*, (éds) O. Borraz, & V. Guiraudon: Presses de Sciences Po.
BENAMOUZIG, D., & F. PIERRU (2011), "Le professionnel et le système : l'intégration institutionnelle du monde médical," *Sociologie du Travail*, Vol. 53, n° 3, pp. 327-333.
BENTHAM, J. (1789), *Introduction aux principes de la morale et de la législation*. Dumont.
BERANGER, J. (2014), "Évaluation éthique des systèmes d'information appliquée à la télé-radiologie," *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 3, pp. 40-41.
BERANGER, J., J. MANCINI, J. C. DUFOUR, & P. LE COZ (2013), "Évaluation éthique des systèmes d'information auprès des acteurs de santé," *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 2, pp. 83-92.
BERGERON, H., & P. CASTEL (2015), *Sociologie politique de la santé*. PUF.
BERGMO, T. S. (2010), "Economic evaluation in telemedicine – still room for improvement," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 16, n° 5, pp. 229-231.
— (2012), "Approaches to economic evaluation in telemedicine," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 18, n° 4, pp. 181-184.
BESSIS, F., C. CHASERANT, O. FAVEREAU, & O. THEVENON (2006), "L'identité sociale de l'homo conventionalis," *in L'économie des conventions. Méthodes et résultats Tome I*, (éd), F. Eymard-Duvernay. Paris: La Découverte, pp. 181-195.
BESSIS, F., & O. FAVEREAU (2011), "Le marché contre les professions," *in Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de Maryse Gadreau*, (éds) P. Batifoulier, A. Buttard, & J.-P. Domin. Paris: Éditions ESKA, pp. 88-92.
BESSY, C., & O. FAVEREAU (2003), "Institutions et économie des conventions," *Cahiers d'écconomie politique / Papers in Political Economy*, Vol. 44, n° 1, pp. 119-164.
BEUSCART, R. (2000), *Rapport sur les enjeux de la Société de l'Information dans le domaine de la Santé*. Cabinet du 1er ministre.
BEZES, P. (2005a), "L'État et les savoirs managériaux : essor et développement de la gestion publique en France," *in 30 ans de réformes de l'État. Epériences françaises et*

étrangères : stratégies et bilans, (éds) F. Lacasse, & P. E. Verrier. Paris: DUNOD, coll. "Management Public", pp. 9-40.
— (2005b), "Le modèle de "l'État-stratège" : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française," *Sociologie du travail*, Vol. 47, n° 4, pp. 431-450.
— (2005c), "Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New public management," *Informations sociales*, Vol. 126, n° 6, pp. 26-37.
— (2009), *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française, 1962-2008*. Paris: PUF.
— (2012), "État, experts et savoirs néo-manageriaux. Les producteurs et diffuseurs du New public management en France depuis les années 1970," *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, pp. 16-37.
BEZES, P., & D. DEMAZIERE (2011), "New Public Management et profession dans l'État : au delà des oppositions, quelles recompositions ?," *Sociologie du Travail*, Vol. 53, n° 3, pp. 293-348.
BIENCOURT, O. (1999), *Innovation dans l'organisation et coordination : conventions et pluralité des modèles de jugement*. Université du Maine.
BIENCOURT, O., C. CHASERANT, & A. REBERIOUX (2001), "L'Économie des conventions : l'affirmation du programme de recherche " *in Théorie des conventions*, (éd), P. Batifoulier: Economica, pp. 193-219.
BILI, A.-B. (2012), "*La place de la télémédecine à domicile dans l'organisation du système de santé en France*," Thèse de sociologie, Dir, A. Huet, Université de Haute Bretagne Rennes 2.
BLAIS, M., L. LACHANCE, R. J. VALLERAND, N. BRIERE, & A. RIDDLE (1993), "L'inventaire des motivations au travail de Blais," *Revue Québécoise de psychologie*, Vol. 14, n° 3, pp. 185-215.
BLANCHET, D., C. HAGNERE, F. LEGENDRE, & F. THIBAULT (2016), "Évaluation des politiques publiques, ex post et ex ante : l'apport de la microsimulation," *Revue Économique*, Vol. 67, n° 4, pp. 685-696.
BLOY, G., & F.-X. SCHWEYER (2010), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'EHESP.
BOCOGNANO, A., A. COUFFINHAL, M. GRIGNON, & D. POLTON (1999), "Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel. Une revue des expériences étrangères en matière de santé," *Économie et statistique*, n° 328, pp. 21-36.
BOICHE, J., & P. SARRAZIN (2010), "La motivation auto-déterminée des élèves en éducation physique," *STAPS*, Vol. 88, n° 2, pp. 7-23.
BOIDIN, B. (2014), *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.
BOLTANSKI, L., & È. CHIAPELLO (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard, nrf essai.
BOLTANSKI, L., & L. THEVENOT (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
BONNICI, B. (1993), *La politique de santé en France*. Puf.
BORCHERDING, T., & R. DEACON (1972), "The Demand for the Services of Non-Federal Governments," *American Economic Review*, Vol. 62, n° 5, pp. 891-901.
BORRAZ, O. (2008), *Les politiques du risque*. Paris: Presses de Sciences Po.
BOUSSAGUET, L., & S. JACQUOT (2009), "Les nouveaux modes de gouvernance," *in Politiques européennes*, (éd), R. D. (dir.). Paris: Presses de Sciences Po, pp. 409-428.
BOUSSAGUET, L., S. JACQUOT, & P. RAVINET (2015), *Une "French touch" dans l'analyse des politiques publiques*. Paris: Presses de Sciences Po.

BOYER, R. (1990), "Les problèmes de la régulation face aux spécificités sectorielles," *Cahiers d'économie et de sociologie rurales*, Vol. 17, pp. 39-76.
— (1997), "Évolution des modèles productifs et hybridation : Géographie, histoire et théorie," *CEPREMAP Working Papers n°9804*.
— (2002), *La croissance début de siècle*. Paris: Albin Michel.
— (2003), "Les analyses historiques comparatives du changement institutionnel : Quels enseignements pour la théorie de la régulation ?," *L'année de la régulation*, Vol. 7, pp. 167-204.
— (2004), *Théorie de la régulation, les fondamentaux*. Paris: La découverte.
— (2015), *Économie politique des capitalismes : théorie de la régulation et des crises*. Paris: La Découverte.
BOYER, R., & M. FREYSSENET (2000), *Les modèles productifs*. Paris: La découverte.
BOYER, R., & Y. SAILLARD (2002 (1995)), *Théorie de la régulation, l'état des savoirs* Paris: La Découverte.
BREUIL-GENIER, P., & C. GOFFETTE (2006), "La durée des séances des médecins généralistes," *Études et résultats*, n° 481.
BRISSET, N. (2014), *Performativité des énoncés de la théorie économique : une approche conventionnaliste*. Thèse de doctorat.
BUCHANAN, J., & G. TULLOCK (1962), *The Calculus of Consent. Logical Foundations of Constitutional Democracy*.
BUREAU, D., M. MOUGEOT, & N. STUDER (2010), "Mesurer la performance de la gestion publique à la lumière de l'analyse économique," *Revue des affaires sociales*, n° 1-2, pp. 89-104.
BUTTARD, A. (2008a), "La gouvernance du réseau en santé : une régulation duale," *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 26, n° 5, pp. 283-296.
— (2008b), *Le réseau en santé. Une pluralité de fondements théoriques pour une mise en oeuvre pertinente*. Université de Bourgogne: Thèse de doctorat.
— (2008c), "Réseaux et droit à la santé," *in Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?*, (éds) J.-P. Domin, M. Maric, S. Delabruyère, & C. Hédoin. Paris: Éditions de l'Harmattan, pp. 139-152.
BUTTARD, A., & M. GADREAU (2008a), "D'une rationalité instrumentale à une rationalité interprétative de l'agent. L'hypothèse de rationalité en débat."
— (2008b), "Fonder en raison une gouvernance en réseaux du système de santé français," *XXXèmes Journée des Economistes de la Santé*, Université Paris Dauphine, 4 et 5 décembre 2008.
CAHUC, P. (1993), *La nouvelle microéconomie*. Paris: Éditions de La Découverte.
CAMERON, J., & W. D. PIERCE (2002), *Rewards and intrinsic motivation: Resolving the controversy*. Bergin & Garvey.
CANGUILHEM, G. (1966), *le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
CARRE, P., & F. FENOUILLET (2009), *Traité de psychologie de la motivation*. Paris: Dunod.
CASTEL, P., & I. MERLE (2002), "Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins / When standards become a resource for doctors: The case of oncology," *Sociologie du Travail*, Vol. 44, pp. 337-355.
CATERINA, HAYAT, & GUILLOREL (2010), "Etude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins. Création de valeur engendrée par le secteur des TIC en santé en France. Observatoire Paritaire OPIEC - Prospective métiers."
CHAMBARETAUD, S., & L. HARTMANN (2004), "Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles," *Revue de l'OFCE*, n° 91, pp. 237-268.

CHAMBAZ, F., R. RYMER, & P.-H. BRECHAT (2008), "Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé," *Santé Publique*, Vol. 20, n° 3, pp. 269-274.
CHAMPY, F. (2009), *La sociologie des professions*. Paris: PUF.
— (2011), *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris: PUF.
CHAPDELAINE, P., C. BISSONNIER, D. BOETSCH, & C. MATUSZEWSKI (2013), "*Atlas de la démogaphie médicale en France, Situation au 1er janvier 2013*," rapport du CNOM.
CHARREAUX, G. (1987), "La théorie positive de l'agence : Une synthèse de la littérature," *in De nouvelles théories pour gérer l'entreprise*, (éds) G. Charreaux, et al. Paris: Economica, pp. 19-55.
— (2000), "La théorie positive de l'agence : positionnements et apports," *Revue d'économie industrielle*, n° 92, pp. 193-214.
CHAVANCE, B. (2012), *L'économie institutionnelle*. Paris: Éditions La Découverte.
CHELLE, E. (2012), "Un militantisme réformateur : les manuels du nouveau management public," *Revue internationale de politique comparée*, Vol. 19, n° 3, pp. 19-36.
CNG (2010), *Éléments statistiques sur les radiologues hospitaliers statutaires Situation au 1er janvier 2010*. Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière.
CNOM (2005), *Télémédecine. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins*.
— (2015), *La grande consultation des l'Ordre des médecins. Une enquête d'envergure*.
— (2016), *Télémédecine et autres prestations médicales électroniques*
COASE, R. (1937), "The nature of the firm," *Economica*, Vol. 4, n° 16, pp. 386-405.
— (1988), *The Firm, the Market and the Law*. The University of Chicago Press.
COASE, R. H. (1992), "The Institutional Structure of Production," *The American Economic Review*, Vol. 82, n° 4, pp. 713-719.
COLLETIS, G. (2010), "Co-évolution des territoires et de la technologie : une perspective institutionnaliste," *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, n° 2, pp. 235-249.
CORIAT, B., & O. WEINSTEIN (1995), *Les nouvelles théories de l'entreprise*. Paris: LGF.
CRIGGER, B.-J. (2006), "Policy & Politics: e-Medicine: Policy to Shape the Future of Health Care," *The Hastings Center Report*, Vol. 36, pp. 12-13.
CROZIER, M. (1963), *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Le Seuil.
CROZIER, M., & E. FRIEDBERG (1977), *L'acteur et le système*. Paris: Le Seuil.
CUNNINGHAM, G. (1963), "Policy and practice," *Public Administration*, Vol. 41, pp. 229-238.
DA SILVA, N. (2011a), "Politique d'incitation du médecin et motivation intrinsèque," *in Crise, inégalités et pauvretés*, (éds) M. kerleau, S. Laguérodie, & J.-L. Outin. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 419-432.
— (2011b), "Une analyse théorique des politiques d'incitation du médecin à partir du concept de motivation intrinsèque," *Séminaire d'économie politique de la santé*, Vendredi 1er avril 2011.
— (2014), *Instituer la performance. Une application au travail du médecin*. Thèse pour le doctorat en Sciences Économiques, Université Paris Ouest Nanterre la Défense.
DA SILVA, N., & M. GADREAU (2015), "La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme," *Revue de la régulation (en ligne)*, Vol. 17, 1er semestre.
DA SILVA, N., & A. RAULY (2016), "La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ?," *Économie et Institutions*, Vol. 24, 1er semestre, pp. 155-180.
DARKINS, A., & M. CARY (2000), *Telemedicine and Telehealth: Principles, Policies, Performance and Pitfalls*. Springer Publishing Company.

DE POUVOURVILLE, G. (1999), "Hôpital et médecine de ville : système d'information et coordination," *in La santé demain. Vers un système de soins sans murs*, (éds) J.-P. Claverance, & C. Lardy. : ECONOMICA, pp. 203-209.
DECI, E. L. (1971), "Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation," *Journal of personality and social psychology*, Vol. 18, n° 1, pp. 105-115.
— (1975), *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum.
— (1980), *The Psychology of Self-Determination*. Lexington, MA, Heath.
DECI, E. L., R. KOESTNER, & R. M. RYAN (1999), "A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation," *Psychological Bulletin*, Vol. 125, pp. 627-668.
DECI, E. L., & R. M. RYAN (1985), *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
DECI, E. L., & R. M. RYAN (2000), "The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior," *Psychological Inquiry*, Vol. 11, pp. 227-268.
— (2002), *Handbook of Self-Determination Research*. USA: The University of Rochester Press.
DEL REY, A. (2013), *La tyrannie de l'évaluation*. La Découverte.
DELFGAAUW, J., & R. DUR (2007), "Signaling and screening of worker Motivation," *Journal of Economic Behavior and Organization*, Vol. 62, n° 4, pp. 605-624.
DEMSETZ, H. (1967), "Toward a Theory of Property Rights," *The American Economic Review*, Vol. 57, n° 2, pp. 347-359.
— (1968), "Why regullate utilities ?," *Journal of Law & Economics*, Vol. 11, pp. 55-66.
DGOS (2011), *Le recensement des activités de télémédecine*. Ministère de la santé et des sports.
— (2012a), *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM. ARS / établissement de santé et titulaires d'autorisation*.
— (2012b), *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*. Direction générale de l'offre de soins.
— (2012c), *Le guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine*. Direction générale de l'offre de soins.
— (2012d), *Plan national de déploiement de la télémédecine, Recommandations pour la mise en oeuvre d'un projet de télémédecine*. rapport de la DGOS.
— (2013), *Le recensement des activités de télémédecine*. Rapport de la DGOS.
— (2014), *Télémédecine : point sur les travaux relatifs aux expérimentations (Art 36 LFSS 2014)*.
DOMIN, J.-P. (2003), "L'expérimentation des réseaux ville-hôpital : l'émergence d'un nouveau mode de régulation dans les services de soins," *Économies et Sociétés*, n° 5, pp. 1869-1896.
— (2006), "La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins ?," *Journal d'économie médicale*, Vol. 24, n° 7-8 pp. 427-438.
— (2008), *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles), Une analyse retrospective du développement hospitalier*. Paris: Comité d'histoire de la sécurité sociale.
— (2013), *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*. Paris: CHSS, La Documentation française.
— (2014), "De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ?," *Sève, les tribunes de la santé*, Vol. Hors-série mars 2014, pp. 21-30.
— (2015), "Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2003)," *Revue de la régulation (en ligne)*, Vol. 17, 1er semestre.

— (2016), "La réforme de l'hôpital public. Un management sans ménagement," *La vie des idées*.
DOUPI, E., E. RENKO, J. GIEST, & J. DUMORTIER (2010), "eHealth Strategies. Country Brief : Denmark," *ICT for Health Unit. European Commission*.
DOWNS, A. (1957), *An Economic Theory of Democracy*.
DRUCKER, P. (1954), *The Practice of Management*. HarperBusiness.
— (1974), *Management: Tasks, Responsabilities and Practices*. New York: Harper & Row.
DU TERTRE, C. (2002), "Activités immatérielles et relationnelles : quels nouveaux enjeux de régulation pour les secteurs et les territoires ?," *Géographie, économie et société*, Vol. 2002/2, n° 4, pp. 181-204.
— (2002 (1995)), "La dimension sectorielle de la régulation," *in Théorie de la régulation, l'état des savoirs* (éds) R. Boyer, & Y. Saillard. Paris: La Découverte, pp. 313-322.
DUMESNIL, J. (2011), *Art médical et normalisation du soin*. Paris: PUF.
DUMEZ, H., & E. MINVIELLE (2015), *État des lieux de l'innovation en santé numérique*. École des Hautes études en santé publique.
DUNLEAVY, P., & C. HOOD (1994), "From old public administration to new public management," *Public Money and Management*, Vol. 14, n° 3, pp. 9-16.
DUPUY, J.-P., F. EYMARD-DUVERNAY, O. FAVEREAU, A. ORLEAN, R. SALAIS, et al. (1989), "Introduction," *Revue économique*, Vol. 40, n° 2, pp. 141-146.
DURAN-ARENAS, L., & D. COBURN (2005), "The use of health technology assessment in the health-care system: Lesson from three OECD countries," *in Health Technology and Decision Making*: OECD publishing.
EHRENBERG, R. G., & M. BOGNANNO (1990), "Do tournaments have incentive effects ?," *Journal of Political Economy*, Vol. 98, n° 6, pp. 1307-1324.
ELLINGSEN, T., & M. JOHANNESSON (2007), "Paying respect," *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 21, n° 4, pp. 135-149.
— (2008), "Pride and prejudice: The human side of incentive theory," *American Economic Review*, Vol. 98, n° 3, pp. 990-1008.
ELLIS, R. P., & T. G. MCGUIRE (1990), "Optimal payment systems for health services," *Journal of health economics*, Vol. 9, n° 4, pp. 375-396.
ERIKSSON, T. (2009), "Tournaments," *in The New Palgrave Dictionary of Economics*, (éds) S. Durlauf, & L. Blume. Londres: Palgrave Macmillan.
ESTERLE, L., A. MATHIEU-FRITZ, & P. ESPINOZA (2011), "L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?," *Revue française des affaires sociales*, Vol. 44, n° 2-3, pp. 63-79.
EUROPEAN COMMISSION (2014), "Digital agenda for Europe."
EYMARD-DUVERNAY, F. (1989), "Convention de qualité et formes de coordination," *Revue Economique*, Vol. 40, n° 2, pp. 329-359.
— (2006), *L'économie des conventions, méthodes et résultats*. Paris: Éditions de La Découverte.
EYMARD-DUVERNAY, F., O. FAVEREAU, A. ORLEAN, R. SALAIS, & L. THEVENOT (2006), "Valeurs, coordination et rationalité : trois thèmes mis en relation par l'économie des conventions," *in L'économie des conventions. Méthodes et résultats. Tome 1*, (éd), F. Eymard-Duvernay: La découverte Recherche.
FATEHI, F., & R. WOOTTON (2012), "Telemedicine, telehealth or e-health? A bibliometric analysis of the trends in the use of these terms," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 18, n° 8, pp. 460-464.
FAVEREAU, O. (1989), "Marchés internes, marchés externes," *Revue économique*, Vol. 40, n° 2, pp. 273-328.

— (1994), "Apprentissage collectif et coordination par les règles : application à la théorie des salaires," *in Coordination économique et apprentissage des firmes*, (éds) N. Lazaric, & A. Monnier: Economica, pp. 23-38.
— (1997), "L'incomplétude n'est pas le problème, c'est la solution," *in Les limites de la rationalité. Tome 1 Rationalité, éthique et cognition*, (éd), B. Reynaud. Paris: La découverte Recherches, pp. 219-233.
— (1999), "Salaire, emploi et économie des conventions," *Cahiers d'Economie Politique*, Vol. 34, n° de printemps : Qu'a-t-on appris sur la relation salaire-emploi depuis Keynes, pp. 163-174.
— (2002), "Conventions et régulation," *in Théorie de la régulation. L'état des savoirs*, (éds) Boyer Robert, & Yves Saillard. Paris XIII: La Découverte, pp. 511-520.
FAYOL, H. (1916), "Administration industrielle et générale," *Bulletin de la Société de l'Industrie Minérale*, n° 10, pp. 5-164.
FEHR, E., & S. GÄCHTER (2000), "Fairness and retaliation. The economics of reciprocity," *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 14, pp. 159-181.
FELDER, S., & H. TAUCHMANN (2013), "Federal state differentials in the efficiency of health production in Germany: an artifact of spatial dependence?," *The European Journal of Health Economics*, Vol. 14, pp. 21-39.
FENOUILLET, F. (2012), *Les théories de la motivation*. Paris: Dunod.
FERLIE, E., L. ASHBURNER, L. FITGERALD, & A. PETTIGREW (1996), *The new public management in action*. Oxford: Oxford university press.
FERRER-ROCA, O., & M. SOSA-LUDICISSA (1998), *Handbook of telemedicine*. Amsterdam: IOS Press.
FLAJOLET, A. (2008), *Peut-on réduire les disparités de santé ?* Paris: Rapport pour le ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
FLORA, S. R. (1990), "Underminin intrinsic interest from the standpoint of a behaviorist," *Psychological Record*, Vol. 40, pp. 323-346.
FOREST, V. (2008), *Nouvelle gestion publique et comportement au travail : l'exemple des médecin de la fonction publique hospitalière.* Lyon: Université Lyon 2.
FORTIN, J.-P., M.-P. GAGNON, A. CLOUTIER, & F. LABBE (2003), "Evaluation of a telemedicine demonstration project in the Magdalene Islands," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 9, pp. 89-94.
FOUCAULT, M. (1994), *L'extension sociale de la norme*. Paris: Gallimard.
FOUILLEUX, È. (2000), "Entre production et institutionnalisation des idées. La réforme de la politique agricole commune," *Revue française de science politique*, Vol. 50, n° 2, pp. 277-306.
FRANC, C. (2001), "Mécanisme de rémunération et incitation des médecins," *Economie publique*, Vol. 9, pp. 13-36.
FRANC, C., E. RENARD, M. LE VAILLANT, & N. PELLETIER-FLEURY (2009), "La perception par les pédiatres des contraintes économiques. Quelle icnitation dans la prise en charge de l'obésité infantile ?," *Revue Économique*, Vol. 60, n° 2, pp. 507-520.
FREIDSON, E. (1984), *La profession médicale*. Paris: Payot.
FREY, B. (2000), *Not Just for the Money. An Economic Theory of Personal Motivation*. Northampton: Edward Elgar Publishing, Inc.
FREY, B., & S. ALOIS (2002), *Happiness and Economics: How the Economy and Institutions Affect Human Well-Being*. Princeton University Press.
FREY, B., & R. JEGEN (2001), "Motivation Crowding Theory," *Journal of Economic Surveys*, Vol. 15, n° 5, pp. 22.
FREY, B. S. (1997), "On the relationship between intrinsic and extrinsic work motivation," *International Journal of industrial organization*, Vol. 15, n° 1, pp. 427-439.

FRIEDMAN, M. (1953), *Essays in Positive Economics*. University of Chicago Press.
FRINAULT, T. (2005), "La réforme française de la dépendance ou comment bricoler une politique publique," *Revue française de science politique*, Vol. 55, n° 4, pp. 607-632.
GADREAU, M. (1993), "Ethique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires. De la théorie des contrats à l'économie des conventions," *in De l'analyse économique aux politiques de santé*: Edition CREDES, pp. 131-140.
GADREY, J. (1991), "Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion," *Politiques et managment public*, Vol. 9, n° 1, pp. 1-24.
— (1992), *L'économie des services*. Paris: La découverte.
— (1994a), "Les relations de service dans le secteur marchand," *in Relations de service, marchés de services*, (éds) J. De bandt, & J. Gadrey. Paris: CNRS Editions, pp. 23-41.
— (1994b), "Relations, contrats et conventions de service," *in Relations de service, marchés de services*, (éds) J. De bandt, & J. Gadrey. Paris: CNRS Editions, pp. 123-151.
GAGNE, M., & E. L. DECI (2005), "Self-determination theory and work motivation," *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 26, pp. 303-327.
GAGNON, M.-P. (2003), *Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine dans le Réseau québécois de télésanté*. Université de Laval (Canada): Thèse de doctorat en santé communautaire.
GAGNON, M.-P., J. DUPLANTIE, J.-P. FORTIN, P. JENNETT, & R. SCOTT (2007), "A survey in Alberta and Quebec of the telehealth applications that physicians need," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 13, pp. 352-356.
GAGNON, M. P., J. P. FORTIN, & R. LANDRY (2005), "Telehealth to support practice in remote regions: A survey among medical residents," *Telemedicine Journal and e-Health*, Vol. 11, pp. 442-450.
GALLOIS, F. (2012), *Une approche régulationniste des mutations de la configuration instutionnelle française des services à la personne*. Thèse de sciences économiques, Dir. M. Nieddu, Université de Reims Champagne-Ardenne.
— (2013), "Quel rapport salarial dans les services à la personne ? Réflexions à partir d'une revue de littérature " *Journée de l'AES*, Paris, Septembre 2013.
GALLOIS, F., & M. NIEDDU (2015), "Quand l'État décrète le marché : le cas du Plan Borloo," *Revue de la régulation*, Vol. 17, n° 1er semestre.
GALLOIS, F., & A. RAULY (2016a), "De la caractérisation à la comparaison des systèmes de télémédecine : implications méthodologiques," *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, Vol. 34, n° 14, pp. 87-105.
— (2016b), "Vers une typologie internationale de la télémédecine - Premiers enseignements à partir de la littérature," *in Politiques sociales en mutation : quelles opportunités et quels risques pour l'État social ?*, (éds) A. Fretel, A. Bory, S. Célérier, & F. Jany-Catrice. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 215-236.
GAMEL, C. (1992), *Economie de la Justice Sociale*. Cujas.
GEMMILL, J. (2005), "Network basics for telemedicine," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 11, pp. 71-76.
GENUIT, A., & F. DUBOSCQ (2012), *Enquête Fondation de l'Avenir/Banque Fédérale Mutualiste : Les Français sont-ils prêts pour la télémédecine ?*
GIBBONS, R. (1998), "Incentives in Organizations," *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 12, n° 4, pp. 115-132.
— (2003), "Team theory, garbage cans and real organizations : some history and prospects of economic research on decision-making in organizations," *Industrial and Corporate Change*, Vol. 12, n° 4, pp. 753-797.

GLENNERSTER, H., & J. LE GRAND (1995), "The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom," *International Journal of Health Services*, Vol. 25, n° 2, pp. 203-218.

GNEEZY, U., & A. RUSTICHINI (2000), "Pay enough or don't pay at all," *Quartely Journal of Economics*, Vol. 115, n° 3, pp. 791-810.

GOLDBERG, V. P. (1976), "Regulation and administered contracts," *Bell Journal of Economics*, Vol. 6, pp. 426-448.

GOUYON, M. (2009), "Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale," *Études et résultats*, n° 704.

GOW, J. I., & C. DUFOUR (2000), "Is the new public management a paradigm ? Does it matter ?," *International review of administrative science*, Vol. 66, n° 4, pp. 573-597.

GROSJEAN, S., & L. BONNEVILLE (2007), "Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé," *Revue Française de Gestion*, n° 172, pp. 145-157.

GROSSMAN, S., & O. HART (1983), "An Analysis of the Principal-Agent Problem," *Econometrica*, Vol. 51, n° 1, pp. 7-45.

HACKMAN, J. R., & G. R. OLDHAM (1975), "Development of the Job Diagnostic Survey," *Journal of Applied Psychology*, Vol. 60, pp. 159-170.

— (1976), "Motivation through the design of work: Test of a theory," *Organizational Behavior and Human Performance*, Vol. 16, pp. 250-279.

HALL, P., & R. TAYLOR (1997), "La science politique et les trois néo-institutionnalismes," *Revue française de science politique*, Vol. 47, n° 3-4, pp. 469-496.

HALL, P. A. (1993), "Policy Paradigms, Social Learning and the State, the case of economic policy in Britain," *Comparative Politics*, Vol. 25, n° 3, pp. 275-296.

HANNIGAN, B. (1998), "Assessing the new public management: the case of the National Health Service," *Journal of Nursing Management*, Vol. 6, n° 5, pp. 307-312.

HAS (2011), *Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Tome 1*. Haute autorité de santé.

— (2013a), *Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Tome 2*. Haute autorité de santé.

— (2013b), *Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine*. Haute autorité de santé.

HASSENTEUFEL, P. (1997), *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Paris: Presses de la FNSP.

HASSENTEUFEL, P. (2008a), *Sociologie politique : l'action publique*. Paris: Armand Collin, coll "U Sociologie".

HASSENTEUFEL, P. (2008b), "Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire," *Sève, Les Tribunes de la santé*, n° 18, pp. 21-28.

HAYEK, F. A. (1945), "The Use of Knowledge in Society," *American Economic Review*, Vol. 35, n° 4, pp. 519-530.

HAZEBROUCQ, V. (2003), *Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française*. Paris: rapport pour le Ministère de la recherche et des nouvelles technologies.

HECLO, H. (1974), *Modern Social Politics in Britain and Sweden. From Relief to income Maintenance*. New Haven: Yale University Press.

HEDOIN, C. (2015), "From Utilitarianism to Paternalism: When Behavioral Economics meets Moral Philosophy," *Revue de philosophie économique*, Vol. 16, n° 2, pp. 73-106.

HEIDER, F. (1958), *The Psychology of Interpersonal Relation*. New Jersey: LEA.

HILTY, D. M., D. C. FERRER, M. B. PARISH, B. JOHNSTON, E. J. CALLAHAN, et al. (2013), "The effectiveness of telemental health: a 2013 review," *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, Vol. 19, n° 6, pp. 444-454.

HODGSON, G. M. (2009), "Institutional Economics into the Twenty-First Century," *Studi e Note di Economia* Vol. 14, n° 1, pp. 3-26.
HOLCMAN, R. (2015), *Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. DUNOD.
HOLMSTROM, B. (1979), "Moral Hazard and Observability," *The Bell Journal of Economics*, Vol. 10, n° 1, pp. 74-91.
HOLMSTROM, B., & P. MILGROM (1991), "Multitask principal-agent analyses : incentives contracts, asset owner shipand job design," *Journal of law economics and organisation*, Vol. 7, n° 1, pp. 24-52.
HOOD, C. (1991), "A public management for all seasons ?," *Public administration*, Vol. 69, n° 1, pp. 3-19.
— (1995), "The "New Public Management" in the 1980s: Variation on a Theme," *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 20, n° 2-3, pp. 93-109.
HOOD, C., & G. PETERS (2004), "The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox?," *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 26, n° 3.
HUBERT, E. (2010), *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Présidence de la république.
ICHNIOWSKI, C., K. SHAW, & G. PRENNUSHI (1997), "The effects of human resources management practices on productivity : a study of steel finishing lines," *American Economic Review*, Vol. 87, pp. 291-313.
IMMERGUT, E. (2009), *Le système de santé allemand: impasse ou révolution ?* Paris: Dunod.
JAMES, W. (1890), *The Principles of Psychology*. New York: Holt.
JANY-CATRICE, F. (2008), "Des emplois de 12 heures par semaine," *Le Monde*.
— (2012a), "De l'évaluation des politiques publiques à la « performance totale »," *Économie et Institutions*, Vol. 18-19, n° 1er et 2 semestres.
— (2012b), *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?* Villeneuve d'Ascq: Septentrion presse universitaire. Collection capitalisme - éthique - institutions.
JANY-CATRICE, F., & D. MEDA (2013), "Les nouvelles mesures de performances économiques et du progrès social. Le risque de l'économicisme," *Revue du MAUSS*, Vol. 41, n° 1, pp. 371-397.
JAUNAIT, A. (2005), *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*. Paris: Dalloz.
JENSEN, M. C., & W. H. MECKLING (1976), "Theory of the firm : managerial behavior. Agency cost and ownership structure," *Journal of financial economics*, Vol. 3, n° 4, pp. 305-360.
JOBERT, B. (1994), *Le tournant néo-libéral en France*. Paris: Éditions de L'Harmattan.
JOBERT, B., & P. MULLER (1987), *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*. Paris: Puf.
JONES, V., & C. JOLLIE (2007), "eHealth strategy and implementation activities in England. Report in the framework of the eHealth ERA project."
JOSEPH, V., R. M. WEST, D. SHICKLE, J. KEEN, & S. CLAMP (2011), "Key challenges in the development and implementation of telehealth projects," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 17, n° 2, pp. 71-77.
JOUMARD, I., C. ANDRE, C. NICQ, & O. CHATAL (2008), "Health Status Determinants, Lifestyle, environement, health care resources and efficiency," *OECD Economics Department, Working papers*, Vol. 627, pp. 1-75.
KABOOLIAN, L. (1998), "The New Public Management: Challenging the Boundaries of the Management vs. Administrative Debate," *Public Administration Review*, Vol. 58, n° 3, pp. 189-193.
KARPIK, L. (2007), *L'économie des singularités*. Gallimard.

KASSIANIDES, Y., & A.-A. SEGUY (2011), *Étude sur la télésanté et télémédecine en Europe*. rapport de l'ASIPsanté et du FIEEC.

KEEL, O. (2011), "La médecine des preuves: une histoire de l'expérimentation thérapeutique par essais cliniques contrôlés," *Presses de l'Université de Montréal*.

KERLEAU, M., & N. PELLETIER-FLEURY (2002), "Restructuring of the healthcare system and the diffusion of telemedicine," *The European Journal of Health Economics*, Vol. 3, n° 3, pp. 207-214.

KETELAAR, A., N. MANNING, & E. TURKISCH (2007), "Formules de gestion de la haute fonction publique axées sur les performances : Les expériences respectives de l'OCDE et de différents pays," *Document de travail sur la gouvernance publique*, n° 5.

KIDHOLM, K., A. EKELAND, L. JENSEN, J. RASMUSSEN, C. PEDERSEN, et al. (2012), "A model for assessment of telemedicine applications: mast," *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 28, n° 1, pp. 44-51.

KIERKEGAARD, P. (2015), "Mapping telemedicine efforts: Surveying regional initiatives in Denmark," *Telemedicine and e-Health*, Vol. 21, n° 5, pp. 427-435.

KIRSCH, G. (2002), "The Business of eHealth," *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, Vol. 2, pp. 106-110.

KREPS, D. (1997), "Intrinsic motivation and extrincic incentives," *American Economic Review*, Vol. 87, n° 2, pp. 359-364.

KRISTIANSEN, I., & G. MOONEY (1993), "The general practitioner's use of time : is it influenced by the remuneration system ?," *Social science and medicine*, Vol. 37, n° 3, pp. 393-399.

KÜBLER, D., & J. DE MAILLARD (2009), *Analyser les politiques publiques*. Grenoble: Presse Universitaire de Grenoble.

KUHLMANN, E., J. ALLSOP, & M. SAKS (2009), "Professional governance and public control: A comparison of healthcare in the United Kingdom and Germany," *Current Sociology*, Vol. 57, n° 4, pp. 511-528+608-609.

LABROUSSE, A. (2010), "Nouvelle économie du développement des essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement," *Revue de la régulation*, Vol. 7, 1er semestre.

LAMARCHE, T. (2011), *Changements institutionnels sectoriels et territoriaux. Éléments d'analyse mésoéconomique*, Université Paris-Diderot-Paris VII.

LANG, A., & A. MERTES (2011), "E-health policy and deployment activities in Europe," *Telemedicine and e-Health*, Vol. 17, n° 4, pp. 262-268.

LARENG, L. (2013), "La télémédecine : grandeurs et tristesses," *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 2, pp. 79-80.

LARENG, L., M. SAVOLDELLI, A. CHICOYE, & S. BILLON (2004), *Tarification expérimentale. Réseau télémédecine régional Midi-Pyrénées*. Rapport pour le GIP RTR Midi-Pyrénées.

LASBORDES, P. (2009), *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être*. Paris: rapport remis au ministre de la Santé et des Sports.

LASCOUMES, P., & P. LE GALES (2005), *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de Sciences Po.

LAUDE, A. (2005), "Les médecins et les malades face au droit," *Revue française d'administration publique*, n° 113, pp. 113-122.

— (2009), "Dix ans de droit de la santé," *Les tribunes de la Santé*, Vol. 4, n° 25, pp. 51-62.

LAUNOIS, R. (1981), "La théorie de la bureaucratie à l'hôpital," *in Conceptions, mesures et actions en santé publique*, (éd), J.-P. Deschamps. Paris: Éditions de l'INSERM, pp. 625-652.

LAURENT, C., & C. DU TERTRE (2008), "*Secteurs et territoires dans les régulations émergentes*," Paris: L'Harmattan.

LAURENT, C., & M.-F. MOURIAUX (2008), "Secteurs, territoires, rapport salarial d'activité," *in Secteurs et territoires dans les régulations émergentes*, (éds) C. Laurent, & C. du Tertre. Paris: L'Harmattan, pp. 25-42.

LAZEAR, E. (2000), "Performance Pay and Productivity," *The American Economic Review*, Vol. 90, n° 5, pp. 1346-1361.

LAZEAR, E., & S. ROSEN (1981), "Rank-Order Tournaments as Optimum Labor Contracts," *Journal of Political Economy*, Vol. 89, n° 5, pp. 841-864.

LE GALES, P. (1999), "Régulation, gouvernance et territoires," *in Les métamorphoses de la régulation politique*, (éds) J. Commaille, & B. Jobert. Paris: LGDJ, coll. "Droit et Société".

— (2014), "Gouvernance," *in Dictionnaire des politiques publiques*, (éds) L. Boussaguet, S. Jacquot , & P. Ravinet. Paris: SciencesPo. Les Presses, pp. 299-308.

LE GOFF, M., & N. NASSIRI (2005), "Deux nouvelles approches pour l'évaluation économique de la télémédecine : L'évaluation contingente et l'analyse multicritère. Piste de reflexion autour de la périnatalité en Bretagne," *Cahiers de recherche MARSOUIN*, n° 7, pp. 24.

LE GOFF-PRONOST, M., & C. SICOTTE (2010), "The added value of thorough economic evaluation of telemedicine networks," *European Journal of Health Economics*, Vol. 11, pp. 45-55.

LECA, J., P. MULLER, G. MAJONE, J.-C. THOENIG, & P. DURAN (1996), "Enjeux, controverses et tendances de l'analyse des politiques publiques," *Revue française de science politique*, Vol. 46, n° 1, pp. 96-133.

LEGENDRE, N. (2006), "Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004," *Études et Résultats*, n° 457.

LEPPER, M. R., & D. GREENE (1978), *Hidden Costs of Reward: New Perspectives on the Psychology of Human Motivation*. New-York: Lawrence Erlbaum.

LEURENT, P., & J.-B. SCHROEDER (2013), *Télémédecine 2020. Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques*. Syntec Numerique.

LIEVAUT, J. (2012), "Les logiques comportementales des médecins. Une approche statistique à partir de leurs pratiques tarifaires," *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, Vol. 30, n° 3, pp. 175-190.

LUCAS, J. (2014), "Vade-mecum : télémédecine de l'Ordre national des médecins," *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 3, pp. 141-149.

LUCAS, J., P. BILET, P. BOUET, X. DEAU, & A. DEZETTER (2009), *Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Rapport du CNOM.

MAJONE, G. (1996), *Regulating Europe*. Psychology Press.

MARKS, H. (1999), "La médecine des preuves : histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)," *Synthélabo - Les empêcheurs de penser en rond*.

MARTIN, P., & C. RIVOIRON (2012a), *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe - Tome 2 : un éclairage pour le déploiement national*. Paris: Rapprt de l'ANAP.

— (2012b), *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe -Tome 1: les grands enseignements*. Paris: rapport de l'ANAP.

MASCRET, C. (2008), "Les données de la science face à leur normalisation par les autorités sanitaires," *Médecine & Droit*, Vol. 93, pp. 165-171.

MASLOW, A. (1943), "A theory of human motivation," *Psychological Rewiew*, pp. 370-397.

MATHIEU-FRITZ, A., & L. ESTERLE (2013a), "Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant. Analyse d'une expérimentation du dossier médical personnel (DMP)," *Réseaux*, Vol. 178-179, n° 2-3, pp. 209-242.

— (2013b), "Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopérations interprofessionnelles et délégation des tâches," *Revue française de sociologie*, Vol. 54, n° 2, pp. 303-329.

MAUGERI, S. (2008), "Les théories de la motivation au travail : histoire et actualité," *Document de recherche n° 2008-09 Laboratoire d'Économie d'Orléans*.

MAY, C., R. HARRISON, A. MACFARLANE, T. WILLIAMS, F. MAIR, et al. (2003), "Why do telemedicine systems fail to normalize as stable models of service delivery?," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 9, pp. 25-26.

MCDOUGALL, W. (1908), *An Introduction to Social Psychology*. Londres: Methuen.

MENARD, C. (2012), *L'économie des organisations*. Paris: La découverte.

MENY, Y., & J.-C. THŒNIG (1989), *Politiques publiques*. Paris: Puf.

MERRIEN, F.-X. (1999), "La Nouvelle Gestion publique: un concept mythique," *Lien social et Politiques*, Vol. 41, pp. 95-103.

MIDY, F. (2003), "*Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002*," CREDES, 43.

MILGROM, P., & J. ROBERTS (1982), "Limit Pricing and Entry Under incomplet Information: An Equilibrium Analysis," *Econometrica*, Vol. 50, n° 2, pp. 443-459.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE (2016), *Stratégie nationale e-santé 2020. Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé*.

MINVIELLE, E. (2003), "De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé," *Revue française de gestion*, n° 146, pp. 167-189.

MISTRY, H. (2012), "Systematic review of studies of the cost-effectiveness of telemedicine and telecare. Changes in the economic evidence over twenty years," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 18, n° 1, pp. 1-6.

MISTRY, H., H. GARNVWA, & R. OPPONG (2014), "Critical appraisal of published systematic reviews assessing the cost-effectiveness of telemedicine studies," *Telemedicine and e-Health*, Vol. 20, n° 7, pp. 609-618.

MOGHADDASI, H., & R. RABIEI (2013), "A model for measuring e-health status across the world," *Telemedicine and e-Health*, Vol. 19, n° 4, pp. 322-327.

MOSSE, P. (1998), "La rationalisation des pratiques médicales entre efficacité et effectivité," *Sciences sociales et santé*, Vol. 16, n° 4, pp. 35-58.

MOUGEOT, M. (1994), *Système de santé et concurrence*. Paris: Économica.

— (1998), "Asymétrie d'information et financement des hôpitaux. Une comparaison des modes d'organisation du système de santé," *Revue économique*, Vol. 49, n° 5, pp. 1323-1343.

— (2000), "La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison," *Annales d'économie et de statistique*, n° 58, pp. 195-213.

MULLER, P. (1992), "Entre le local et l'Europe la crise du modèle français de politiques publiques," *Revue française de science politique*, Vol. 42, n° 2, pp. 275-297.

— (1995), "Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde," *in La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, (éd), A. Faure. Paris: L'Harmattan, pp. 153-181.

— (1997), "La profession médicale au tournant," *Esprit*, n° 229, pp. 34-42.

— (2000), "L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique," *Revue française de science politique*, Vol. 50, n° 2, pp. 189-207.

— (2005), "Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique," *Structures, acteurs et cadres cognitifs*, Vol. 55, n° 1, pp. 155-187.

— (2006), "Quand les politiques publiques dévoilent les rapports de domination," *Politique européenne*, Vol. 20, n° 3, pp. 141-145.
— (2014), "Référentiel," *in Dictionnaire des politiques publiques*, (éds) L. Boussaguet, S. Jacquot , & P. Ravinet. Paris: Presses de Sciences Po, pp. 555-562.
— (2015), *Les politiques publiques*. Paris: Presses Universitaires de France.
MULLER, P., B. PALIER, & Y. SUREL (2005), "L'analyse politique de l'action publique. Confrontation des approches, des concepts et des méthodes," *Présentation*, Vol. 55, n° 1, pp. 5-6.
MULLER, P., & Y. SUREL (2000), "Les approches cognitives des politiques publiques : présentation," *Revue française de science politique*, Vol. 50, n° 2, pp. 187-198.
MURRAY, C. J. L., & J. FRENK (2000), "A framework for assessing the performance of health systems," *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 6, n° 78.
NASSIRI, A., & L. ROCHAIX (2006), "Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach," *Health Economics*, Vol. 15, n° 1, pp. 49-64.
NELSON, J. A. (2008), "Tele-Mental Health: Advancements and Opportunities," *Home Health Care Management & Practice*, Vol. 21, pp. 70-71.
NIEDDU, M. (1998), *Dynamiques de longue période dans l'agriculture productiviste et mutations du système agro-industriel français contemporain*. Sciences économiques, Dir. P. Duharcourt, Université de Reims.
NISKANEN, W. A. (1971), *Bureaucraty and representative government*. Chicago: Adline Atherton.
NORTH, D. C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge University Press.
OCDE (2006a), *La rémunération liée aux performances dans l'administration*.
— (2006b), "OCDE Health Care Quality Framework," *OCDE Health Working Paper*, n° 23.
— (2010), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé: le rôle des technologies de l'information et des communications*. OCDE.
— (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE.
— (2015), *Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE.
OGIEN, A. (2000), "Médecine, santé et gestion," *in Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, (éds) G. Cresson, & F.-X. Schweyer. Rennes: Éditions de l'ENSP, pp. 133-148.
OH, H., C. RIZO, M. ENKIN, & A. JADAD (2005), "What Is eHealth : A Systematic Review of Published Definitions," *Journal of medical Internet Research*, Vol. 7, n° 1.
OLEG, S., & S. PIANYKH (2012), *Digital Imaging and Communication in Medicine. A Practical Introduction and Survival Guide*. Berlin: Springer
OLSON, M. (1965), *The Logic of Collective Action*. Harvard University Press.
OMS (1946), *Préambule de la constitution de l'OMS*.
— (1997), "A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics."
— (2000), "World Health Report 2000," *in Health System: ImprovingPerformance*, (éd), OMS. Genève.
— (2010a), "Atlas e-Health country profiles," *Global Observatory for eHealth series*, Vol. 1.
— (2010b), "Telemedicine Opportunities and developments in member States," *Global Observatory for eHealth series - Volume 2*.
OR, Z. (2009), "Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ?," *in Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris: Presses de Sciences Po.
ORLEAN, A. (1994), "*Analyse économique des conventions*," Paris: PUF, 403.

OSBORNE, D., & T. GAEBLER (1992), *Reinventing government : how the entrepreneurial spirit is tansforming the public sector*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.

OVRETVEIT, J. (2001), "Quality evaluation and indicator comparison in health care," *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 16, pp. 229-241.

PALIER, B. (2010), *La réforme des systèmes de santé*. Paris: Puf.

PALIER, B., & G. BONOLI (1999), "Phénomènes de path dependence et réforme des systèmes de protection sociale," *Revue française de science politique*, Vol. 49, n° 3, pp. 399-420.

PALIER, B., & Y. SUREL (2005), "Les "Trois i" et l'analyse de l'État en action," *Revue française de science politique*, Vol. 55, n° 1, pp. 7-32.

PARIS, V., & M. DEVAUX (2013), "Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE," *Les tribune de la Santé*, Vol. 40, n° 3, pp. 45-52.

PARIS, V., M. DEVAUX, & L. WEI (2010), "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries," *OECD Health Working Papers*, n° 50.

PASCAL, C. (2012), "La télémédecine face aux enjeux de l'évaluation médicoéconomique," *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 1, n° 3-4, pp. 125-129.

PAVE, F. (2012), "La dérégulation endogène du système de santé français de médecine libérale," *Politiques & management public*, Vol. 29, n° 2, pp. 191-213.

PERRET, B. (2016), "L'évaluation des politiques publiques," *Regards croisés sur l'économie*, Vol. 16, n° 1, pp. 45-57.

PERRIN, S., X. PIVOT, C. FAGNONI-LEGAT, V. NERICH, E. DECONINCK, et al. (2013), "E-santé et organisation des soins : structuration de la thérapeutique anti-cancéreuse en Franche-Comté," *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 2, pp. 101-107.

PERROT, J., & R. FONTENEAU (2003), "La contractualisation, une option stratégique pour améliorer les systèmes de santé," *Journal d'économie médicale*, Vol. 21, n° 4, pp. 203-223.

PESQUEUX, Y. (2006), *Le "Nouveau management publique"*.

PIERRU, F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*. Bellecombe-en-Bauges: Éditions du Croquant.

— (2010), "Napoléon au pays du New Public Management," *Savoir/Agir*, Vol. 11, n° 1, pp. 29-37.

— (2011), "Les agences régionales de santé : une bonne idée au service d'une mauvaise politique," *in L'hôpital en réanimation*, (éds) B. Mas, F. Pierru, N. Smolski, & R. Torrielli. Bellescombes-en-Bauges: Éditions du Croquant, pp. 113-125.

— (2012), "Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néo-libéral de la politique hospitalière," *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 194, pp. 32-51.

— (2013), "Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire," *in La bureaucratisation néolibérale*, (éd), Hibou Béatrice. Paris: La Découverte, pp. 203-230.

PIGOU, A. (1952), *The economics of welfare*. Londres: MacMillan.

POLLIT, C., & G. BOUCKAERT (2000), *Public management reform*. Oxford: Oxford University Press.

POLLIT, C., S. VAN THIEL, & V. HOMBURG (2007), "*New public management in Europe*," Basingstoke: Palgrave McMillan.

POLLITT, C. (2001), "Clarifying Convergence - Striking Similarities and Durable Differences in Public Management Reform," *Public Management Review*, Vol. 4, n° 1, pp. 471-492.

POLLITT, C., & G. BOUCKAERT (2011 (1999)), *Public management reform : a comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press.

PONSSARD, J. P. (1998), "Pour une approche contextuelle de la rationalité dans les jeux coopératifs.," *in Les limites de la rationalité - tome 1 ; Rationalité, ethique et cognition.*, (éds) J. P. Dupuy, & P. Livet. Paris: Éditions de La Découverte, pp. 209-222.

PRAGER, R. A. (1990), "Firm behavior in franchise monopoly markets," *The RAND Journal of Economics*, Vol. 21, pp. 211-225.

PRATT, J. W., & R. ZECKHAUSER (1985), *Principals and agents: the structure of Business*. Harvard Business School Press.

PYUN, H.-O. (2013), "Hybridation du New public management : cas de gestion des administrateurs territoriaux en France," *Management & Avenir*, Vol. 65, n° 7, pp. 32-47.

RAMAUX, C. (1996), "De l'économie des conventions à l'économie de la règle, de l'échange et de la production," *Economie et Société*, n° 19, pp. 121-150.

RAULY, A. (2013a), "Dispositifs de rémunération de la télémédecine : de la diversité des propositions de contrats à la singularité du système de santé français," *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 31, pp. 473-486.

— (2013b), "Nouveau paradigme technico-organisationnel et appropriation d'une innovation," *in Les nouvelles frontières de l'économie sociale et solidaire*, (éds) H. Defalvard, Y. L'Horty, F. Legendre, & M. Narcy. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 475-489.

RAULY, A., & F. GALLOIS (2014), "La télémédecine : une affaire de famille ? Réflexions à partir d'une approche systémique," *in Innovations sociales, innovations économiques*, (éds) B. Lamotte, A. Le Roy, C. Massit, & E. Puissant. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 77-94.

REBERIOUX, A., & F. BIEN (2002), "La relation médecin patient : quelques éléments d'analyse à partir de la théorie des contrats," *in Santé, règles et rationalités*, (éds) S. Béjean, & C. Peyron. Paris: Économica, pp. 183-201.

REBERIOUX, A., O. BIENCOURT, & P. GABRIEL (2001), "La dynamique des conventions entre consensus et conflit," *in Théorie des conventions*, (éd), P. Batifoulier: ECONOMICA.

REY, A. (2010), "*Dictionnaire historique de la langue française*," Paris: Éditions Le Robert.

REYNAUD, J.-D. (1988), "Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome," *Revue française de sociologie*, Vol. 29, n° 1, pp. 5-18.

RICHARDSON, J. (1981), "the inducement hypothesis : that doctors generate demand for their own services," *in Health, economics and Health economics*, (éds) J. Van der Gaag, & M. Perlman. Amterdam: North Holland, pp. 189-214.

RIKER, W. (1962), *The Theory of Political Coalitions*. Yale University Press.

ROBELET, M. (2005), "Réforme du système de santé et mobilisation éthique des médecins : un regard sociologique sur l'éthique des professions," *in Éthique médicale et politique de santé*, (éds) P. Batifoulier, & M. Gadreau. Paris: Économica, pp. 145-165.

ROBELET, M., M. SERRE, & Y. BOURGUEIL (2005), "La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles," *Revue française des affaires sociales*, Vol. 59, n° 1, pp. 231-260.

ROCHAIX, L. (1986), *Asymétries informationnelles et comportement médical.* Thèse de Sciences Economiques, Université de Rennes I.

— (1989), "Information asymmetry and search for the market for physicians' services," *Journal of health economics*, Vol. 8, n° 1, pp. 53-84.

— (1997), "Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats," *Économie et prévision*, n° 129-130, pp. 11-24.

ROLLAND, C., & F. SICOT (2012), "Les recommandations de bonnes pratiques. Du savoir médical aux pouvoir néo-managérial," *Gouvernement et action publique*, Vol. 3, n° 3, pp. 53-75.

ROSS, S.-A. (1973), "The economic theory of agency : the principal's problem," *American economic review*, Vol. 63, n° 2, pp. 134-139.

RYAN, R. M., & E. L. DECI (2000), "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being " *American Psychologist*, Vol. 55, pp. 68-78.

SABATIER, P., & E. SCHLAGER (2000), "Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines," *Revue française de science politique*, Vol. 50, n° 2, pp. 209-234.

SACKETT, D. L., W. M. ROSENBERG, J. GRAY, R. B. HAYNES, & W. S. RICHARDSON (1996), "Evidence based medicine: what it is and what it isn't," *BMJ: British Medical Journal*, n° 312.

SALAIS, R. (1989), "L'analyse économique des conventions du travail," *Revue Économique* Vol. 40, n° 2, pp. 199-240.

SALGUES, B. (2013), *L'e-santé et la télémédecine*. Hermes Science Publications.

SALGUES, B., & N. PAQUEL (2013), *Télésanté, espoir du monde rural ? Des objectifs à la construction des usages*. Paris: Michel Houdiard Éditeur.

SAMSON, A.-L. (2009), "Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?," *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, pp. 144-158.

SANNI YAYA, H., & C. RAFFELINI (2007), *Des souris et des médecins : de la télémédecine à la cybermédecine, la science médicale du 21esiècle*. Paris: Publibook.

SAPPINGTON, D. (1991), "Incentives in Principal-Agent Relationships," *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 5, n° 2, pp. 45-66.

SAUSSIER, S., & A. YVRANDE-BILLON (2007), *Économie des coûts de transaction*. Paris: Éditions La Découverte.

SCHWEITZER, L. (2012), "Le DMP ou comment constituer un gigantesque fichier des données de santé," *Revue Terminal*, n° 111.

SICOTTE, C., P. LEHOUX, J. FORTIER-BLANC, & Y. LEBLANC (2003), "Feasibility and outcome evaluation of a telemedicine application in speech–language pathology," *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 9, pp. 253-258.

SICSIC, J. (2014), *Impacts des incitatifs économiques en médecine générale. Analyse des préférences et des motivations des médecins*. thèse pour le doctorat en Sciences Économiques, Université Paris-Dauphine.

SICSIC, J., M. LE VAILLANT, & C. FRANC (2012), "Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners " *Health policy*, n° 2-3, pp. 140-148.

SIMON, H. A. (1947), *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. New York: The Macmillan Company.

SIMON, H. A. (1976), "From substantive to procedural rationality.," *in Method and appraisal in economics*, (éd), Latsis. Cambridge: Cambridge University Press.

SIMON, P., & D. ACKER (2008), *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*. rapport de la Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins pour le Ministère de la santé et des Sports.

SMITH, A. (1776), *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*. Paris: Idées Gallimard.

STAJKOVIC, A. D., & F. LUTHANS (1997), "A meta-analysis of the effects of organizational behavior modification on task performance, 1975-95," *Academy of Management Journal*, Vol. 40, pp. 1122-1149.

STEFFEN, M. (1987), "Les médecins et l'État en France," *Politiques et management public*, Vol. 5, n° 3, pp. 19-39.
STEUDLER, F. (1977), "Médecine libérale et conventionnement," *Sociologie du travail*, Vol. 19, n° 2, pp. 176-198.
STRATEGIES TELECOMS ET MULTIMEDIA (2003), "De la normalisation des soins médicaux à celle de la télémédecine," *in Encyclopédie des Télécoms*.
STROETMANN, K., & S. LILISCHKIS (2007), "eHealth strategy and implementation activities in Germany. Report in the framework of the eHealth ERA project."
SYNTEC NUMERIQUE (2011), *Télémédecine 2020 Faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé*.
SZARKA, J. (1990), "Networking and small Firms," *International Small Business Journal*, Vol. 7, n° 1, pp. 10-22.
TABUTEAU, D. (2009a), "Crises et réformes," *Sève, Les Tribunes de la santé*, n° 22, pp. 19-40.
— (2009b), "L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary," *Droit Social*, n° 4.
— (2010), "Les défis des professions de santé. Pouvoirs publics et professions de santé," *Les tribune de la Santé*, n° 26.
THERET, B. (1996), "De la comparabilité des systèmes nationaux de protection sociale dans les sociétés salariales : essai d'analyse structurale," *in Comparer les systèmes de protection sociale en Europe. Rencontres de Berlin*. Paris: DREES-MiRe, pp. 439-503.
— (2007), "Les transformations de l'État social français depuis 1975 : une analyse centrée sur les politiques de santé et menée au regard des standards typologiques et théoriques du changement institutionnel," *Économie appliquée*, Vol. 60, n° 1, pp. 69-100.
THEVENON, O. (2006), "Esquisse d'une analyse des régulations à laquelle pourrait contribuer l'Économie des conventions," *in L'Économie des conventions, méthodes et résultats*, (éd), F. Eymard-Duvernay. Paris: Éditions de La Découverte, pp. 265-278.
THEVENOT, L. (1989), "Équilibre et rationalité dans un univers complexe," *Revue Économique*, Vol. 40, n° 2, pp. 147-198.
THIERRY, J.-P. (1993), *La télémédecine, enjeux médicaux et industriels*. Ministère de l'Industrie et des Postes et Ministère des Télécommunications, du Commerce.
THOENIG, J.-C. (2014), "Politique publique," *in Dictionnaire des politiques publiques*, (éds) L. Boussaguet, S. Jacquot, & P. Ravinet. Paris: SciencesPo. Les Presses, pp. 420-427.
TOURNAY, V. (2007), "Produire l'objectivité médicale : un système expérimental réplicatif de standardisation," *Sociologie du travail*, Vol. 49, n° 2, pp. 253-267.
TULLOCK, G. (1965), *The politics of bureaucracy*. Public Affairs Press.
— (1972), *Le marché politique*. Paris: Économica.
TURCHETTI, G., & E. GEISLER (2009), "Health technology assessment in the context of private and public models of national health systems," *PICMET: Portland International Center for Management of Engineering and Technology, Proceedings*.
VALLERAND, R. J., & E. A. THILL (1993), *Introduction à la psychologie de la motivation*. Québec: Vigot.
VATIN, F. (2008), "L'esprit d'ingénieur : pensée calculatoire et éthique économique," *Revue Française de Socio-économie*, Vol. 1, n° 1, pp. 131-152.
VENTELOU, B., & Y. VIDEAU (2010), "De la motivation des médecins généralistes français," *in Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice*, (éds) P. Batifoulier, A. Buttard, & J.-P. Domin. Paris: Éditions Eska, pp. 93-105.
VIDEAU, Y., P. BATIFOULIER, Y. ARRIGHI, M. GADREAU, & B. VENTELOU (2010), "Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale: une étude dans le champ

de la prévention," *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 58, n° 5, pp. 301-311.

VIDEAU, Y., S. ROLLAND, & B. VENTELOU (2009), "De la motivation des médecins généralistes français," *in Emplois et politiques sociales*, (éds) T. Barnay, & F. Legendre. Paris: Éditions de L'Harmattan, pp. 347-359.

VIDEAU, Y., B. VENTELOU, J.-B. COMBES, P. VERGER, & A. PARAPONARIS (2007), "Les médecins généralistes face aux réformes. Les réactions du panel de médecins libéraux de la région PACA," *Médecine/Sciences*, Vol. 23, n° 5, pp. 538-544.

VILLEVAL, M.-C. (1995), "Une théorie économique des institutions," *in Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, (éds) R. Boyer, & Y. Saillard. Paris: Éditions de La Découverte, pp. 479-489.

VON NEUMANN, J., & O. MORGENSTERN (1953), *Theory of games and economic behavior.* Princeton: Princeton University Press.

WALLISER, B. (1989), "Théorie des jeux et genèse des institutions.," *Recherches Economiques de Louvain*, Vol. 55, n° 4, pp. 339-364.

WEBER, M. (1921), *La domination légale à direction administrative bureaucratique*.

WENDT, C. (2014), "Changing healthcare system types," *Social Policy and Administration*, Vol. 48, n° 7, pp. 864-882.

WENDT, C., L. FRISINA, & H. ROTHGANG (2009), "Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison," *Social Policy & Administration*, Vol. 43, n° 1, pp. 70-90.

WHITE, R. W. (1959), "Motivation reconsidered: The concept of competence," *Psychological Rewiew*, Vol. 66, pp. 297-333.

WILLIAMSON, O. E. (1973), "Markets and Hierarchies: Some Elementary Considerations," *The American Economic Review*, Vol. 63, n° 2, pp. 316-325.

— (1975), *Market and Hierarchies. Analysis and Antitrust Implications.* New-York: The Free Press.

— (1979), "Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations," *Journal of Law and Economics*, Vol. 22, n° 2, pp. 233-261.

WILLIAMSON, O. E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting.* New-York: The Free Press.

WILLIAMSON, O. E. (1989), "Transaction Cost Economics," *in Handbook of Industrial Organization Vol. 1*, (éds) R. Schmalensee, & R. D. Willing. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

ZUNDEL, K. (1996), "Telemedicine history, applications, and impact on librarianship," *Journal of the Medical Library Association*, Vol. 84, n° 1, pp. 71-79.

Table des matières

Remerciements **3**

Résumé **5**

Sommaire **7**

Introduction générale **11**

1. La stratégie de déploiement de la télémédecine et ses résultats paradoxaux 13
   1.1. Les espoirs des acteurs de la santé *13*
   1.1.1. La télémédecine, une réponse cohérente aux évolutions du système de santé 13
   1.1.2. De la reconnaissance juridique à la stratégie de déploiement de l'activité 15
   1.2. Un bilan contrasté des premières expérimentations institutionnalisées *18*
   1.2.1. L'état des lieux du déploiement 18
   1.2.2. Les fondements de l'instabilité de la politique : le cahier des charges expérimental de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 22
2. L'institutionnalisation des pratiques télémédicales : entre industrialisation des soins et performance du système de santé 24
   2.1. L'approche cognitive des politiques publiques et ses enseignements pour l'économiste *25*
   2.1.1. Les approches analytiques de l'action publique 25
   2.1.2. Le référentiel politique de la télémédecine 28
   2.2. La politique de télémédecine, une politique du New public management fondée sur la performance *30*
   2.3. La technologie télémédicale, outil de standardisation des tâches et de mesure de la performance *31*
   2.4. L'institutionnalisation conflictuelle de la pratique télémédicale *33*
3. Hypothèse, problématisation et démarche analytique 35
4. Plan de la thèse 38

Partie 1 : Du système complexe de télémédecine à la forme de l'intervention de l'État **43**

Introduction de la première partie 45

Chapitre 1 Construction d'un cadre analytique des systèmes de télémédecine **49**

1. Télémédecine, de quoi parle-t-on ? 51
   1.1. Une absence de convention autour d'une définition internationale *51*
   1.2. Une pratique ancienne pour des définitions réglementaires nouvelles *54*
2. Caractérisation des éléments du système de télémédecine 58
   2.1. La configuration institutionnelle comme outil théorique d'analyse *59*
   2.2. Les enseignements de la littérature : la faiblesse des éléments institutionnels *60*
   2.2.1. Méthodologie de la revue de la littérature économique 61
   2.2.2. L'efficience, seule caractéristique institutionnelle considérée dans la littérature 63
   2.3. Des systèmes de santé aux systèmes de télémédecine *66*
   2.4. Caractérisation du système de télémédecine *69*
   2.4.1. La place de la télémédecine dans le système de santé 69
   2.4.2. Le système productif de télémédecine 70
3. La configuration institutionnelle, outil de lecture des forces et faiblesses des systèmes de télémédecine 74
   3.1. Construction d'une grille analytique des systèmes de télémédecine *75*
   3.1.1. Présentation des sources de données 75
   3.1.2. Méthodologie de la revue de la littérature télémédicale 77
   3.1.3. Premiers enseignements de la littérature : le déploiement de la télémédecine, une affaire politique 81

3.1.4. Seconds enseignements de la littérature : les méthodologies d'évaluation du niveau de développement de la télémédecine ... 83
3.1.5. La grille analytique des systèmes de télémédecine ... 85
3.2. Les enseignements de la grille analytique ... 88
3.2.1. Le système de télémédecine : une boîte noire organisationnelle ... 89
3.2.2. Les besoins et réserves des acteurs de la télémédecine ... 91
3.2.3. La politique de télémédecine, un outil à double tranchant ... 94
Conclusion ... 97

Chapitre 2 De l'industrialisation à l'institutionnalisation de la pratique télémédicale : les origines de la politique publique ... 99
1. 1993 – 2008 : L'ère de l'industrialisation de la télémédecine ... 101
1.1. La reconnaissance juridique d'un outil de télémédecine ... 101
1.2. Industrialisation et nouvelles relations productives ... 103
1.2.1. D'un colloque singulier à un colloque pluriel ... 104
1.2.2. Allongement de la filière de production et re-division du travail ... 107
2. Depuis 2009 : l'ère de l'institutionnalisation de la télémédecine ... 109
2.1. HPST : de la loi à l'esprit de la loi ... 110
2.1.1. La loi HPST, un tournant dans la définition de la télémédecine ... 110
2.1.2. La littérature grise : cadre opérationnel de la loi HPST ... 114
2.2. Les approches idéelles, cadre analytique de la conception de l'action publique ... 117
2.2.1. La dimension idéelle dans la construction de l'action publique ... 117
2.2.2. La gouvernance, nouveau mode opératoire de l'action publique ... 121
3. Le déploiement de la télémédecine, une affaire de politique publique ... 122
3.1. Qu'est-ce qu'une politique publique ? ... 123
3.1.1. De l'action à la politique publique ... 124
3.1.2. La politique de télémédecine dans la politique de santé ... 125
3.2. L'action publique nationale en faveur du déploiement de la télémédecine ... 126
3.2.1. Les organisations nationales en charge du déploiement et leurs missions ... 127
3.2.2. Les chantiers prioritaires du déploiement ... 129
3.2.3. Les outils opérationnels du déploiement ... 132
3.3. L'action publique régionale en faveur du déploiement de la télémédecine ... 135
3.3.1. Le programme régional de télémédecine ... 136
3.3.2. La contractualisation des projets de télémédecine ... 138
3.3.3. Les conventions de télémédecine ... 140
3.3.4. La gestion du financement des projets de télémédecine ... 142
3.4. L'article 36 et son programme d'action ... 144
3.4.1. Le programme d'action de l'article 36 ... 145
3.4.2. Les expérimentations de téléconsultation et de téléexpertise ... 148
3.4.3. L'abrogation du cahier des charges de 2015 ... 151
Conclusion ... 153
Conclusion de la première partie ... 155

Partie 2 : Les rapports de force dans le déploiement de la télémédecine : analyse des trajectoires de l'action publique ... 161
Introduction de la deuxième partie ... 163

Chapitre 3 Le *New public management*, système productif hybride de l'action publique ... 165
1. *New public management*, prise en compte d'un problème global et adaptation productive locale ... 166
1.1. Une volonté globale de réformer le sens et les modalités de l'action publique 167
1.1.1. Le socle commun des réformes de l'État ... 167
1.1.2. *From old public administration to new public management* ... 169
1.1.3. Le *New public management*, une dimension plurielle de l'action publique ... 172
1.2. Le New public management, un modèle productif adaptatif ... 173
1.2.1. Les modèles productifs hybrides dans la littérature ... 174
1.2.2. Les modèles productifs de l'action publique ... 176
1.3. L'hybridation dans l'environnement institutionnel françaises : confrontation des points de vues ... 180
1.3.1. Le point de vue sociologique : le paradoxe du moins d'État, mais plus de règles ... 181
1.3.2. Le point de vue gestionnaire : la performance du management public ... 182

1.3.3. Le modèle français : hybridation des modèles *Bureaucratie publique* et *Gros embouteillage institutionnel* ……184
2. Les théories économiques au fondement du *New public management* 185
2.1. Le New public management, un mouvement sans ancrage théorique ? *185*
2.1.1. Le *New public management*, avènement du *free to manage*…..... 185
2.1.2. … sous l'influence de l'économie institutionnelle néo-libérale 187
2.2. Théorie des choix publics et rôle de l'État dans l'action publique *189*
2.2.1. Les raisons de l'intervention publique dans le champ de la santé et leurs limites 189
2.2.2. *Public choice* et *New public management* : croisade contre l'inefficience bureaucratique 191
2.3. La théorie des coûts de transaction et l'homo contractus : le choix du contrat optimal dans le New public management *194*
2.3.1. Service public, faire ou faire-faire ? 195
2.3.2. L'externalisation des services publics français..... 200
2.4. Théorie de l'agence et rémunération à la performance : préceptes du New public management ……*202*
2.4.1. La théorie de l'agence, au fondement des incitations économiques 203
2.4.2. Modalités de rémunération et *New public management* dans les pays de l'OCDE 205
2.4.3. La rémunération à la performance des médecins dans les pays de l'OCDE 207
Conclusion..... 211

Chapitre 4 La gouvernance de la télémédecine, modèle productif hybride du *New public management* à la française 213
1. La télémédecine, mise en œuvre de l'externalisation de la production de services hospitaliers ……215
1.1. La structure des transactions dans la production de soins *215*
1.1.1. L'externalisation, incarnation de l'idéologie marchande dans la production médicale 216
1.1.2. Les freins à l'externalisation dans la pratique traditionnelle de la médecine..... 218
1.2. La gestion de la spécificité des actifs dans l'externalisation des activités hospitalières ……*220*
1.2.1. Les enjeux de l'externalisation de production hospitalière..... 220
1.2.2. Analyse transactionnelle de l'organisation de télémédecine 222
1.2.3. La prise en compte des nouveaux actifs spécifiques de la télémédecine 224
2. L'interopérabilité des systèmes d'information : le rôle de la puissance publique dans l'introduction des nouvelles formes transactionnelles 225
2.1. Le pilotage du Système d'information : nouvelle forme de gouvernance de la production de soins..... *226*
2.1.1. L'encadrement par la puissance publique du référentiel d'interopérabilité des systèmes d'information ……227
2.1.2. La mise en œuvre de l'interopérabilité des systèmes d'information de télémédecine : condition *sine qua non* de la performance de télémédecine 230
2.1.3. Les difficultés d'harmonisation des dispositifs, freins à la coordination et à la performance.... 233
2.1.4. *New public management*, marchés publics et plateformes de télémédecine..... 237
2.2. La télémédecine, une difficile mise en œuvre sectorielle du modèle hybride du New public management à la française..... *238*
2.2.1. Les deux modèles de gouvernance de la production de télémédecine..... 239
2.2.2. La mise en œuvre du *New public management* dans le déploiement de la télémédecine 240
2.2.3. La coordination télémédicale dans la pratique, une victoire du modèle *Bureaucratie publique* ? ……242
3. Les modalités contractuelles de rémunération des actes de télémédecine : quelle application du *New public management* ?..... 246
3.1. Présentation du modèle initial : la rémunération comme solution à l'incomplétude des contrats ?..... *247*
3.1.1. La théorie de l'agence comme support du modèle de rémunération des actes de télémédecine 247
3.1.2. Rémunération de la télémédecine dans les systèmes multi-agents 248
3.1.3. La rémunération de la télémédecine dans les modèles multi-principaux..... 249
3.2. Les propositions de rémunération de la télémédecine en France du Gros embouteillage institutionnel à la Bureaucratie publique *251*
3.2.1. Nouveaux modes de rémunération pour une nouvelle organisation du système de santé..... 252
3.2.2. Une télémédecine fongible dans les contrats de rémunération existants 253
3.2.3. La rémunération expérimentale des actes de télémédecine : avènement de la *Bureaucratie publique* ……255

4. La performance comme mode de justification de l'action publique en faveur de la télémédecine ……257
4.1. L'évaluation par le chiffre, technique d'auto-entretien de l'esprit du capitalisme ……258
4.2. L'évaluation de la performance de la télémédecine 259
4.2.1. Les modalités théoriques de l'évaluation : *Gros embouteillage institutionnel* 260
4.2.2. La mise en œuvre de l'évaluation dans l'expérimentation de l'article 36 : vers la *Bureaucratie publique* ……264
4.2.3. Les limites du *New public management* comme cadre d'évaluation de la performance..... 265
5. Trajectoires d'hybridation et performance du modèle productif organisationnel de la télémédecine ……267
5.1. Les cinq trajectoires des modèles productifs hybrides 268
5.2. La performance des modèles hybrides 270
5.3. Trajectoire et performance du modèle de gouvernance de la télémédecine 271
Conclusion..... 274

Chapitre 5 La trajectoire d'hybridation du modèle : stigmate des rapports de force dans le déploiement de la télémédecine 277
1. Régulation externe nationale et règles hétéronomes : normalisation de l'activité de télémédecine ……280
1.1. La norme, outil de coordination de l'échelle nationale de régulation externe de la télémédecine ……282
1.1.1. De l'art médical à l'art de la normalisation des pratiques 284
1.1.2. La normalisation des technologies médicales, justification de la standardisation des actes 286
1.1.2.1. Échelle internationale : quel codage des nomenclatures des pratiques ?..... 286
1.1.2.2. Norme technique : de la coordination des acteurs à la responsabilité juridique de l'utilisateur ……289
1.2. Normalisation de la télémédecine, vers une standardisation complète..... 291
1.2.1. La cancérologie, terrain privilégié de normalisation 292
1.2.2. La télémédecine, aboutissement de la rationalisation des procédures de recommandations 294
2. Régulation externe régionale et contractualisation : le rôle des ARS 297
2.1. L'ARS, agence du renouvellement de l'action publique ?..... 297
2.1.1. Le modèle théorique de l'agence territoriale, autonomie et pilotage par les résultats 298
2.1.2. L'ARS, agence du modèle productif hybride du *Gros embouteillage institutionnel* 300
2.1.2.1. L'ARH, l'échec de l'ancêtre de l'ARS 300
2.1.2.2. L'ARS, régionalisation du *Gros embouteillage institutionnel* 301
2.2. La contractualisation, outil régional de régulation des missions de service public ……304
2.2.1. Le contrat de télémédecine au sein de la boîte à outils contractuels des ARS..... 304
2.2.2. Le contrat de télémédecine, contrat type du *New public management* ? 306
2.2.2.1. Le modèle théorique pur du contrat de télémédecine : encadrement parfait de l'opportunisme ……306
2.2.2.2. Le contrat de télémédecine, incitation faible et coercition forte..... 308
2.3. Le contrat d'un instrument de coordination à un outil de contrôle..... 309
3. Régulation interne et conventions : conflit de représentation 310
3.1. La place de la régulation interne dans la coordination de la profession médicale ……311
3.1.1. L'autorégulation, la médecine en quête de légitimité de la régulation interne 312
3.1.2. Télémédecine et Ordre des médecins : vers la reconquête de la profession médicale 315
3.1.3. L'éthique et la déontologie, sont-elles solubles dans la régulation externe ? 318
3.2. La convention, outil de coordination interne 320
3.2.1. L'Économie des conventions, grille de lecture de la régulation interne 321
3.2.2. Coordination et coopération interne : cité par projet *versus* cité communautaire..... 324
3.2.3. Projets pré-institutionnalisation de télémédecine, coopération professionnelle 328
4. Les conflits de coordination entre les échelles de régulation : une lecture de l'échec du déploiement de la télémédecine 334
4.1. Convention professionnelle versus logique d'action industrielle..... 334
4.2. Le Gros embouteillage institutionnel, conflit de représentation du déploiement de la télémédecine..... 335
Conclusion..... 339

Conclusion de la deuxième partie 343

Partie 3 : L'efficacité des dispositifs de régulation de la télémédecine à l'épreuve de la motivation professionnelle médicale 349

Introduction de la troisième partie 351

Chapitre 6 Des incitations aux motivations, confrontation entre les dispositifs de régulation externes et les logiques d'action professionnelles 353

1. Les incitations, solution efficace pour atteindre le *Gros embouteillage institutionnel* ? ……355

1.1. Inciter les médecins à suivre le Gros embouteillage institutionnel, garantie du bien-être collectif ? 356

1.1.1. La télémédecine, un remède à l'illusion déontologique ? 356

1.1.2. La création d'un marché artificiel des soins, les incitations comme substituts des prix 359

1.2. Les incitations et les professionnels de santé, de l'inefficacité à la contre-productivité ……363

1.2.1. À la recherche des bonnes règles incitatives 364

1.2.2. Les effets incitatifs dans la médecine libérale, une efficacité toute relative 368

1.2.3. Les médecins, des agents multi-tâches difficiles à inciter 371

2. L'éviction des motivations, une réponse rationnelle au regard des relations d'agence ……373

2.1. La psychologie cognitive, clé de lecture du cadre motivationnel 374

2.1.1. La motivation, de quoi parle-t-on ? 375

2.1.2. De l'additivité à la substituabilité des motivations 376

2.1.3. Les incitations, sources d'éviction des motivations intrinsèques ? 381

2.2. L'effet d'éviction, simple résultat d'une asymétrie d'information ? 385

2.2.1. Les coûts cachés et principal informé, les incitations révélation de la pénibilité de production de télémédecine ? ……386

2.2.2. L'extraction du signal d'altruisme, l'avantage compétitif de la télémédecine ? 389

2.2.3. L'action désintéressée du télémédecin, l'impossible interprétation par l'agence 392

3. L'effet d'éviction des motivations intrinsèques, une question de jugement de la règle de coordination ? 395

3.1. La construction du jugement conventionnel 396

3.1.1. L'interprétation, rempart à l'incertitude 397

3.1.2. La représentation des préférences comme légitimité de l'arbitraire 398

3.1.3. La caractérisation de l'objet de télémédecine, une question de jugement 399

3.2. Les mécanismes de coordination de l'échelle externe de régulation : responsable d'une future dégradation de la qualité des soins ? 401

3.2.1. Préférence, croyance et motivation, quelle logique d'action ? 401

3.2.1.1. Le rôle de la règle élémentaire dans la construction du jugement 402

3.2.1.2. Les croyances et les règles, conflits de représentation de l'action 404

3.2.2. La motivation, déterminant de l'action du télémédecin 407

Conclusion 412

Chapitre 7 De la caractérisation des motivations à l'efficacité des politiques publiques, étude de cas appliquée à la télémédecine 415

1. Méthodologie de construction de l'enquête télémédecine et présentation de l'échantillon ……416

1.1. Les objectifs du questionnaire, les caractérisations de la motivation 416

1.2. Les étapes de la construction de l'enquête : méthodologie et supports théoriques ……418

1.2.1. L'originalité de l'enquête télémédecine 418

1.2.2. Les supports théoriques de la construction du questionnaire 420

1.3. Administration du questionnaire et présentation de l'échantillon : qui sont les médecins de l'enquête télémédecine ? 423

1.3.1. Présentation de la population cible et de la collecte de données 423

1.3.2. Présentation de l'échantillon : les caractéristiques générales de la population étudiée 424

1.3.2.1. Les caractéristiques sociodémographiques des répondants 425

1.3.2.2. Les habitudes de pratique de la population cible 428

1.3.2.3. Les aptitudes des médecins interrogés pour la télémédecine 431

2. Résultats de l'enquête : les médecins et leurs motivations face à la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine 434
2.1. Les médecins et la télémédecine 434
2.1.1. Des médecins intéressés mais non pratiquants 434
2.1.2. Les pratiques télémédicales, un frein au passage à l'acte ? 437
2.1.3. L'encadrement et la régulation des pratiques, obstacle à l'adhésion ? 438
2.1.4. Les modalités de coopération, une zone de tension ? 439
2.2. Caractérisation du profil type du médecin utilisateur de télémédecine 440
2.2.1. Les tests des hypothèses sociodémographiques 440
2.2.2. Les tests des hypothèses des caractéristiques de l'activité 446
2.2.3. Le profil-type du médecin utilisateur de télémédecine 455
2.3. Caractérisation de la motivation des médecins libéraux 457
2.3.1. La mesure de la motivation des médecins : l'index global de motivation autodéterminée au travail 458
2.3.2. La motivation professionnelle des médecins libéraux champardennais et d'Île-de-France 460
2.4. Les relations entre motivations professionnelles et mécanismes de régulation de l'activité de télémédecine 462
2.4.1. Les hypothèses relationnelles entre motivations et caractéristiques de l'emploi 463
2.4.2. Mise en œuvre des tests : La dépendance de la motivation professionnelle des médecins aux caractéristiques de la gouvernance de la télémédecine 465
Conclusion 469
Conclusion de la troisième partie 471

Conclusion générale 475
1. Le développement de la télémédecine, une affaire de politique publique 476
2. Le modèle productif de la gouvernance télémédicale : entre impératif global, adaptabilité sectorielle et tensions sociales 479
3. Les caractéristiques individuelles du télémédecin, singularités invisibles dans le référentiel de marché 482
4. La trajectoire du modèle productif de l'action publique en faveur de la télémédecine au 1er septembre 2016 485

Bibliographie 491

Table des matières 513

Liste des encadrés 519

Liste des figures 520

Liste des graphiques 521

Liste des images 522

Liste des tableaux 523

Annexes 525
Annexe 1 : Le questionnaire Télémédécine/Domomédecine 527
Annexe 2 : Préparation de la base de données et pré-traitements 535
Annexe 3 : Méthodologie des tests du Chi-deux 537
Annexe 4 : Réalisation de l'ACP de l'index des motivations 539
Annexe 5 : Les résultats bruts du questionnaire Télémédecine/Domomédecine 545

Liste des encadrés

Encadré 1 – La définition juridique de la télémédecine en France 16
Encadré 2 – La stratégie du comité de pilotage du déploiement de la télémédecine 17
Encadré 3 – les grandes approches analytiques de l'action publique 26
Encadré 4 – Caractérisation du *process* de production des soins avec la télémédecine 106
Encadré 5 - Définition légale des cinq actes de télémédecine 113
Encadré 6 – L'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 145
Encadré 7 – Les modalités de rémunération, cahier des charges de 2016 152
Encadré 8 – Débat autour de la traduction française du terme *New public management* 171
Encadré 9 – Les défaillances du marché en santé 190
Encadré 10 – Les postulats de l'école des choix publics : *Homo œconomicus*, *homo politicus* et rationalité des électeurs 192
Encadré 11 - Les caractéristiques des transactions comme déterminants de la structure de gouvernance 195
Encadré 12 – Les incitations comme mécanisme de réduction des risques en amont et en aval de la signature des contrats 204
Encadré 13 – La définition d'un GCS e-santé ou télésanté 240
Encadré 14 – les échelles de régulation, supports multiples de coordination 278
Encadré 15 – Les trois stades de maturité de la coordination d'une organisation productive en réseaux 281
Encadré 16 – La mise en œuvre des politiques de santé par l'ARS 303
Encadré 17 – Les arguments de l'Ordre en défaveur de la régulation externe de la télémédecine 317
Encadré 18 – L'Économie des conventions, une pluralité d'approches 322
Encadré 19 – Adaptation des économies de la grandeur au champ de la santé 324
Encadré 20 – Les caractéristiques des projets de télémédecine pré-institutionnalisation 328
Encadré 21 – Les 12 premiers principes déontologiques de la télémédecine 332
Encadré 22 – Les dispositifs incitatifs de la politique de télémédecine 360
Encadré 23 – Contrats Incitatifs et équilibre coopératif vers la performance absolue ? 366
Encadré 24 – La théorie du renforcement 376
Encadré 25 – TAD : Motivation, besoins psychologiques et logique d'action 377
Encadré 26 – Les formes de motivations et le *continuum* d'autodétermination 379
Encadré 27 – La théorie de l'attribution, l'*overjustification effect* 389
Encadré 28 – La modélisation du *crowding effect* de Bruno Frey 408
Encadré 29 – Nos hypothèses de travail concernant la motivation médicale 411
Encadré 30 – L'interprétation des questions de la partie 2 de l'enquête télémédecine 422
Encadré 31 – Les hypothèses socio-démographiques 441
Encadré 32 – Les hypothèses sur l'activité 447
Encadré 33 – La validation des hypothèses concernant l'utilisation de la télémédecine 456
Encadré 34 : les hypothèses de relation entre motivations et caractéristiques de l'emploi 464
Encadré 35 – Nos hypothèses de travail sur la motivation télémédicale 483

Liste des figures

Figure 1 – Recensement des projets de télémédecine 2011 – 2012 19
Figure 2 – Répartition des projets de télémédecine par secteur d'activité au 31 décembre 2012 21
Figure 3 – De l'architecture à la configuration institutionnelle..... 59
Figure 4 - La télémédecine comme élément du système de soins et de santé 69
Figure 5 – L'organisation du système productif de la télémédecine 72
Figure 6 – Caractérisation du système de télémédecine..... 73
Figure 7 - Méthodologie de recensement des articles 78
Figure 8 - Grille analytique des systèmes de télémédecine..... 86
Figure 9 – Le triangle des services 104
Figure 10 – L'outil de télémédecine dans le système de santé..... 108
Figure 11 – Densité de radiologues pour 100 000 habitants au 1er janvier 2009..... 130
Figure 12 – Les enjeux des expérimentations article 36 146
Figure 13 – La gouvernance des expérimentations article 36 147
Figure 14 – L'agenda des expérimentations articles 36 147
Figure 15 – Caractérisation du système de télémédecine..... 157
Figure 16 – Les modèles productifs canonique et hybride..... 175
Figure 17 – Type de transaction et forme contractuelle 196
Figure 18 – Spécificité des actifs et mode de gouvernance..... 198
Figure 19 – Programme de minimisation des coûts de transaction et de production 198
Figure 20 – Les producteurs de services publics en France 201
Figure 21 – Coordination virtuelle des acteurs de télémédecine..... 228
Figure 22 – Le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information 229
Figure 23 – Les fournisseurs de plateformes de télémédecine..... 236
Figure 24 – Structure institutionnelle de normalisation de l'outil de télémédecine 287
Figure 25 – Régionalisation et autonomie des agences..... 302
Figure 26 – Le continuum d'autodétermination..... 380
Figure 27 - Répartition de la population interrogée sur le *continuum* d'autodétermination..... 461
Figure 28 - Répartition de la population interrogée sur le *continuum* d'autodétermination..... 485

Liste des graphiques

Graphique 1 – Ancienneté des projets de télémédecine 20
Graphique 2 – Contractualisation et chantiers prioritaires 22
Graphique 3 - Évolution du nombre de publications « télémédecine »..... 57
Graphique 4 - Répartition par pays des articles du Cas 2..... 80
Graphique 5 - Distinction des freins au développement de la télémédecine identifiés par l'OMS et notre étude 91
Graphique 6 - Écarts en besoins d'information 94
Graphique 7 - Présence d'une politique nationale ou régionale de télémédecine 95
Graphique 8 - Perception des freins à l'utilisation de la télémédecine..... 96
Graphique 9 – Nombre et durée moyenne des consultations 428
Graphique 10 – La rémunération des médecins interrogés 429
Graphique 11 – Engagement syndical, ordinal et associatif des médecins interrogés 430
Graphique 12 – Les outils technologiques utilisés habituellement par les médecins dans leur pratique 431
Graphique 13 – Nombre moyen d'échanges quotidiens avec d'autres professionnels de santé..... 432
Graphique 14 – Les habitudes de pratiques individuelles et en groupe des médecins 433
Graphique 15 – l'utilisation de la télémédecine 435
Graphique 16 – La connaissance de la télémédecine 435
Graphique 17 – L'intérêt porté par les médecins à la télémédecine..... 436
Graphique 18 – Les cas médicaux adéquats à la pratique de la télémédecine 437
Graphique 19 – l'évaluation de l'utilisation de la télémédecine 437
Graphique 20 – les acteurs de la télémédecine selon les médecins interrogés 438
Graphique 21 – La pratique de la télémédecine en réseaux 439
Graphique 22 - Utilisation de la télémédecine selon l'âge 442
Graphique 23 - Utilisation de la télémédecine selon le sexe 443
Graphique 24 - Utilisation de la télémédecine selon le statut marital 444
Graphique 25 - Utilisation de la télémédecine selon le statut parental..... 445
Graphique 26 - Utilisation de la télémédecine selon la taille de l'agglomération 446
Graphique 27 - Utilisation de la télémédecine selon la spécialité médicale..... 448
Graphique 28 - Utilisation de la télémédecine selon le secteur d'activité 449
Graphique 29 - Utilisation de la télémédecine selon la modalité d'exercice 450
Graphique 30 - Utilisation de la télémédecine selon le lieu d'exercice 451
Graphique 31 - Utilisation de la télémédecine selon l'engagement syndical ou ordinal 452
Graphique 32 - Utilisation de la télémédecine selon l'engagement dans la formation médicale 453
Graphique 33 - Utilisation de la télémédecine selon l'utilisation de GBP..... 454
Graphique 34 - Utilisation de la télémédecine selon l'utilisation de dossiers patients informatisés ... 455
Graphique 35 - Les motivations autonomes selon le niveau de mobilisation des compétences 466
Graphique 36 - Les motivations autonomes selon l'identité dans la tâche 467
Graphique 37 - Les motivations autonomes selon l'autonomie 468

Liste des images

Image 1 - Une du journal Radio News, avril 1924 55
Image 2 - Une du journal *Science and Invention magazine*, 1925 56
Image 3 - Schéma explicatif, magazine *Science and Invention magazine*, 1925 56

Liste des tableaux

Tableau 1 - Nombre d'articles identifiés par mot-clé 61
Tableau 2 - Classement des articles par type d'analyse et de problématique 62
Tableau 3 - Répartition des articles du Cas 2 80
Tableau 4 - Répartition des articles du Cas 1 81
Tableau 5 - Définitions des pays moteurs de la pratique de télémédecine dans la littérature .. 84
Tableau 6 - Les pays moteurs de la télémédecine dans notre analyse 89
Tableau 7 - Les politiques de télémédecine dans la littérature 93
Tableau 8 - Les rapports français sur la télémédecine depuis 1993 111
Tableau 9 - Répartition des subventions publiques et nationales par région pour les projets de télémédecine en 2011 143
Tableau 10 - Recensement des publications sur le *New public management* par période 173
Tableau 11 – Les quatre modèles productifs hybrides du *New public management* 178
Tableau 12 - Mode de rémunération des médecins et risque sur la performance 208
Tableau 13 - Modalités de rémunération des médecins dans les pays de l'OCDE 209
Tableau 14- Évolution institutionnelle des coopérations médicales 243
Tableau 15 – Recensement des GCS e-santé ou télésanté par région 244
Tableau 16 - La matrice d'impact des effets attendus de la télémédecine 262
Tableau 17 – Les différentes configurations de coopérations public-privé 272
Tableau 18 – Les quatre modèles productifs hybrides du *New public management* 344
Tableau 19 – identification des mécanismes incitatifs des expérimentations articles 36 361
Tableau 20 – Les mécanismes incitatifs dans la réalisation du dépistage de la rétinopathie diabétique 362
Tableau 21 – Les effets des incitations sur les pratiques médicales libérales en France 368
Tableau 22 – Caractéristiques sociodémographiques des médecins de l'enquête télémédecine 426
Tableau 23 - La répartition des spécialités dans l'échantillon hors médecine générale 427
Tableau 24 - Moyenne et écarts-types des variables agrégées de la motivation 459
Tableau 25 – Caractéristiques de l'$INDEX_t$ 461
Tableau 26 – Les évolutions du cahier des charges des expérimentations de télémédecine .. 487

Annexes

Document 1-1 : La lettre accompagnatrice du questionnaire

Docteure, Docteur,

L'exercice de la médecine libérale évolue. Les nouvelles technologies, communément présentées comme un facteur clé de l'amélioration de la qualité des soins, apparaissent comme de nouvelles opportunités pour l'organisation du système de santé. **Que pensent les médecins de ces évolutions et des opportunités qu'elles offrent pour leur pratique ?**
L'Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA), avec l'appui de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Champagne-Ardenne (URPS ML CA) et de l'Agence pour la Recherche et l'Innovation en Champagne-Ardenne (CARINNA), s'interroge sur le rôle que souhaitent occuper les médecins libéraux dans un système de santé utilisant la télémédecine et la domomédecine (voir définitions à la page suivante).

Dans cette optique, nous vous invitons à remplir l'enquête jointe à ce courrier. Votre opinion est importante car **les résultats de ce questionnaire serviront à émettre un ensemble de propositions relatif à la structuration des projets de télémédecine et de domomédecine inter-régionaux (Champagne-Ardenne et Île-de-France) qui tient compte de vos besoins et de vos attentes tant sur les aspects médicaux, organisationnels, technologiques que financiers**.

Il vous faudra environ **20 minutes** pour compléter cette enquête. Nous tenons par ailleurs à vous assurer la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis, **l'ensemble des données sera traité sous couvert d'anonymat** et à des fins de recherches universitaires.

Cette enquête se compose de trois parties. La première partie a pour objectif de renseigner vos attentes, vos connaissances, vos motivations et vos réticences au sujet des activités de télémédecine et de domomédecine. La deuxième partie a pour but de mettre en évidence les aspects qui vous semblent les plus importants dans le cadre actuel de votre pratique de la médecine libérale, mais également vos ressentis concernant les réformes récentes. Enfin la dernière partie recense des informations d'ordre général.

Il est possible de compléter le questionnaire et de nous le retourner soit :
- En version papier *via* l'enveloppe prévue à cet effet, déjà affranchie, **avant le 15 décembre 2013**
- Sur internet en vous rendant sur l'adresse électronique suivante **avant le 31 décembre 2013**
  https://sites.google.com/site/questionnairedomomedecine/

Nous vous remercions sincèrement de votre précieuse collaboration dans le cadre de ce projet de recherche.

Amandine RAULY (Coordonnatrice de l'enquête)
Laboratoire REGARDS (EA6292),
Université de Reims Champagne-Ardenne (URCA)
57 bis, rue Pierre Taittinger
51096 Reims Cedex
Tel : 03-26-91-38-55 / 06-31-42-03-23
Mail : amandine.rauly@univ-reims.fr

Définitions des principaux termes du questionnaire

La télémédecine

En France, la télémédecine est un acte médical reconnu dans le droit en 2004 à travers l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.
Ce cadre a ensuite été renforcé par la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui lui donne une définition : la télémédecine est *« une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».*

La loi HPST mentionne cinq actes de télémédecine :
1. La téléconsultation : permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. La présence d'un professionnel de santé peut assister le patient au cours de cette consultation.
2. La téléexpertise : permettre à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient.
3. La télésurveillance médicale : permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.
4. La téléassistance médicale : permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
5. La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (SAMU).

La domomédecine

La définition de la domomédecine a été donnée en 2008 par l'Académie des technologies. Elle se définit comme *«l'ensemble des actes et des soins, parfois complexes, dispensés au domicile du patient ou durant ses activités socioprofessionnelles, s'appuyant sur des technologies modernes. Elle vise à privilégier le maintien à domicile ou en activité et à stimuler le progrès médical».*

La domomédecine, par le biais de certains actes et d'équipements de la télémédecine, s'adresse au patient dans son lieu de vie. La télémédecine est alors un outil de la domomédecine.

Si vous souhaitez obtenir des informations concernant les résultats de cette enquête et/ou être informé(e) des différents projets de télémédecine et de domomédecine en cours dans votre région merci de retourner ce coupon avec le questionnaire dans l'enveloppe T ou de nous en informer en envoyant un mail à l'adresse suivante : amandine.rauly@univ-reims.fr

Docteur(e) ……

Adresse postale ……

Adresse électronique ……

Souhaite être informé(e) ☐ des résultats de l'enquête ☐ des projets en cours de télémédecine et de domomédecine

Document 1-2 : Le questionnaire

QUESTIONNAIRE

TÉLÉMÉDECINE / DOMOMÉDECINE

À l'attention des médecins libéraux de Champagne-Ardenne et d'Île-de-France

Notes :

- Vous pouvez répondre à l'ensemble du questionnaire même si vous n'avez jamais participé à un projet de télémédecine ou de domomédecine.
- Merci de nous renvoyer le questionnaire même si toutes les réponses n'ont pas été complétées
- Vous pouvez également répondre à ce questionnaire à l'adresse électronique : https://sites.google.com/site/questionnairedomomedecine/

Partie 1
Vos attentes, ressentis et représentations de la pratique de la télémédecine et de la domomédecine

Pour chaque question, une seule réponse est attendue, dans le cas contraire cela vous sera précisé.

1) Connaissance des termes

	… voyez très bien de quoi il s'agit	… voyez assez bien de quoi il s'agit	… voyez assez mal de quoi il s'agit	… voyez très mal de quoi il s'agit
Spontanément, avant la lecture de la définition proposée dans la lettre d'information, à l'évocation du terme télémédecine vous …	☐	☐	☐	☐
Spontanément, avant la lecture de la définition proposée dans la lettre d'information, à l'évocation du terme domomédecine vous …	☐	☐	☐	☐

2) Faites-vous partie d'un (ou plusieurs) projet(s) de télémédecine ou de domomédecine ?

☐ **Oui** ☐ **Non**

3) Si oui, lequel (lesquels) ? ……..

4) Avez-vous le sentiment d'être bien informé(e) sur la télémédecine et la domomédecine, leurs avantages, inconvénients, risques, … ?

☐ Très bien informé(e) ☐ Assez bien informé(e) ☐ Assez mal informé(e) ☐ Très mal informé(e)

5) Si vous avez été informé(e), par qui l'avez-vous été ?

……

6) Si vous n'avez pas été informé(e), souhaitez-vous l'être ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

7) Si oui, par qui souhaiteriez-vous être informé(e) de ces pratiques ?

……..

8) Pensez-vous que ces pratiques et leurs outils soient :

☐ Une très bonne chose ☐ Une assez bonne chose ☐ Une assez mauvaise chose ☐ Une très mauvaise chose

9) Parmi ces outils technologiques, lesquels utilisez-vous habituellement dans votre pratique ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Ordinateur
- ☐ Bases de données électroniques (ex : PubMed)
- ☐ Internet
- ☐ Dossier informatique
- ☐ Courriers électroniques
- ☐ Téléformations
- ☐ Autres (précisez) ……..

10) Type de patientèle (plusieurs réponses possibles)

	Moins de 40 ans	De 40 à 65 ans	Plus de 65 ans	Tous
Selon vous, la télémédecine et la domomédecine s'adressent aux patients de :	☐	☐	☐	☐
Votre patientèle est principalement composée de personnes âgées de :	☐	☐	☐	☐

11) Type d'agglomération urbaine (plusieurs réponses possibles)

	Moins de 1000 habitants	De 1000 à 10 000 habitants	De 10 000 à 100 000 habitants	Plus de 100 000 habitants	Tout type d'agglomération
Selon vous, dans quel type d'agglomération la télémédecine et la domomédecine doivent-elles être mises en place ?	☐	☐	☐	☐	☐
Dans quel type d'agglomération se situe votre cabinet ?	☐	☐	☐	☐	

12) Pensez-vous que ces pratiques soient amenées à se développer à grande échelle ?

☐	☐	☐	☐
Oui, tout à fait	Oui, peut-être	Non, pas vraiment	Non, pas du tout

13) Recommandations

	Oui, souvent	Oui, parfois	Non, rarement	Non, pas du tout
Vos pairs vous recommandent-ils d'utiliser ces pratiques et leurs outils ?	☐	☐	☐	☐
Les experts vous recommandent-ils d'utiliser ces pratiques et leurs outils ?	☐	☐	☐	☐

14) Selon vous, quels sont les acteurs qui ont un vrai rôle à jouer dans le développement de la télémédecine et de la domomédecine? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les praticiens hospitaliers
- ☐ Les praticiens de ville
- ☐ La Sécurité sociale
- ☐ Les complémentaires santé
- ☐ Les fabricants de matériels et logiciels
- ☐ Le gouvernement
- ☐ Les associations caritatives ou fondations
- ☐ Autre (précisez) ……

15) Trouveriez-vous compréhensible que les actes réalisés dans le cadre de ces pratiques ne soient pas entièrement pris en charge par la Sécurité sociale ?

☐	☐	☐	☐
Tout à fait compréhensible	Assez compréhensible	Pas vraiment compréhensible	Pas du tout compréhensible

16) Selon vous, quelle doit être la rémunération d'un acte réalisé dans le cadre de ces pratiques :

☐	☐	☐	☐
Inférieure à un acte traditionnel	Comparable à un acte traditionnel	Supérieure à un acte traditionnel	Ces pratiques ne nécessitent pas de rémunération

17) Pour quels types de cas accepteriez-vous d'adhérer à un projet de télémédecine ou de domomédecine ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Pour le suivi des maladies bénignes, sans gravité
- ☐ Pour le suivi des maladies chroniques
- ☐ Pour donner un second avis médical
- ☐ Pour le suivi des maladies lourdes
- ☐ Autres (précisez)……

18) Pour vous, utiliser la télémédecine et/ou la domomédecine dans votre pratique serait/est …

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt désaccord	Totalement en désaccord
…utile	☐	☐	☐	☐	☐
…facile	☐	☐	☐	☐	☐
...satisfaisant	☐	☐	☐	☐	☐

19) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants concernant l'utilisation des outils technologiques et de télécommunication permettant de réaliser des actes médicaux à distance :

Totalement d'accord 1	Plutôt d'accord 2	Sans opinion 3	Plutôt pas d'accord 4	Totalement en désaccord 5

	1	2	3	4	5
Si l'occasion se présente, j'utiliserais l'un de ces outils	☐	☐	☐	☐	☐
Il est possible pour un médecin de ma spécialité d'utiliser l'un de ces outils	☐	☐	☐	☐	☐
Il est normal pour un médecin de mon âge d'utiliser l'un de ces outils	☐	☐	☐	☐	☐
À la vue de ma localisation géographique, il est possible d'utiliser l'un de ces outils	☐	☐	☐	☐	☐
L'utilisation de ces outils dans ma pratique exigerait plus de temps même après une période de formation	☐	☐	☐	☐	☐
La définition de mes rôles et responsabilités en tant que médecin ne serait pas claire si j'utilisais l'un de ces outils dans ma pratique	☐	☐	☐	☐	☐
Mes relations avec mes patients seraient moins humaines si j'utilisais l'un de ces outils dans ma pratique	☐	☐	☐	☐	☐

20) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord sur ce qui pourrait <u>faciliter/favoriser votre adhésion</u> à la pratique de la télémédecine et de la domomédecine :

Totalement d'accord 1	Plutôt d'accord 2	Sans opinion 3	Plutôt pas d'accord 4	Totalement en désaccord 5

	1	2	3	4	5
Les formations à la pratique	☐	☐	☐	☐	☐
Les technologies à utiliser	☐	☐	☐	☐	☐
La compatibilité des logiciels avec votre équipement actuel	☐	☐	☐	☐	☐
La complexité du cas à traiter	☐	☐	☐	☐	☐
La complexité de la pratique dans son ensemble	☐	☐	☐	☐	☐
L'autonomie du patient	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'aidants familiaux au domicile du patient	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'aidants professionnels au domicile du patient	☐	☐	☐	☐	☐

21) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Totalement d'accord 1	Plutôt d'accord 2	Sans opinion 3	Plutôt pas d'accord 4	Totalement en désaccord 5

L'utilisation de la télémédecine et/ou de la domomédecine…

	1	2	3	4	5
… faciliterait mon travail de diagnostic	☐	☐	☐	☐	☐
… permettrait d'actualiser mes connaissances	☐	☐	☐	☐	☐
… aiderait à ma prise de décision	☐	☐	☐	☐	☐
… permettrait de développer les relations entre la ville et l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐

22) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants concernant la pratique de la télémédecine et la domomédecine dans le cadre de réseaux ville-hôpital :

Totalement d'accord 1	Plutôt d'accord 2	Sans opinion 3	Plutôt pas d'accord 4	Totalement en désaccord 5

	1	2	3	4	5
Le développement des réseaux ville-hôpital est nécessaire pour répondre aux nouvelles problématiques de santé	☐	☐	☐	☐	☐
La mise en place d'un réseau ne peut pas se faire sans la présence d'un coordinateur de réseau	☐	☐	☐	☐	☐
La coordination d'un réseau doit obligatoirement être assurée par un médecin	☐	☐	☐	☐	☐
La coordination d'un réseau peut être assurée par un professionnel de santé non médecin	☐	☐	☐	☐	☐

23) Selon vous, la mise en place de la télémédecine et de la domomédecine va-t-elle jouer positivement (+) ou négativement (-) sur les éléments suivants de votre pratique ?

	+	-	Ni + ni -
La fiabilité du diagnostic	☐	☐	☐
Le temps de travail	☐	☐	☐
Le volume des tâches administratives	☐	☐	☐
Le coût de l'équipement médical et informatique	☐	☐	☐
La rémunération	☐	☐	☐
La relation « humaine » avec le patient	☐	☐	☐
Le respect de la confidentialité des données	☐	☐	☐

24) Selon vous, parmi les points abordés précédemment, quels seraient les éléments favorisant au mieux la mise en place de la télémédecine et de la domomédecine ?

.....

.....

.....

.....

25) Selon vous, parmi les points abordés précédemment, quels seraient les éléments les plus nuisibles à la mise en place de la télémédecine et de la domomédecine ?

.....

.....

.....

.....

26) Concernant le mode de rémunération, accepteriez-vous de pratiquer la télémédecine et/ou la domomédecine si la rémunération se fait :

Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Totalement en désaccord
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
À l'acte	☐	☐	☐	☐	☐
Au forfait par pathologie	☐	☐	☐	☐	☐
Au forfait par patient (capitation)	☐	☐	☐	☐	☐
De façon hybride, à l'acte et au forfait	☐	☐	☐	☐	☐
Au sein du paiement à la performance (rémunération sur objectifs)	☐	☐	☐	☐	☐
Par le salariat	☐	☐	☐	☐	☐

Partie 2
Votre motivation, satisfaction et perception de votre activité dans son cadre actuel

1) Diriez-vous que l'introduction des normes de bonnes pratiques (références médicales opposables, conférences de consensus, *evidence-based medicine*, …) a eu un impact positif sur :

Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Totalement en désaccord
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
L'autonomie de votre pratique	☐	☐	☐	☐	☐
L'organisation de votre travail	☐	☐	☐	☐	☐
Le volume de charges administratives	☐	☐	☐	☐	☐
Votre relation avec vos patients	☐	☐	☐	☐	☐
Votre relation avec les organismes payeurs (CNAM, complémentaires santé)	☐	☐	☐	☐	☐
Votre rémunération	☐	☐	☐	☐	☐

2) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Totalement en désaccord
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
Je dispose d'une grande autonomie dans la réalisation de mon travail	☐	☐	☐	☐	☐
Mon travail requiert de ma part des compétences nombreuses et complexes	☐	☐	☐	☐	☐
Mon travail fait souvent appel à mon initiative et à mon jugement personnel	☐	☐	☐	☐	☐
Actuellement, j'ai le sentiment de m'accomplir dans mon travail	☐	☐	☐	☐	☐
J'éprouve beaucoup de plaisir à exercer mon métier	☐	☐	☐	☐	☐
J'éprouve beaucoup de plaisir à apprendre de nouvelles choses dans mon métier	☐	☐	☐	☐	☐
J'éprouve de la satisfaction lorsque je relève des défis intéressants	☐	☐	☐	☐	☐
Je tiens réellement à être compétent(e) dans mon travail, et dans le cas contraire je serais déçu(e)	☐	☐	☐	☐	☐
J'éprouve du plaisir à approfondir mes connaissances sur de nombreux aspects relatifs à mon travail	☐	☐	☐	☐	☐
Je tiens énormément à réussir ma carrière professionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
Le cadre règlementaire de mon exercice libéral me permet de réussir ma carrière professionnelle comme je le souhaite	☐	☐	☐	☐	☐
La zone géographique dans laquelle j'exerce mon métier me permet de réussir mon activité professionnelle comme je le souhaite	☐	☐	☐	☐	☐
Les relations que j'entretiens avec mes pairs me permettent de réussir mon activité professionnelle comme je le souhaite	☐	☐	☐	☐	☐
J'exerce ce métier car c'est celui que je préfère pour m'assurer un bon niveau de vie	☐	☐	☐	☐	☐
La rémunération associée à mon exercice professionnel me permet de vivre convenablement	☐	☐	☐	☐	☐
Mon niveau de vie et ma rémunération sont déterminants dans ma satisfaction professionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
Ma réussite familiale est déterminante dans ma satisfaction professionnelle	☐	☐	☐	☐	☐

Partie 3
Renseignements d'ordre général

Vos caractéristiques personnelles :

1) Quelle est votre date de naissance ? (Vous pouvez ne mentionner que l'année)

.....

2) Êtes-vous ☐ Une femme ☐ Un homme

3) Quel est le code postal de votre cabinet ? (Vous pouvez ne mentionner que le département)

.....

4) Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine ?.....

5) Votre situation matrimoniale

	Oui	Non
Vivez-vous en couple ?	☐	☐
Avez-vous des enfants ?	☐	☐

6) Avez-vous des engagements de type syndical, ordinal ou associatif ?

☐ Oui ☐ Non Si oui précisez .....

Votre activité actuelle :

7) Quelle(s) spécialité(s) pratiquez-vous ?

.....

8) Quel est votre secteur d'exercice ? ☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Non conventionné

9) Quel est votre mode d'exercice ? ☐ Libéral intégral ☐ Mixte

10) Si mixte (plusieurs réponses possibles) :

☐ Hôpital public ☐ Médecine du travail
☐ Hôpital privé ☐ Médecine mutualiste
☐ Hôpital privé non lucratif ☐ Autre (précisez).....

11) Vous excercez : ☐ En cabinet individuel ☐ En cabinet de groupe
☐ En pôle de santé ☐ En maison de santé pluridisciplinaire

12) En moyenne, avec combien de confrères avez-vous des échanges par jour travaillé ?

.....

13) En moyenne, avec combien de paramédicaux avez-vous des échanges par jour travaillé ?

.....

14) Si vous travaillez avec un ensemble de correspondants, partagez-vous les dossiers patients ?
☐ Oui ☐ Non

15) En moyenne, combien d'actes médicaux réalisez-vous par semaine ?

.....

16) En moyenne, combien de journées travaillez-vous par semaine ?

.....

17) Quelle est la durée moyenne d'une consultation ? (en minutes)

.....

18) Quelle part de vos patients est bénéficiaire de la CMU ? (en %)

.....

19) Votre exercice

	Oui	Non
Participez-vous à un réseau de santé ?	☐	☐
Êtes-vous formateur médical ou formateur continu médecin enseignant ?	☐	☐
Quelque soit votre spécialité, êtes-vous médecin traitant ?	☐	☐
Participez-vous à un groupe de pairs ?	☐	☐
Tenez-vous à jour les dossiers patients informatisés ?	☐	☐

20) Dans votre pratique, utilisez-vous :

	Oui	Non
Des guides de bonnes pratiques	☐	☐
Des questionnaires patients préétablis	☐	☐
Un logiciel médical	☐	☐

Votre rémunération et vos pratiques tarifaires :

21) Quel est le montant de votre rémunération annuelle ?

.....

22) Comment se décompose cette rémunération ?

	Paiement à l'acte	Paiement au forfait	Paiement à la performance	Autre	Total
Part de votre rémunération annuelle	%	+ %	+ %	+ %	=100 %

23) Vos pratiques

	Oui	Non
Vous arrive-t-il de faire varier vos tarifs ?	☐	☐
Vous arrive-t-il de faire des actes gratuits ?	☐	☐
Auparavant, étiez-vous éligible au CAPI ?	☐	☐
Si oui, l'aviez-vous signé ?	☐	☐

24) Auparavant, si vous étiez éligible au CAPI, quel a été le montant de votre prime ? (en euros)

.....

Avez-vous des remarques d'ordre général ou des propositions d'amélioration au sujet de ce questionnaire ?

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez accordé et pour l'ensemble des informations que vous nous avez transmises.

Si vous souhaitez être informé(e) des résultats de l'enquête et obtenir davantage de renseignements sur les projets de télémédecine et de domomédecine en cours dans votre région, n'oubliez pas de nous communiquer vos coordonnées, via le coupon prévu à cet effet en bas de la page de présentation des définitions.

Annexe 2 : Préparation de la base de données et pré-traitements

La phase de préparation de la base de données en vue du traitement statistique compte trois étapes distinctes. Le logiciel utilisé pour la réalisation de ces différentes phases est R-Studio. La première a consisté au codage et à la construction des variables. En effet, des classes ont été créées afin de combler la faible représentation de certaines modalités.

La deuxième étape a consisté à la prise en compte des valeurs manquantes. L'étude des valeurs manquantes a permis de mettre en évidence que 12 individus ont complété moins de 80% du questionnaire. Nous avons décidé de supprimer les réponses de ces individus de notre base de données. Notre analyse statistique se fera donc sur 385 individus et 150 variables. Sur les 385 questionnaires restants, nous avons procédé à une imputation des valeurs manquantes afin de pouvoir tous les exploiter. Pour l'imputation des valeurs manquantes, le package MICE (*Multivariate Imputation by Chained Equations*) disponible sur R a été utilisé. Différentes méthodes d'imputation disponibles dans le package ont été utilisées. L'utilisation des différentes méthodes s'est basée en fonction des résultats issus des travaux de Tanner et Wong (1987) et repris par Van Buuren (2006) pour l'élaboration du package MICE. Pour l'ensemble des méthodes le nombre d'imputations pour chaque valeur est une matrice 5:5. Pour les variables dont le pourcentage de valeurs manquantes est inférieur à 5, la méthode pmm (*Predictive mean matching*) a été utilisée. Pour les variables dont le pourcentage de valeurs manquantes est supérieur à 5, deux méthodes différentes ont été utilisées selon le type de variable concernée. L'imputation des valeurs manquantes pour les variables qualitatives a été réalisée avec la méthode polyreg (Polytomous logistic regression) adaptée pour les variables contenant plus de deux *items*. L'imputation des valeurs manquantes pour les variables quantitatives a été réalisée avec la méthode rf (*Random forest imputation*). Le choix de cette méthodologie s'est fait en tenant compte de l'existence des variables regroupées en classes.

La troisième étape a été le redressement de l'échantillon. En effet, toute information issue d'une enquête, quel que soit l'échantillon, ne représente qu'imparfaitement la structure et les opinions d'une population mère. Toutefois, sans avoir la prétention de présenter des données généralisables à l'ensemble de la population médicale française, nous procédons à un redressement de notre échantillon pour que celui-ci représente au mieux la structure de la population des départements étudiés. Le choix des variables de redressement a été contraint par la disponibilité des données concernant la pratique de la médecine libérale et les données

socio-démographiques de la population médicale. Les variables de redressement sélectionnées proviennent de données en libre accès de la DRESS et du conseil national de l'ordre des médecins. Le redressement de la base s'est fait par le biais de la création d'une variable composée de différentes dimensions. Une première tentative a été faite avec une variable composée des départements, spécialités et sexes, soit 24 dimensions. Le calage n'a pas pu être réalisé avec cette variable composite du fait d'un nombre d'itérations trop important. Une seconde variable composée des régions, spécialités et sexes a été construite. Elle est composée de 8 dimensions. La fonction « calib » du package « sampling » a été utilisée. Quelle que soit la méthode (linear, truncated, logit ou ranking), le poids (g_weight) calculé pour chaque dimension est le même. Nous avons donc validé cette variable de redressement. À la suite de cette étape, la base est prête pour les tests statistiques.

Le test du chi-deux permet de mesurer, pour deux variables catégorielles, l'écart entre la distribution de l'échantillon et la distribution théorique sous l'hypothèse d'indépendance de ces deux variables.

Soit :
n l'effectif total de l'échantillon,
$n_{i.}$ l'effectif marginal de la variable i,
$n_{.j}$ l'effectif marginal de la variable j,
n_{ij} l'effectif de chaque croisement entre la variable i et de la variable j,
n^*_{ij} l'effectif théorique de ce même croisement.

Dans ces conditions, la formule du Chi-deux s'écrit :

$$\mathcal{X}^2 = \sum_{ij} \frac{(n_{ij} - n^*_{ij})^2}{n^*_{ij}}$$

La distribution du Chi-deux demande le calcul du degré de liberté de la distribution de l'échantillon. Il faut ensuite comparer la statistique du Chi-deux à la table de distribution du Chi-deux paramétrée par le degré de liberté en fonction du niveau de signification choisi pour valider ou invalider nos hypothèses. Nous différencions trois seuils de signification : 1%, 5% et 10%. Dans notre cas, nous ne faisons pas l'hypothèse d'indépendance des variables mais au contraire de dépendance. Nous cherchons les facteurs qui influencent la pratique de la télémédecine, et donc s'il existe une dépendance entre eux.

Afin de mener une ACP, deux critères doivent préalablement être étudiés et validés. Les données recueillies doivent premièrement être factorisables, c'est-à-dire que les données doivent suffisamment être corrélées entre elles afin de s'assurer qu'elles possèdent des dimensions communes. Deux tests sont mis en place pour s'en assurer : le test de sphéricité de Bartlett et la mesure de l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Pour valider les corrélations entre variables, la p-value du test de Bartlett doit être inférieure à 0,005. Pour valider le niveau de corrélation, un indice de KMO inférieur à 0,5 invalide la corrélation, un indice compris entre 0,5 et 0,6 est qualifié de médiocre, un indice compris entre 0,6 et 0,7 est qualifié de convenable, entre 0,7 et 0,8 de très bon et au-dessus de 0,8 d'excellent. Dans le cadre de notre enquête, les résultats de ces deux tests sont les suivants :

Tableau 1 - Indice KMO et test de Bartlett

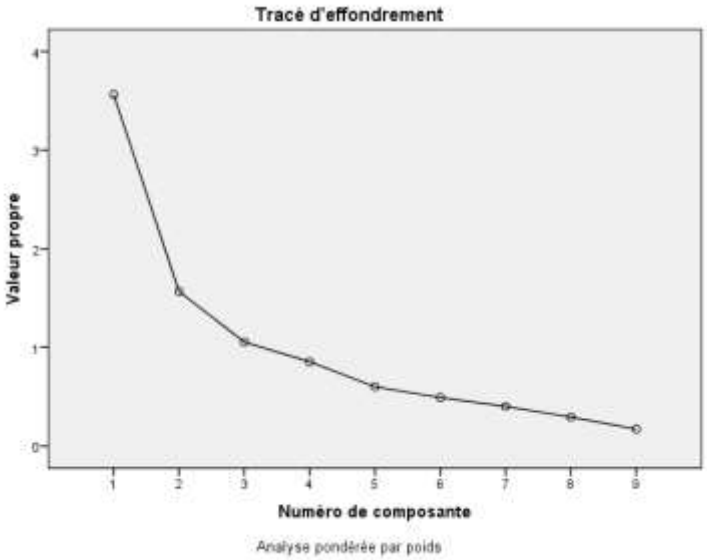
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,751
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	1330,200
	ddl	36
	Signification	,000

La p-value du test de sphéricité de Bartlett est de 0,000, nous validons l'hypothèse de corrélation. L'indice de KMO est de 0,751 ce qui correspond à un indice de très bonne qualité. Nous pouvons valider ce premier critère.

Le second critère pour réaliser une ACP est la détermination du nombre d'axes à retenir permettant de déterminer le nombre de facteurs à prendre en considération et *in fine* de choisir l'index de motivation le plus adapté. Pour cela, deux aspects de la dimensionnalité doivent être pris en compte : celui des valeurs propres et celui de restitution minimum de la variance. Les composantes retenues doivent avoir une valeur propre supérieure ou égale à 1 et doivent restituer au minimum 50% de la variance.

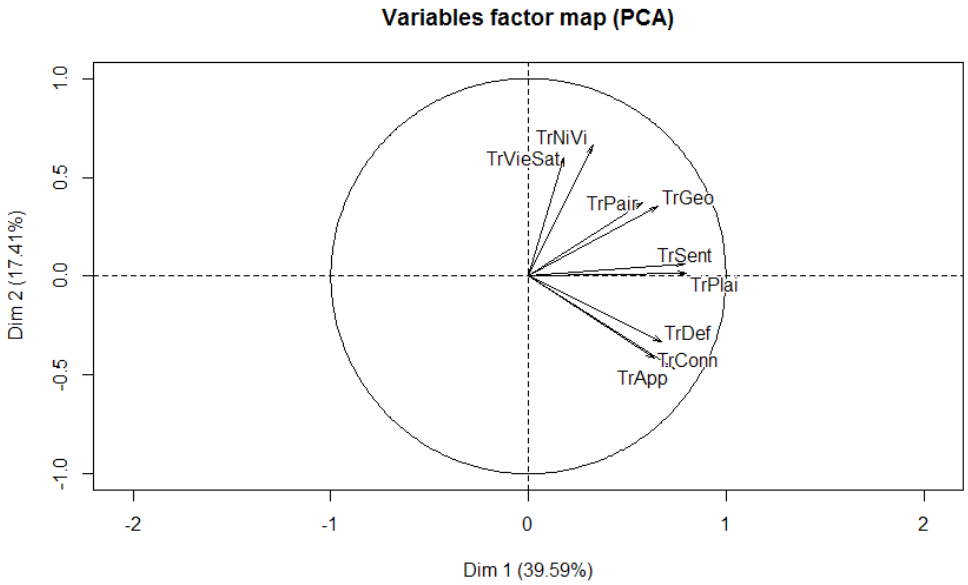
Dans le cas de notre échantillon les valeurs propres de chaque axe sont restituées dans le tracé d'effondrement suivant :

Graphique 1 – Tracé d'effondrement



Compte tenu des prérequis statistiques, nous devrions retenir trois axes (composantes), le quatrième étant en dessous de 1. Toutefois, la structure de répartition des variables étudiées nous amène à valider le quatrième axe. Comme le montre la figure ci-dessous quatre axes se dessinent clairement avec les variables correspondant aux quatre types de motivations que nous avons identifiés.

Graphique 2 – Composantes de l'ACP



Le tableau suivant récapitule les résultats de l'ACP et précise pour chaque facteur sa valeur propre, le pourcentage de variance expliquée qui lui est associée et le pourcentage de variance cumulée pour l'ensemble des axes (composantes).

Tableau 2 – Résultats de l'ACP

	Valeurs propres initiales		
Composantes	**Total**	**% de la variance**	**% cumulé**
1	3,563	39,591	39,591
2	1,567	17,412	57,003
3	1,054	11,716	68,719
4	,854	9,493	78,212
5	,601	6,678	84,889
6	,492	5,465	90,354
7	,402	4,468	94,822
8	,294	3,268	98,090
9	,172	1,910	100,000

Nous remarquons que la valeur propre du quatrième axe reste proche de 1. Les quatre premiers facteurs expliquent par ailleurs plus de 50% de la variance, l'ACP peut être validée et le nombre de facteurs retenus également. Il convient à présent de présenter la contribution factorielle de chaque variable de notre enquête aux différents facteurs.

Tableau 4 – Contribution factorielle des variables de la motivation au travail avant rotation

	Matrice des composantes[a]			
	Composantes (facteurs)			
Variables	**1**	**2**	**3**	**4**
1	,789	,063	-,240	-,471
2	,800	,015	-,234	-,462
3	,735	-,468	,189	,084
4	,673	-,332	,334	,143
5	,637	-,417	,313	,193
6	,656	,353	-,321	,325
7	,579	,372	-,341	,488
8	,326	,662	,351	-,060
9	,180	,599	,595	-,089

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.[a]
a. 4 composantes extraites.

Il est possible de constater qu'aucune structure précise ne se dégage, dans un premier temps, puisque les différentes variables contribuent sur plusieurs axes. Afin de pouvoir interpréter la contribution factorielle des variables de notre enquête aux différents facteurs, nous effectuons une seconde itération à l'aide d'une rotation des quatre facteurs. Nous appliquons une rotation orthogonale Varimax afin d'accroitre la corrélation des variables aux différents facteurs afin d'en faciliter la lecture. La structure factorielle obtenue après rotation est donnée dans le tableau suivant.

Tableau 4 – Contribution factorielle des variables de la motivation après rotation

Rotation de la matrice des composantes

	Composantes (facteurs)			
Variables	**1**	**2**	**3**	**4**
1	,231	,893	,214	,093
2	,270	,889	,202	,063
3	,837	,286	,114	-,080
4	,805	,162	,108	,095
5	,832	,108	,098	,007
6	,148	,274	,806	,128
7	,120	,118	,889	,095
8	-,016	,142	,223	,775
9	,036	-,010	-,005	,867

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation Kaiser.

Une variable contribue à un facteur lorsqu'elle possède une valeur supérieure à 0,30 et à condition de ne pas atteindre cette valeur simultanément pour plusieurs facteurs. Ici il est possible de constater que les résultats obtenus après rotation permettent de dégager les quatre types de motivations souhaités. Le premier facteur regroupe les motivations intrinsèques d'accomplissement, le deuxième les motivations intrinsèques à la connaissance, le troisième les motivations introjectées et enfin le quatrième les motivations extrinsèques.

Afin de valider pleinement l'échelle et de pouvoir construire l'index de motivation autonome associé, nous devons agréger les variables de chaque facteur. Autrement dit, il s'agit de créer quatre variables représentant les quatre axes de motivation. Pour réaliser cette agrégation, nous devons nous assurer que chaque individu a répondu de façon similaire à toutes les variables qui constituent un même axe. Pour cela, nous mesurons les alphas de Cronbach de chaque facteur afin de valider les quatre types de motivation.

Tableau 5 - Coefficients alpha de Cronbach

Facteurs	Nombre de variables	Coefficient alpha de Cronbach
1	3	,784
2	2	,901
3	2	,740
4	2	,560

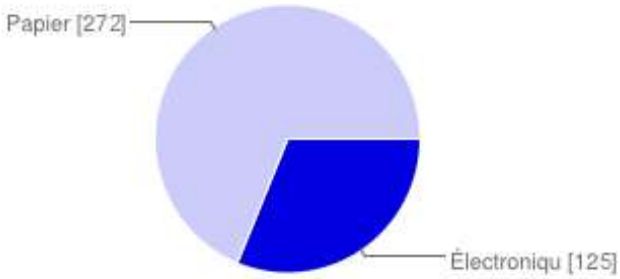
Un alpha de Cronbach compris entre 0,6 et 0,7 est bon, entre 0,7 et 0,8 il est considéré comme très bon et au-dessus de 0,8 comme excellent. Nous remarquons qu'il est excellent pour le facteur 2 et donc les variables associées à la motivation intrinsèque à la connaissance, et bon pour les facteurs 1 et 3 représentant respectivement les motivations intrinsèques à l'accomplissement et la motivation introjectée. Le facteur 4 pose davantage problème puisque l'alpha est de mauvaise qualité. Toutefois, malgré cette qualité moindre nous décidons de conserver ce facteur et ce type de motivation (motivation extrinsèque), tout en ayant conscience de la limite de l'analyse. Nous faisons ce choix compte tenu du score obtenu, malgré tout assez proche de 0,6.

Quatre nouvelles variables sont construites à partir de la moyenne arithmétique des variables composant initialement chaque axe de l'ACP. Les moyennes et écarts-types des nouvelles variables agrégées sont récapitulés dans le tableau suivant.

Tableau 6 - Moyenne et écarts-types des variables agrégées de motivation

Nouvelles variables	Nombre de variables initiales	Moyenne	Ecarts-types
Motivation intrinsèque à l'accomplissement (autonome)	3	4,362	,5934
Motivation intrinsèque à la connaissance (autonome)	2	4,051	,8968
Motivation introjectée (contrôlée)	2	3,677	,8534
Motivation extrinsèque (contrôlée)	2	3,227	,9261

Type de réponse

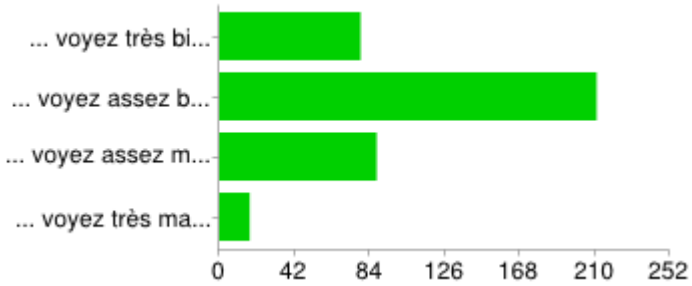


Électronique	125	31 %
Papier	272	69 %
Total	397	100 %

Partie 1 : vos attentes, ressentis et représentations de la pratique de la télémédecine et de la domomédecine

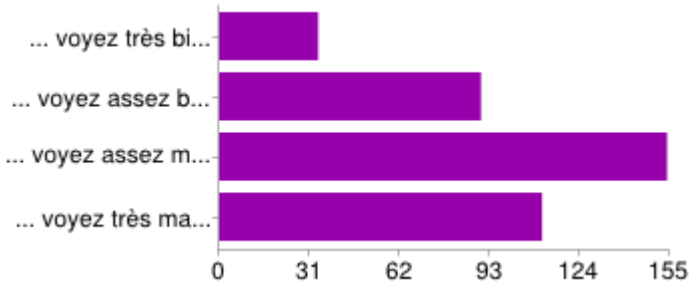
1) Connaissance des termes

Spontanément, avant la lecture de la définition proposée dans la lettre d'information, à l'évocation du terme télémédecine vous ...



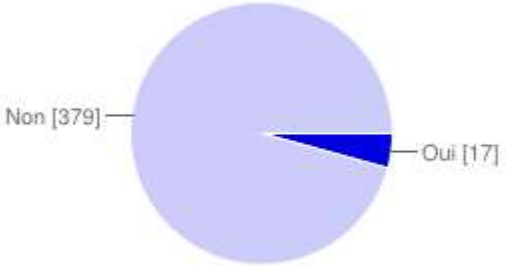
... voyez très bien de quoi il s'agit	79	20 %
... voyez assez bien de quoi il s'agit	211	53 %
... voyez assez mal de quoi il s'agit	88	22 %
... voyez très mal de quoi il s'agit	17	4 %
Ne se prononce pas (NSP)	2	
Total	397	

Spontanément, avant la lecture de la définition proposée dans la lettre d'information, à l'évocation du terme domomédecine vous ...



... voyez très bien de quoi il s'agit	34	9 %
... voyez assez bien de quoi il s'agit	90	23 %
... voyez assez mal de quoi il s'agit	154	40 %
... voyez très mal de quoi il s'agit	111	29 %
Ne se prononce pas (NSP)	8	
Total	397	

2) Faites-vous partie d'un (ou plusieurs) projet(s) de télémédecine ou de domomédecine ?



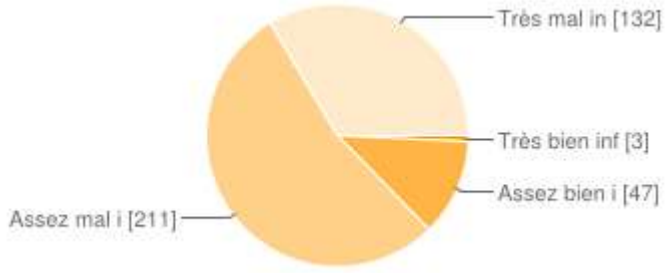
Oui	17	4 %
Non	379	96 %
NSP	1	
Total	397	

3) Si oui, lequel (lesquels) ?

Dans les USCA Régulation médicale au C15 Le mien Dépistage Ret. Diab. (CAREDIAB) Diagnostic en dermatologie teledermatologie en milieu carceral Mais je communique énormément par mail avec mes patients, ce qui évite de nombreuses conversations en tête à tête régulation médicale CRRA 15 Optidiat Réseau télé-AVC de l'hôpital Bichat réseau morphée En fait un réseau morphée(ARS) UCSA CHAUMONT Télécardiologie Télémédecine Dermatologie à l'unité carcérale ADDICA carediab pour le diabete Sauf que j'ai un site et que je donne des informations sur cr site, avec envoi à mes patients dont j'ai l'adresse mail Surveillance utilisation de PPC au cours du sommeil Je l'utilise déjà de mon propre chef.

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
ADDICA	1
carediab pour le diabete	1
Dans les USCA	1
Dépistage Ret. Diab. (CAREDIAB)	1
Diagnostic en dermatologie	1
En fait un réseau morphée(ARS)	1
Je l'utilise déjà de mon propre chef.	1
Le mien	1
Mais je communique énormément par mail avec mes patients, ce qui évite de nombreuses conversations en tête à tête	1
Optidiat	1
Régulation médicale au C15	1
régulation médicale CRRA 15	1
réseau morphée	1
Réseau télé-AVC de l'hôpital Bichat	1
Sauf que j'ai un site et que je donne des informations sur cr site, avec envoi à mes patients dont j'ai l'adresse mail	1
Surveillance utilisation de PPC au cours du sommeil	1
Télécardiologie	1
teledermatologie en milieu carceral	1
Télémédecine Dermatologie à l'unité carcérale	1
UCSA CHAUMONT	1
(vide)	377
Total général	**397**

4) Avez-vous le sentiment d'être bien informé(e) concernant ces pratiques, leurs avantages, inconvénients, risques, … ?



Très bien informé(e)	3	1 %
Assez bien informé(e)	47	12 %
Assez mal informé(e)	211	54 %
Très mal informé(e)	132	34 %
Ne se prononce pas (NSP)	4	
Total	397	

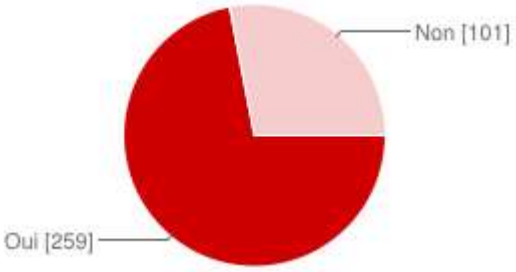
5) Si vous avez été informé(e), par qui l'avez-vous été ?

Presse internet Revue de conseil de l'ordre, revues médicales lecture d'articles Recherche personnelle Séminaires de formation Par mes collègues à l'Hôpital Henri Mondor. CNOM Porteur de projet Moi même Par mon réseau professionnel, au Canada Le personnel qui surveille les défibrillateurs Par moi-même Ordre des Médecins par mes propres recherches EPU sur internetCollaborateur Journaux médicaux Réseau CAREDIAB Presse Télévision Presse, site Internet Par mes correspondants et collègues du pôle de santé Presse médicale Mémoire de capacité de cerontologie fait sur la télémédecine en EHPAD Fabricant/Prestataire ARS Ma recherche amis médecins La presse Lecture personnelle Congrès par les discussions entre collèguesplutôt par des représentants des labos-pacemaker, DEF Je suis formateur DPC télémédecine presse médicale URPS IDF Praticiens hospitaliers confrères bulletin national ordre médecins Société Axon Cable Présentation des projets en cours qui fonctionnent (auprès MG) Quelques lectures Internet, recherches personnelles Je me tiens au courant Lectures Les médias non médicalesNSP Le Quotidien du Médecin CNO des médecins Magazines médicaux Presse, articles spécialisés Quelques articles de presse congrès médicaux Presse Par le secteur médico-sociale (APEI de

l'Aube) TéléAVC-Bichat Formation universitaire EPU aux JDP, puis DPC Télédermatologie par F. Guibal Recherches prefessionnelles Par les journaux médicaux EPU Quotidien du médecin Syndicat Magazines et journaux médicaux Lecture internet Conseil de l'ordre Congrès internes Internet, Revues médicales URPS presse BOUCHE A OREILLE ET NET La presse Hôpital, revues médicales

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
amis médecins	1
ARS	1
BOUCHE A OREILLE ET NET	1
bulletin national ordre médecins	1
CNO des médecins	1
CNOM	1
Collaborateur	1
Congrès	1
Congrès internes	1
congrès médicaux	1
Conseil de l'ordre	1
EPU	1
EPU aux JDP, puis DPC Télédermatologie par F. Guibal	1
EPU sur internet	1
Fabricant/Prestataire	1
Formation universitaire	1
Hôpital, revues médicales	1
Internet	2
Internet, recherches personnelles	1
Internet, Revues médicales	1
Je me tiens au courant	1
Je suis formateur DPC télémédecine	1
Journaux médicaux	1
La presse	2
Le personnel qui surveille les défibrillateurs	1
Le Quotidien du Médecin	1
lecture d'articles	1
Lecture internet	1
Lecture personnelle	1
Lectures	1
Les médias non médicales	1
Ma recherche	1
Magazines et journaux médicaux	1
Magazines médicaux	1
Mémoire de capacité de cerontologie fait sur la télémédecine en EHPAD	1
Moi même	1
NSP	1
Ordre des Médecins	1
Par le secteur médico-sociale (APEI de l'Aube)	1
par les discussions entre collègues	1
Par les journaux médicaux	1
Par mes collègues à l'Hôpital Henri Mondor.	1
Par mes correspondants et collègues du pôle de santé	1
par mes propres recherches	1
Par moi-même	1
Par mon réseau professionnel, au Canada	1
plutôt par des représentants des labos-pacemaker, DEF	1
Porteur de projet	1
Praticiens hospitaliers confrères	1
Présentation des projets en cours qui fonctionnent (auprès MG)	1
presse	6
Presse internet	1
presse médicale	4
Presse Télévision	1
Presse, articles spécialisés	1
Presse, site	1
Quelques articles de presse	1
Quelques lectures	1
Quotidien du médecin	1
Recherche personnelle	1
Recherches prefessionnelles	1
Réseau CAREDIAB	1
Revue de conseil de l'ordre, revues médicales	1
Séminaires de formation	1
Société Axon Cable	1
Syndicat	1
TéléAVC-Bichat	1
URPS	3
URPS IDF	2
(vide)	315
Total général	**397**

6) Si vous n'avez pas été informé(e), souhaitez-vous l'être ?



Oui	259	72 %
Non	101	28 %
NSP	37	
Total	397	

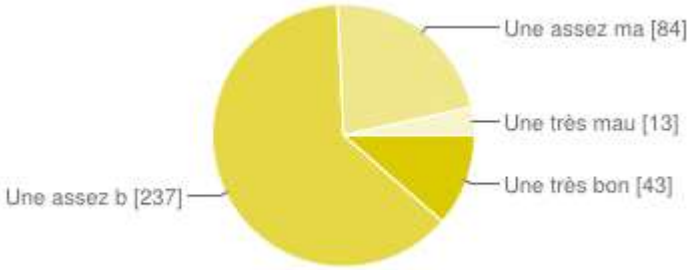
7) Si oui, par qui souhaiteriez-vous être informé(e) de ces pratiques ?

Par la société française de dermatologie. Conseil de l'ordre (surtout pas la Sécu) Unions des médecins par des vidéos sur le net Des exemples concrets avec moyens sécurisés et sécurisantsconseil de l'ordre URPS réunions Presse ou mail Des pairs Celui qui la met en place personne compétente Mon Syndicat Partenaire fiable Par mail Confrères par des professionnels de santé utilisant ces techniques ne sais pas la faculté de médecine / formation spécifique ? Les syndicats professionnels Revues Médicales Association dans le cadre DPC HAS le service lanceur de projet ceux qui les organisent professionnels développant ces ces pratiques ordre, union régionale Ceux qui la font courier Sécu CPAM-Conseil ordre Journaux DPC / URPSpar mail CDOM ordre médecins et CPAM Unions de médecin organismes de formation continue Les organismes professionnels URPS - Syndicats Par courriels ? FMC Seminaire Journaux médicaux, web Internet ordre des médecins organises officiels (CPAM, ordre des médecins) Praticien qui la pratique Utilisateurs URPS ou conseil de l'ordre FMC type OGDPC Ordre des Médecins, Sécu Presse médicale un spécialiste de la télémédecine SFR CPAM Gouvernement ARS Lettre personnalisée, réunion de formation non d'information! Des médecins les sociétés qui développent la télémédecine La presse peu importe : CNOM ou CPAM un confrère FNMR Conseil de l'ordre ou instances informatiques les syndicats, les assurances Des praticiens, des techniciens Conseil de l'Ordre Vous FMC par des revues specialisées par les équipes mettant en place les projets. réunion professionnelle Experts médicaux CPAM La presse médicalene sait pas Quotidiens médicaux organisme de formation professionnelle de ma spécialité Contact direct expérience de plusieurs années de pratique collègues Je ne sais pas. Par vous. les institutiuons un seul organisme validé et contrôlé par des partenaires multiples NSP Des confrères les pratiquant Par un pool de techniciens avec les tenants et les aboutissants. Et une évaluation sur le plan médical. Séminaire ou soirée à thème Une structure professionnelle indépendante associations médecins Site internet DPC Université le ministère Par ceux qui s'y connaissent?!Par la profession Séminaire Des confrères Ordre des médecins (cadre légal), URML (fonctionnement) confrères par voie de mail Des confrères compétents en la matière Délégué Assurance Maladie Institutionnel Les promoteurs professionnel de santé par des organismes qui pratiquent ces méthodes Courrier, presse, internet revues professionnelles / Formation continue / CongrèsProfessionnels de santé compétents dans ces techniques CHU Presse société savante Par mes correspondants et collègues formation continue Par des personnes qui ont déjà une bonne expérience de la pratique pairs lors de congrès Profession Médicale EPU Conférences-débats Des confrères expérimentés l'ordre une société savante mon syndicat vertical pédagogue et clairPar des médecins ayant déjà une bonne pratique et habitude Email Formation médicale Médecins aguerri Assurance-Maladie Mail Ordre des médecins Faculté un intervenant libre et non étatique formation internet Par des juristes spécialisés en médecine mail NET CPAM + rémunération ? URPS Enseignants médecine générale, Unaformec, MG formés, SFTG, etc. Confrères l'appliquant déjà Mails - Papiers Internet Les organismes responsables confreres medecins un psychiatre pas par le percepteur des impôts. Blague à part, je ne sais pas... confrères ayant l'experience

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
?	1
ARS	1
Association dans le cadre DPC	1
associations médecins	1
Assurance-Maladie	1
CDOM	1
Celui qui la met en place	1
Ceux qui la font	1
ceux qui les organisent	1
CHU	1
collègues	1
Conférences-débats	1
Confrères	7
confrères ayant l'experience	1
Confrères l'appliquant déjà	1
confreres medecins	1
Conseil de l'Ordre	2
Conseil de l'ordre (surtout pas la Sécu)	1
Conseil de l'ordre ou instances informatiques	1
conseil de l'ordre URPS	1
Contact direct	1
courier	1
Courrier, presse, internet	1
CPAM	1
CPAM + rémunération ?	1
CPAM-Conseil ordre	1
Délégué Assurance Maladie	1
Des confrères	1
Des confrères compétents en la matière	1
Des confrères expérimentés	1
Des confrères les pratiquant	1
Des exemples concrets avec moyens sécurisés et sécurisants	1
Des médecins	1
Des pairs	1
Des praticiens, des techniciens	1
DPC	1
DPC / URPS	1
Email	1
Enseignants médecine générale, Unaformec, MG formés, SFTG, etc.	1
EPU	1
expérience de plusieurs années de pratique	1
Experts médicaux	1
Faculté	1
FMC	5
FMC Seminaire	1
FMC type OGDPC	1
FNMR	1
formation continue	1
formation internet	1
Formation médicale	1
HAS	1
Institutionnel	1
Internet	4
Je ne sais pas.	1
Journaux	1
Journaux médicaux, web	1
la faculté de médecine / formation spécifique ?	1
La presse	1
La presse médicale	1
le ministère	1
le service lanceur de projet	1
les institutiuons	1
Les organismes professionnels URPS - Syndicats	1
Les organismes responsables	1
Les promoteurs	1
les sociétés qui développent la télémédecine	1
Les syndicats professionnels	1
les syndicats, les assurances	1
Lettre personnalisée, réunion de formation non d'information!	1
l'ordre une société savante mon syndicat vertical	1
mail	4
Mails - Papiers	1
Médecins aguerri	1
Mon Syndicat	1

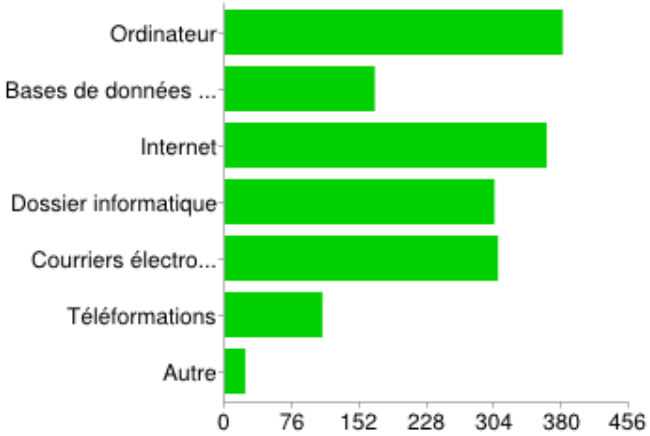
ne sais pas	1
ne sait pas	1
NET	1
NSP	1
ordre des médecins	4
Ordre des médecins (cadre légal), URML (fonctionnement)	2
Ordre des Médecins, Sécu	1
ordre médecins et CPAM Unions de médecin organismes de formation continue	1
ordre, union régionale	1
organises officiels (CPAM, ordre des médecins)	1
organisme de formation professionnelle de ma spécialité	1
pairs lors de congrès	1
Par ceux qui s'y connaissent?!	1
Par courriels	1
Par des juristes spécialisés en médecine	1
Par des médecins ayant déjà une bonne pratique et habitude	1
par des organismes qui pratiquent ces méthodes	1
Par des personnes qui ont déjà une bonne expérience de la pratique	1
par des professionnels de santé utilisant ces techniques	1
par des revues specialisées	1
par des vidéos sur le net	1
Par la profession	1
Par la société française de dermatologie.	1
par les équipes mettant en place les projets.	1
Par mail	2
Par mes correspondants et collègues	1
Par un pool de techniciens avec les tenants et les aboutissants. Et une évaluation sur le plan médical.	1
par voie de mail	1
Par vous.	1
Partenaire fiable	1
pas par le percepteur des impôts. Blague à part, je ne sais pas...	1
pédagogue et clair	1
personne compétente	2
peu importe : CNOM ou CPAM	1
Praticien qui la pratique	1
Presse	2
Presse médicale	2
Presse ou mail	1
Profession Médicale	1
professionnel de santé	1
Professionnels de santé compétents dans ces techniques	1
professionnels développant ces ces pratiques	1
Quotidiens médicaux	1
réunion professionnelle	1
réunions	2
Revues Médicales	1
revues professionnelles / Formation continue / Congrès	1
Sécu	1
Séminaire	1
Séminaire ou soirée à thème	1
SFR CPAM Gouvernement	1
Site internet	1
société savante	1
un confrère	1
un intervenant libre et non étatique	1
un psychiatre	1
un seul organisme validé et contrôlé par des partenaires multiples	1
un spécialiste de la télémédecine	1
Une structure professionnelle indépendante	1
Unions des médecins	1
Université	2
URPS	6
URPS ou conseil de l'ordre	1
Utilisateurs	1
Vous	2
(vide)	225
Total général	**397**

8) Pensez-vous que ces pratiques soient :



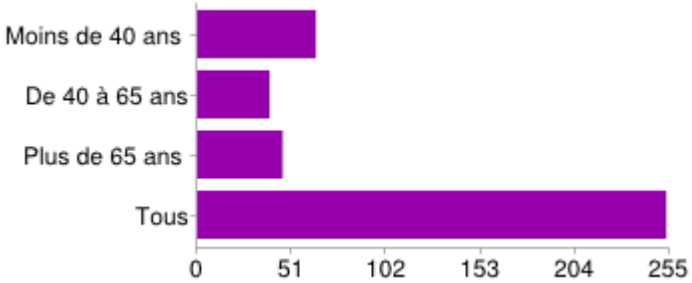
Une très bonne chose	43	11 %
Une assez bonne chose	237	63 %
Une assez mauvaise chose	84	22 %
Une très mauvaise chose	13	3 %
NSP	20	
Total	397	

9) Parmi ces outils technologiques, lesquels utilisez-vous habituellement dans votre pratique ?



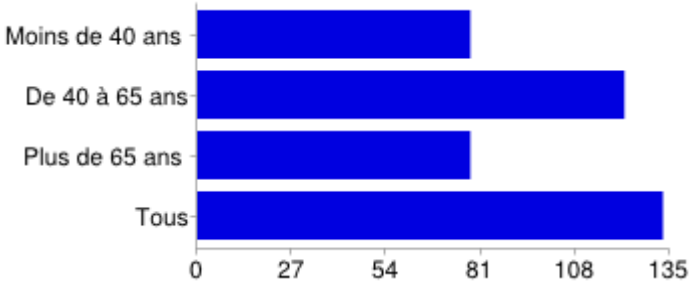
Ordinateur	381	23 %
Bases de données électroniques (ex : PubMed)	169	10 %
Internet	363	22 %
Dossier informatique	304	18 %
Courriers électroniques	308	19 %
Téléformations	110	7 %
Autre	23	1 %
NSP	3	
Total	397	

10a) Selon vous, la télémédecine et la domomédecine s'adressent aux patients de :



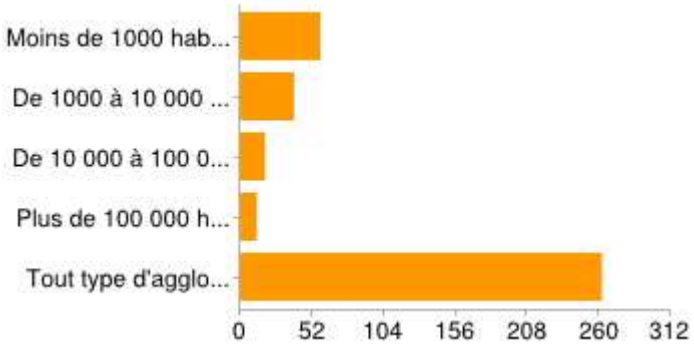
Moins de 40 ans	64	16 %
De 40 à 65 ans	39	10 %
Plus de 65 ans	46	11 %
Tous	253	63 %
NSP	18	
Total	397	

10b) Votre patientèle est principalement composée de personnes âgées de



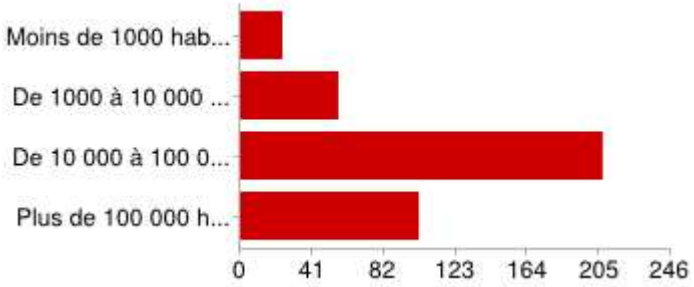
Moins de 40 ans	78	19 %
De 40 à 65 ans	122	30 %
Plus de 65 ans	78	19 %
Tous	133	32 %
NSP	11	
Total	397	

11a) Selon vous, dans quel type d'agglomération la télémédecine et la domomédecine doivent-elles être mises en place ?



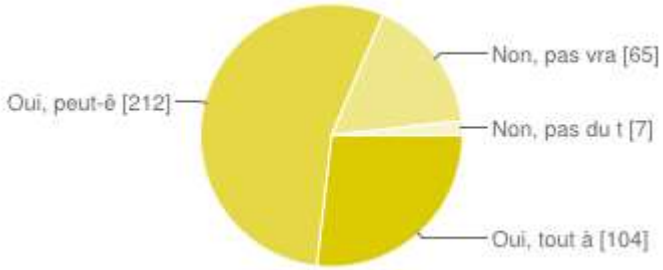
Moins de 1000 habitants	58	15 %
De 1000 à 10 000 habitants	39	10 %
De 10 000 à 100 000 habitants	18	5 %
Plus de 100 000 habitants	12	3 %
Tout type d'agglomération	262	67 %
NSP	20	
Total	397	

11b) Dans quel type d'agglomération se situe votre cabinet ?



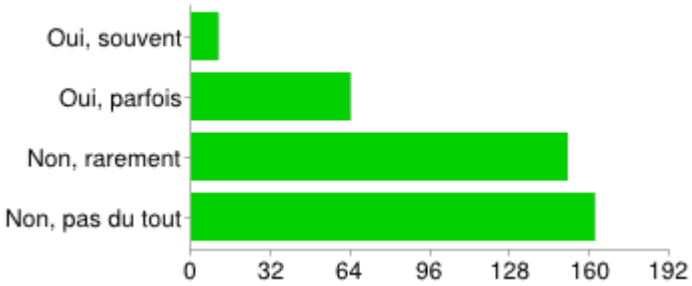
Moins de 1000 habitants	24	6 %
De 1000 à 10 000 habitants	56	14 %
De 10 000 à 100 000 habitants	207	53 %
Plus de 100 000 habitants	102	26 %
NSP	8	
Total	397	

12) Pensez-vous que ces pratiques soient amenées à se développer à grande échelle ?



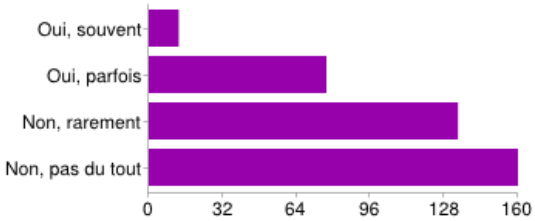
Oui, tout à fait	104	27 %
Oui, peut-être	212	55 %
Non, pas vraiment	65	17 %
Non, pas du tout	7	2 %
NSP	9	
Total	397	

13) Recommandation
Vos pairs vous recommandent-ils d'utiliser ces pratiques et leurs outils ?



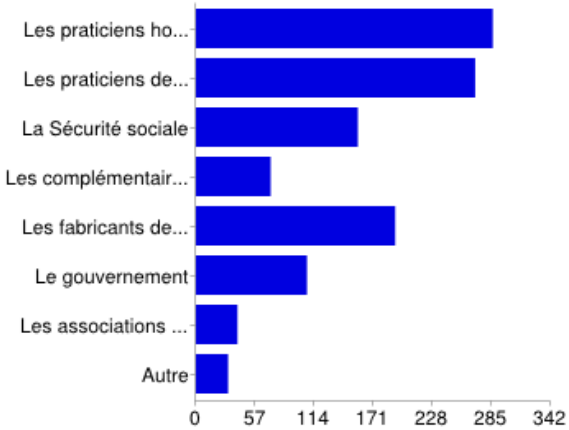
Oui, souvent	11	3 %
Oui, parfois	64	16 %
Non, rarement	151	39 %
Non, pas du tout	162	42 %
NSP	9	
Total	397	

Les experts vous recommandent-ils d'utiliser ces pratiques et leurs outils ?



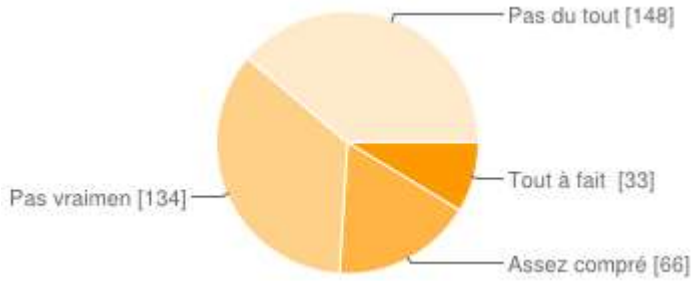
Oui, souvent	13	3 %
Oui, parfois	77	20 %
Non, rarement	134	35 %
Non, pas du tout	160	42 %
NSP	13	
Total	397	

14) Selon vous, quels sont les acteurs qui ont un vrai rôle à jouer dans le développement de la télémédecine et de la domomédecine ?



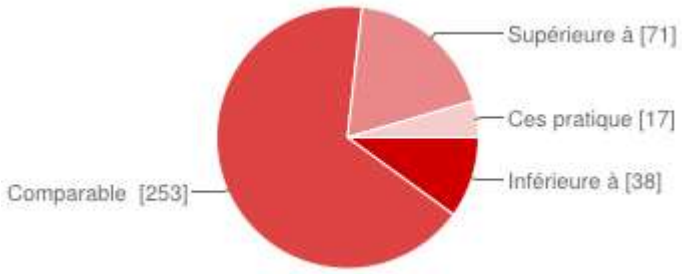
Les praticiens hospitaliers	286	25 %
Les praticiens de ville	269	23 %
La Sécurité sociale	156	14 %
Les complémentaires santé	72	6 %
Les fabricants de matériels et logiciels	192	17 %
Le gouvernement	107	9 %
Les associations caritatives ou associations	40	3 %
Autre	31	3 %
NSP	19	
Total	397	

15) Trouveriez-vous compréhensible que les actes réalisés dans le cadre de ces pratiques ne soient pas entièrement pris en charge par la Sécurité sociale ?



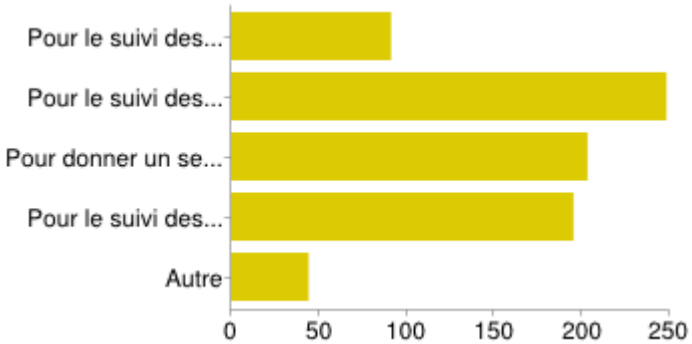
Tout à fait compréhensible	33	9 %
Assez compréhensible	66	17 %
Pas vraiment compréhensible	134	35 %
Pas du tout compréhensible	148	39 %
NSP	16	
Total	397	

16) Selon vous, la rémunération d'un acte réalisé dans le cadre de ces pratiques doit être :



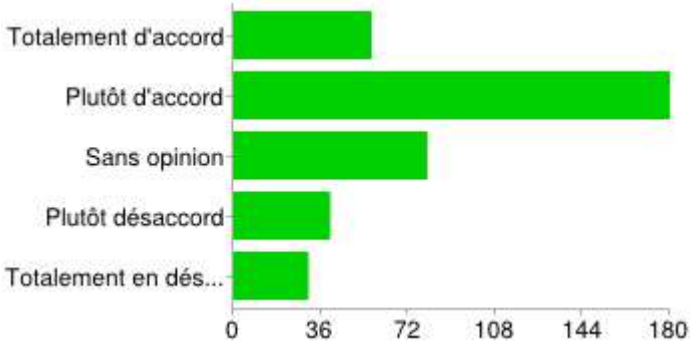
Inférieure à un acte traditionnel	38	10 %
Comparable à un acte traditionnel	253	67 %
Supérieure à un acte traditionnel	71	19 %
Ces pratiques ne nécessitent pas de rémunération	17	4 %
NSP	18	
Total	397	

17) Pour quels types de cas accepteriez-vous d'adhérer à un projet de télémédecine ou de domomédecine ?



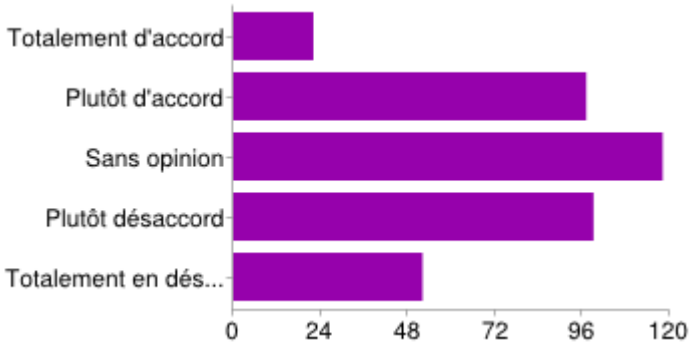
Pour le suivi des maladies bénignes, sans gravité	91	12 %
Pour le suivi des maladies chroniques	248	32 %
Pour donner un second avis médical	203	26 %
Pour le suivi des maladies lourdes	195	25 %
Autre	44	6 %
NSP	24	
Total	397	

18) Pour vous, utiliser la télémédecine et/ou la domomédecine dans votre pratique serait/est ...
... utile



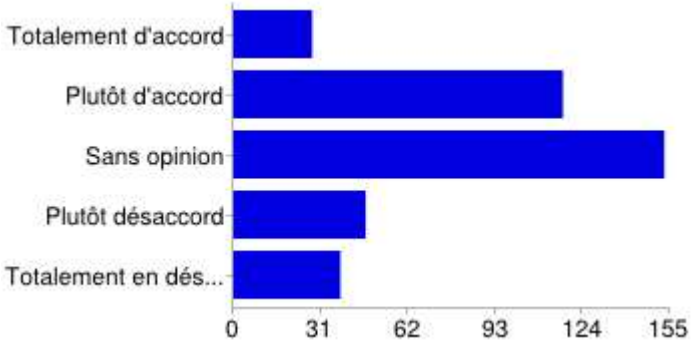
Totalement d'accord	57	15 %
Plutôt d'accord	180	46 %
Sans opinion	80	21 %
Plutôt désaccord	40	10 %
Totalement en désaccord	31	8 %
NSP	9	
Total	397	

... facile



Totalement d'accord	22	6 %
Plutôt d'accord	97	25 %
Sans opinion	118	30 %
Plutôt désaccord	99	26 %
Totalement en désaccord	52	13 %
NSP	9	
Total	397	

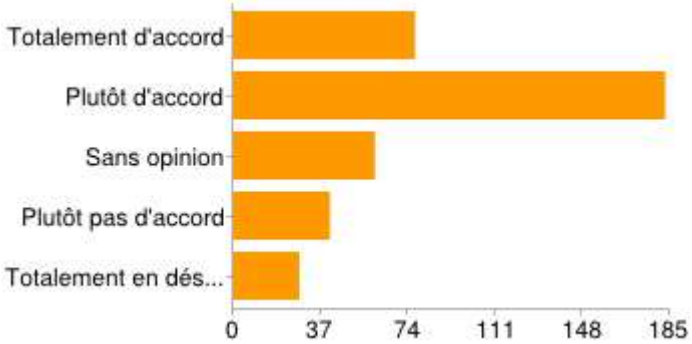
... satisfaisant



Totalement d'accord	28	7 %
Plutôt d'accord	117	31 %
Sans opinion	153	40 %
Plutôt désaccord	47	12 %
Totalement en désaccord	38	10 %
NSP	14	
Total	397	

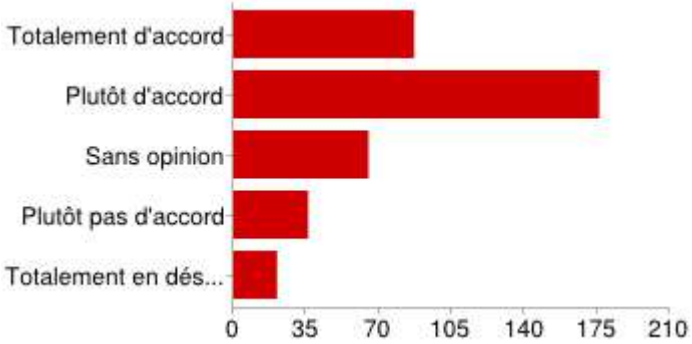
19) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants concernant l'utilisation des outils technologiques et de télécommunication permettant de réaliser des actes médicaux à distance :

Si l'occasion se présente, j'utiliserais l'un de ces outils



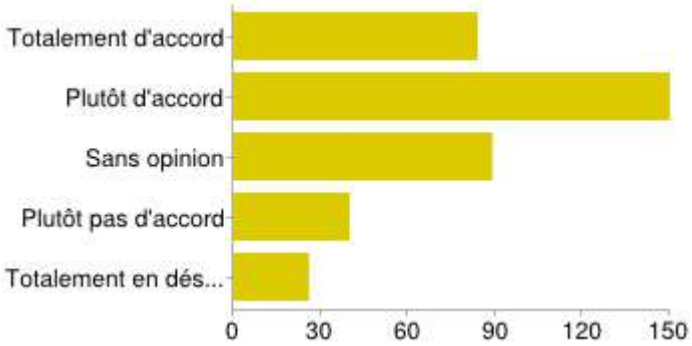
Totalement d'accord	77	20 %
Plutôt d'accord	183	47 %
Sans opinion	60	15 %
Plutôt pas d'accord	41	11 %
Totalement en désaccord	28	7 %
NSP	8	
Total	397	

Il est possible pour un médecin de ma spécialité d'utiliser l'un de ces outils



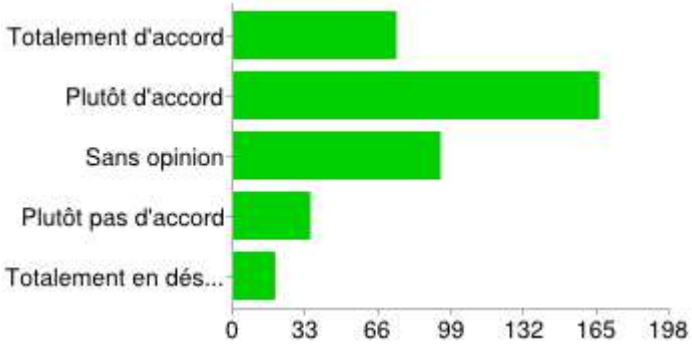
Totalement d'accord	87	23 %
Plutôt d'accord	176	46 %
Sans opinion	65	17 %
Plutôt pas d'accord	36	9 %
Totalement en désaccord	21	5 %
NSP	12	
Total	397	

Il est normal pour un médecin de mon âge d'utiliser l'un de ces outils



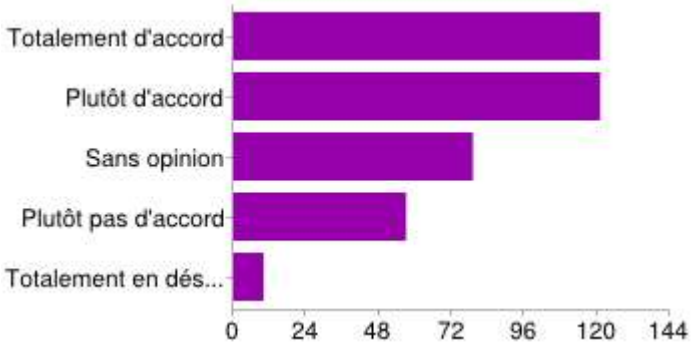
Totalement d'accord	84	22 %
Plutôt d'accord	150	39 %
Sans opinion	89	23 %
Plutôt pas d'accord	40	10 %
Totalement en désaccord	26	7 %
NSP	8	
Total	397	

À la vue de ma localisation géographique, il est possible d'utiliser l'un de ces outils



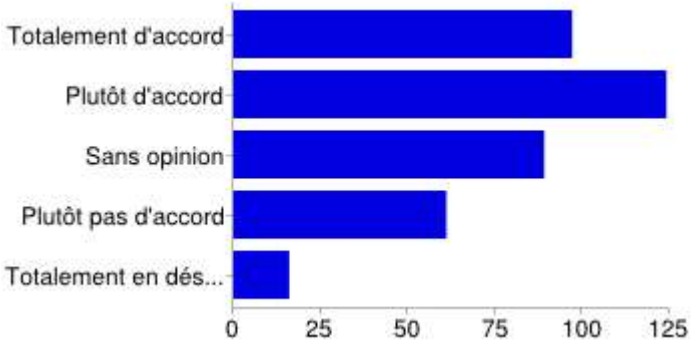
Totalement d'accord	74	19 %
Plutôt d'accord	166	43 %
Sans opinion	94	24 %
Plutôt pas d'accord	35	9 %
Totalement en désaccord	19	5 %
NSP	9	
Total	397	

L'utilisation de ces outils dans pratique exigerait plus de temps même après une période de formation



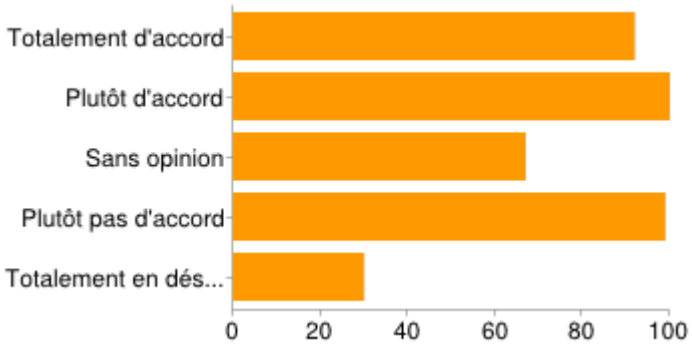
Totalement d'accord	121	31 %
Plutôt d'accord	121	31 %
Sans opinion	79	20 %
Plutôt pas d'accord	57	15 %
Totalement en désaccord	10	3 %
NSP	9	
Total	397	

La définition de mes rôles et responsabilités en tant que médecin ne serait pas claire si j'utilisais l'un de ces outils dans ma pratique



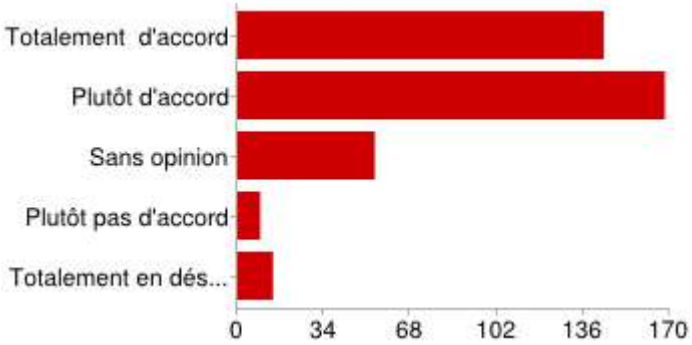
Totalement d'accord	97	25 %
Plutôt d'accord	124	32 %
Sans opinion	89	23 %
Plutôt pas d'accord	61	16 %
Totalement en désaccord	16	4 %
NSP	10	
Total	397	

Mes relations avec mes patients seraient moins humaines si j'utilisais l'un de ces outils dans ma pratique



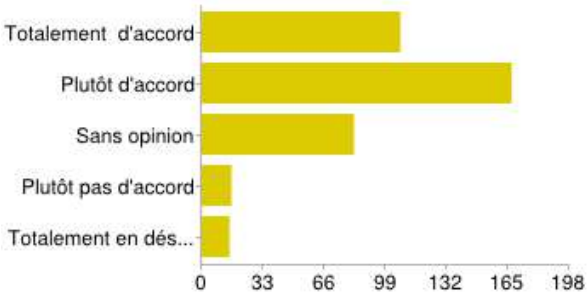
Totalement d'accord	92	24 %
Plutôt d'accord	100	26 %
Sans opinion	67	17 %
Plutôt pas d'accord	99	26 %
Totalement en désaccord	30	8 %
NSP	9	
Total	397	

20) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord sur ce qui pourrait faciliter/favoriser votre adhésion à la pratique de la télémédecine et de la domomédecine :
Les formations à la pratique



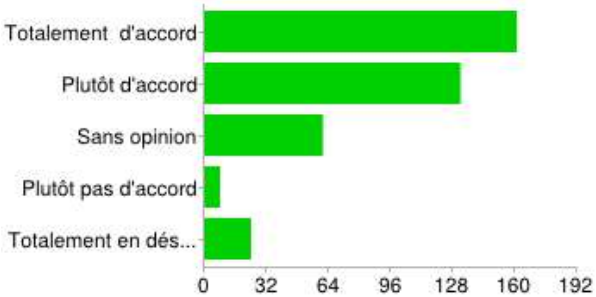
Totalement d'accord	144	37 %
Plutôt d'accord	168	43 %
Sans opinion	54	14 %
Plutôt pas d'accord	9	2 %
Totalement en désaccord	14	4 %
NSP	8	
Total	397	

Les technologies à utiliser



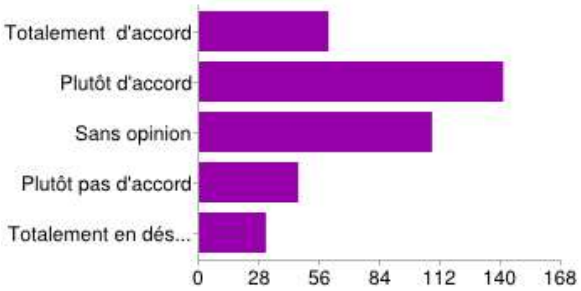
Totalement d'accord	107	28 %
Plutôt d'accord	167	43 %
Sans opinion	82	21 %
Plutôt pas d'accord	16	4 %
Totalement en désaccord	15	4 %
NSP	10	
Total	397	

La compatibilité des logiciels avec votre équipement actuel



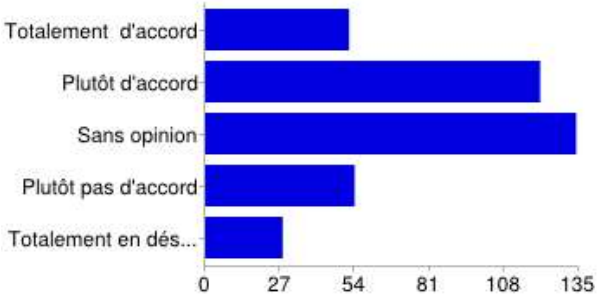
Totalement d'accord	161	42 %
Plutôt d'accord	132	34 %
Sans opinion	61	16 %
Plutôt pas d'accord	8	2 %
Totalement en désaccord	24	6 %
NSP	11	
Total	397	

La complexité du cas à traiter



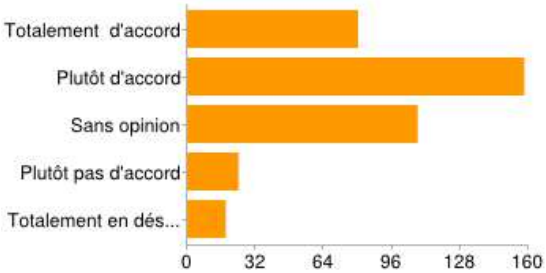
Totalement d'accord	60	16 %
Plutôt d'accord	141	37 %
Sans opinion	108	28 %
Plutôt pas d'accord	46	12 %
Totalement en désaccord	31	8 %
NSP	11	
Total	397	

La complexité de la pratique dans son ensemble



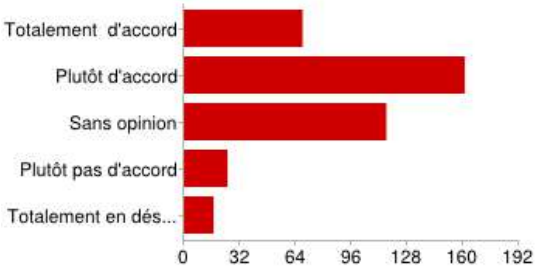
Totalement d'accord	52	13 %
Plutôt d'accord	121	31 %
Sans opinion	134	34 %
Plutôt pas d'accord	54	14 %
Totalement en désaccord	28	7 %
NSP	8	
Total	397	

L’autonomie du patient



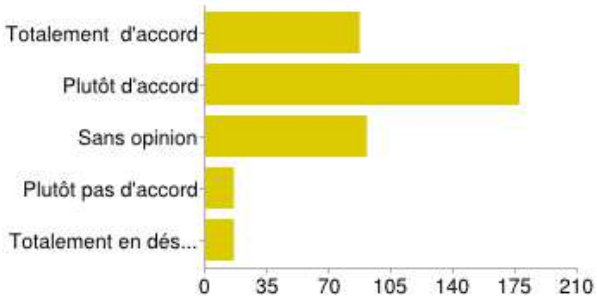
Totalement d'accord	80	21 %
Plutôt d'accord	158	41 %
Sans opinion	108	28 %
Plutôt pas d'accord	24	6 %
Totalement en désaccord	18	5 %
NSP	9	
Total	397	

La présence d’aidants familiaux au domicile du patient



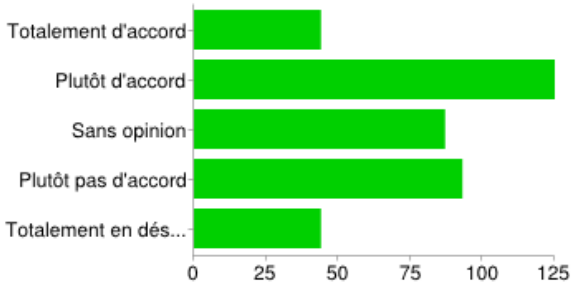
Totalement d'accord	68	18 %
Plutôt d'accord	161	42 %
Sans opinion	116	30 %
Plutôt pas d'accord	25	6 %
Totalement en désaccord	17	4 %
NSP	10	
Total	397	

La présence d'aidants professionnels au domicile du patient



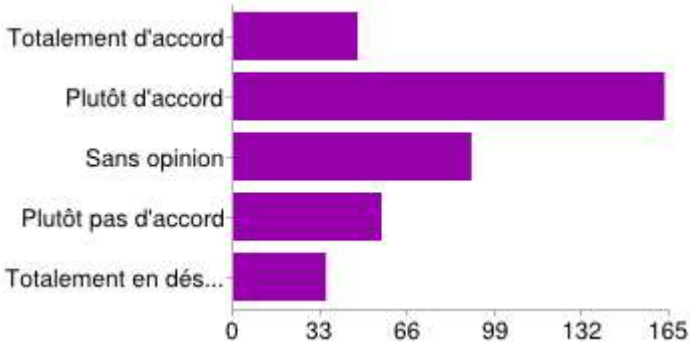
Totalement d'accord	87	22 %
Plutôt d'accord	177	46 %
Sans opinion	91	24 %
Plutôt pas d'accord	16	4 %
Totalement en désaccord	16	4 %
NSP	10	
Total	397	

21) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :
... faciliterait mon travail de diagnostic



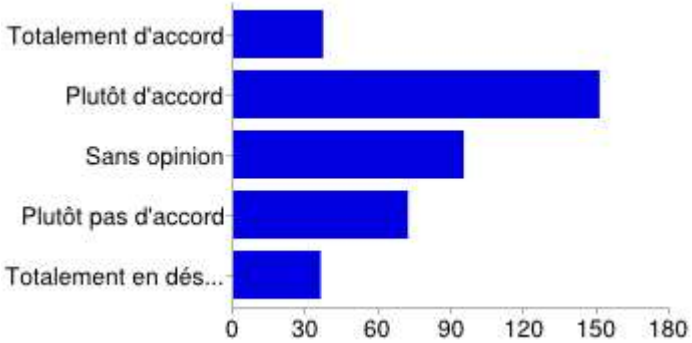
Totalement d'accord	44	11 %
Plutôt d'accord	125	32 %
Sans opinion	87	22 %
Plutôt pas d'accord	93	24 %
Totalement en désaccord	44	11 %
NSP	4	
Total	397	

... permettrait d'actualiser mes connaissances



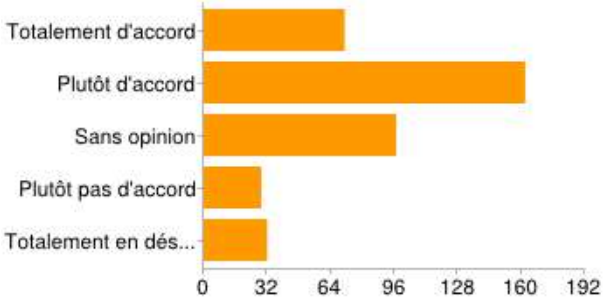
Totalement d'accord	47	12 %
Plutôt d'accord	163	42 %
Sans opinion	90	23 %
Plutôt pas d'accord	56	14 %
Totalement en désaccord	35	9 %
NSP	6	
Total	397	

... aiderait à ma prise de décision



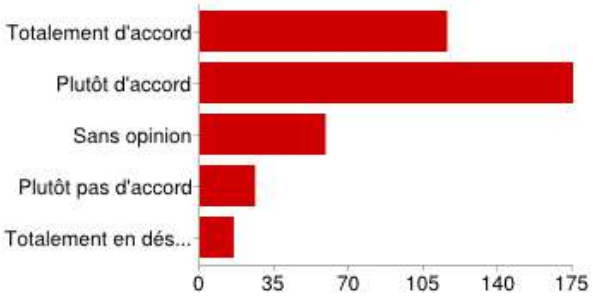
Totalement d'accord	37	9 %
Plutôt d'accord	151	39 %
Sans opinion	95	24 %
Plutôt pas d'accord	72	18 %
Totalement en désaccord	36	9 %
NSP	6	
Total	397	

... permettrait de développer les relations entre la ville et l'hôpital



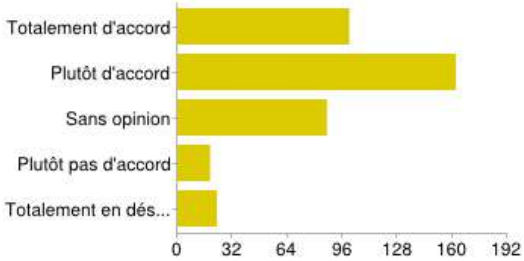
Totalement d'accord	71	18 %
Plutôt d'accord	162	41 %
Sans opinion	97	25 %
Plutôt pas d'accord	29	7 %
Totalement en désaccord	32	8 %
NSP	6	
Total	397	

22) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants concernant la pratique de la télémédecine et la domomédecine dans le cadre de réseaux ville-hôpital :
Le développement de réseaux ville-hôpital est nécessaire pour répondre aux nouvelles problématiques de santé



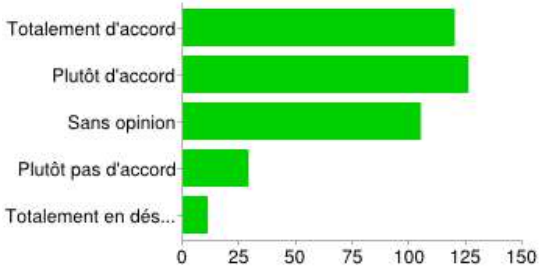
Totalement d'accord	116	30 %
Plutôt d'accord	175	45 %
Sans opinion	59	15 %
Plutôt pas d'accord	26	7 %
Totalement en désaccord	16	4 %
NSP	5	
Total	397	

La mise en place de réseau ne peut pas se faire sans la présence d'un coordinateur de réseau



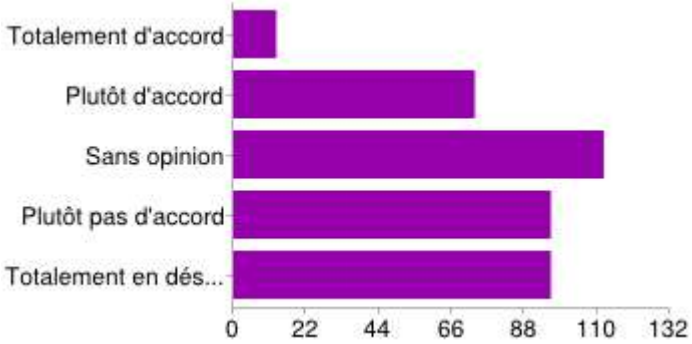
Totalement d'accord	100	26 %
Plutôt d'accord	162	41 %
Sans opinion	87	22 %
Plutôt pas d'accord	19	5 %
Totalement en désaccord	23	6 %
NSP	6	
Total	397	

La coordination d'un réseau doit obligatoirement être assurée par un médecin



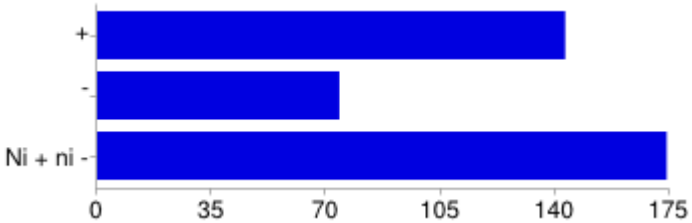
Totalement d'accord	120	31 %
Plutôt d'accord	126	32 %
Sans opinion	105	27 %
Plutôt pas d'accord	29	7 %
Totalement en désaccord	11	3 %
NSP	6	
Total	397	

La coordination d'un réseau peut être assurée par un professionnel de santé non médecin



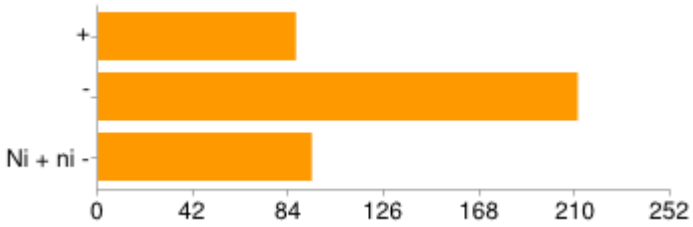
Totalement d'accord	13	3 %
Plutôt d'accord	73	19 %
Sans opinion	112	29 %
Plutôt pas d'accord	96	25 %
Totalement en désaccord	96	25 %
NSP	7	
Total	397	

23) Selon vous, la mise en place de la télémédecine et de la domomédecine va-t-elle jouer positivement (+) ou négativement (-) sur les éléments suivants dans votre pratique ?
La fiabilité du diagnostic



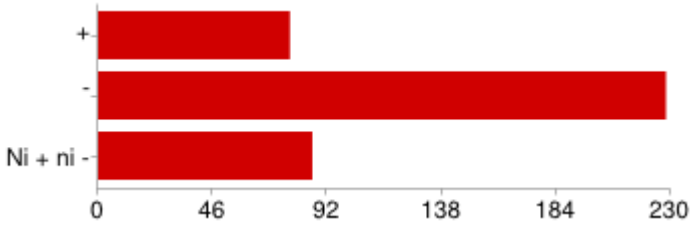
+	143	37 %
-	74	19 %
Ni + ni -	174	45 %
NSP	6	
Total	397	

Le temps de travail



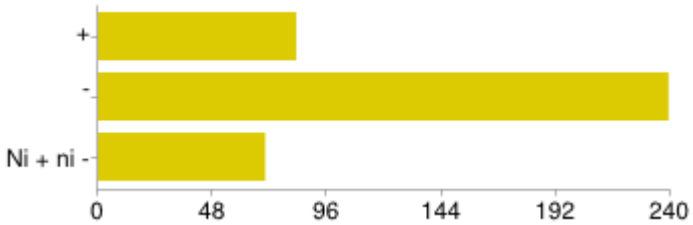
+	87	22 %
-	211	54 %
Ni + ni -	94	24 %
NSP	5	
Total	397	

Le volume des tâches administratives



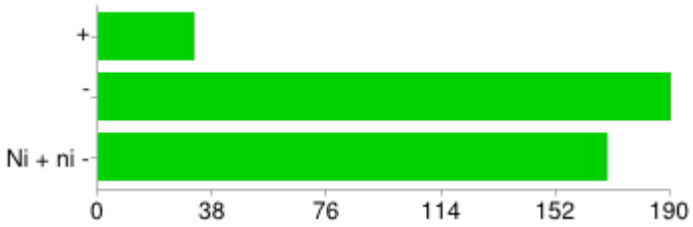
+	77	20 %
-	228	58 %
Ni + ni -	86	22 %
NSP	6	
Total	397	

Le coût de l'équipement médical et informatique



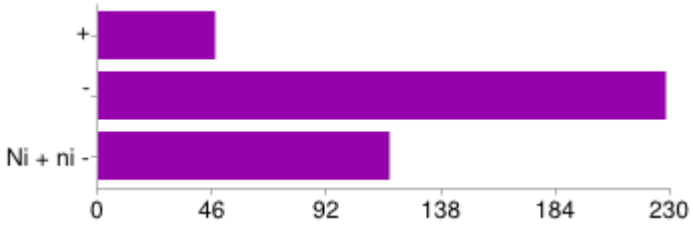
+	83	21 %
-	239	61 %
Ni + ni -	70	18 %
NSP	5	
Total	397	

La rémunération



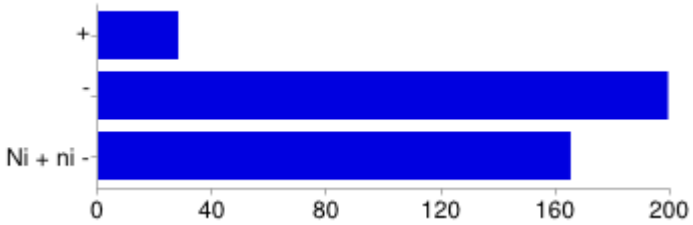
+	32	8 %
-	190	49 %
Ni + ni -	169	43 %
NSP	6	
Total	397	

La relation "humaine" avec le patient



+	47	12 %
-	228	58 %
Ni + ni -	117	30 %
NSP	5	
Total	397	

Le respect de la confidentialité des données



+	28	7 %
-	199	51 %
Ni + ni -	165	42 %
NSP	5	
Total	397	

24) Selon vous, parmi les points abordés précédemment, quels seraient les éléments favorisant au mieux la mise en place de la télémédecine et de la domomédecine ?

Le manque de médecins à la campagne ? comment le financer? Le problème de la télémédecine, c'est pourquoi faire? Pour protéger les gens compétents mais qui ne sont pas en première ligne? Pour aider les isolés, peu compétents mais condamnés à être en première ligne sans formation, sans matériel? Pour peupler les ondes des déserts médicaux? Nous faisons tous de la télémédecine en téléphonant à un confrère plus habilité, plus entrainé, en répondant à un confrère moins entrainé, moins habilité, je suis à la fois consulté et consulteur dans ma pratique quotidienne, y compris par des praticiens universitaires... Il faut des gens qui parlent le même langage, qui ont le même matériel, qui le maîtrisent. - Formation initiale de la faculté de Médecine. - Ensuite, stages de formation rémunérés. Volonté national et aide à l'équipement Role des praticiens hospitaliers formation. matériel compatible. simplicité d'organisation. Formation Information choix matériel = équipement "le patient adresse au praticien de proximité les éléments nécessaires pour la surveillance d un état clinique , biologique cela renforce les liens du colloque singulier médecin patient" Des spécialistes compétents diminution des tâches administratives autonomisation des patients Une formation rémunérée. Une rémunération des actes la constitution de réseaux efficients avec rémunérations prédéfinies et cotées. Besoin de plus de spécialistes et de plus de médecins généralistes en zones déficitaires!!!!!! Il faut évoluer face au défi technologique, à l'accélération des connaissances, à l'exigence de qualité et de traitement "aucun c'est un projet idéaliste et complètement fou de gens qui n'ont jamais pratiqué la médecine de terrain !" ? "LA SIMPLIFICATION DES OUTILS LA COMPATIBILITÉ DES OUTILS DES PARTICIPANTS"développement d'un réseau Facilité d'utilisation Aucun point Présence d'aidants professionnels au domicile du patient. - Dév d'un réseau facile d'accès avec disponibilité des intervenants - choix des correspondants aide a l'informatisation avec des outils performants et sécurisés , remémoration adaptée au temps et aux responsabilités prises sans opinion en raison de ma spécialité exigeant un contact direct avec le patient et les parents Avantage : aide au diagnostic et à la prise en charge du patient Délivrance des infos et leurs mises en pratique être sur qu'elle ne concerne que nos patients pour éviter ceux dont on ne connait pas les antécédents et ceux qui veulent des solutions rapides au détriment de la qualité. -expérience pilote dans mon domaine: cicatrisation; dépistage des tumeurs cutanéesEquipe pluridisciplinaire au profit du patient pour les pathologies lourdes ou urgentes. Actualisation des connaissances. Aide à la prise de décision peut être. La précision de la responsabilité professionnelle en cas d'erreur et/ou de négligeance et la mise au point d'un acte réellement certifié La télémédecine, c'est de la merde -une formation des patients et leur acceptation d'une consultation par une fois / 2 (au moins) -la prise en compte du temps passé par une rémunération "certainement une information plus précises et plus ciblée sur les acteurs de terrain, car il faudra certainement débloquer un encroûtement de la médecine de terrain et surtout commencer à stimuler la relation médecine de vile (de terrain) et l'hôpital" "1 la gestion exclusive par des médecins 2 le remboursement des actes pratiques par la CPAM 3 une définition claire des actes pratiques et de leur valeur juridique 4 que ces actes soient assurés par les compagnies d'assurance 5 un dossier médical partagé ou ces actes seraient inscrits pleinement 6 l'intervention de médecins radiologues et de biologistes avec des niveaux gradués de secret médical 7 l'intervention des paramédicaux ayant une information partielle 8 la possibilité à tout médecin de refuser d'entrer dans le dispositif" Une patientèle peu exigente, pauvre qui accepte une médecine au rabais et des médecins sans esprit critique par rapport au serment d'Hippocrate ou bien dans le cadre de médecine en lieu très isolé avec médecin de très haute compétence présent. Rémunération au temps passé A DISTANCE pour les médecins en rapport avec la rémunération passée actuellement AVEC le patient. Optimisation de la prise en charge des pathologies difficiles je suis contre facilité de mise en connexion, rdv... Financement du matériel nécessaire par la SS; Matériel d'utilisation simple; Logiciels sans Bugg; Pas de charges supplémentaires ou des actes réellement réévalués (on connaît la valeur apporté à la parole des dirigeant dans la SS et de l'état); Peu ou pas (faut pas rêver) de tâches administratives (elles même rémunérées. Y en a marre de travailler à l'œil pour la SS). reconnaissance de l'acte CCAM Un cadre législatif précis un équipement de qualité AUCUN Améliorer le diagnostic et adapter au mieux des données actuelles le traitement et la prise en charge La qualité de la rémunération par le temps de travail en plus qui sera demandé D'abord au contact par courrielcollaboration médicale Incitations financières Formation adaptée Rémunération à la hauteur des enjeux, de la tâche et des responsabilités - transmission cryptée - échange personnalisé et direct avec hospitalier Amélioration des relations ville-hôpital formation et facilitation des pratiques Prise en charge et maintenance par la sécurité sociale Accompagnement + Formation Rémunération Nous voila bien avancé de parler d'une pratique dont on a pas encore vu le moindre élément.! formation et rémunération Rémunération Simplifications administratives Arrêter d'accabler les médecins ! La possibilité de prendre en charge les patients à pathologie lourde, en grande situation de dépendance. Formation des participants médicaux et paramédicaux. Compliance des patients. - La nouveauté d'un avis secondaire ou de confort - L'accès difficile au patient - L'accès facile à l'information Mettre en place par des experts de spécialité des plages de consultations de télémédecine avec le patient présent à une consultation et l'expert en télémédecine pour un avis ponctuel. La diminution très préoccupante du nombre de médecins s'installant en zone rurale. De temps en temps, un Roumain s'installe, reste 6 mois et disparait pour rejoindre le soleil. Pas d'opinion Facilité d'utilisation Accès à la télémédecine et la domomédecine au domicile du patient comme au cabinet Disponibilité des consultants création d'un réseau de télémédecine entre les acteurs de terrain (praticiens libéraux ruraux) et les spécialistes hospitaliers Simplicité d'utilisation / temps Rémunération / coût d'équipement / temps simplicité d'usage du système. Rémunération décente. Absence de contrainte administrative. rémunération de l'acte je ne peux en débattre car je n'ai pas d'informations rigoureuses sur le sujet j 'en ai juste une idée superficielle.Réseau. Place du MG comme pilote. Fixation d'un cadre juridique. Fixation d'une rémunération juste. "matériel facilement utilisable pas de perte de temps pour le médecin" Formation à ce nouveau métier Règles du "jeu" claires, rôle de chacun précis avec ses limites

(médecin, malade, technicien, payeur...) Compatibilité du matériel (Fiabilité) La démographie catastrophique des spécialistes La mise en place de réseau La praticité des logiciels La formation des médecins à cette nouvelle technique Que le médecin traitant ne soit pas "court-circuité" par le système. Quand on voit la propension de l'hôpital à "détourner" les patients que nous y adressons le risque n'est pas nul. une information et une formation des médecins et travailleurs médicaux je suis informatisé depuis 27 ans, je travaille en campagne, l'outil informatique n'est pas maîtrisé par 90% de ma patientelle. Que cela soit effectivement considéré comme un acte médical à part entière qu'il fait la possibilité d'échanger ici un système crypté certainement pas des enquêtes mal fichues et sans intérêt comme celles ci. formation d'abord référent et coordination en place LE DYNAMISME Je n'y suis pas favorable Permettre un diagnostic spécialisé plus rapide. Améliorer le diagnostic et surtout le traitement du patient. Déshumanise la médecine, aucun point positif. L'obligation ... et le salariat des médecins par la CPAM ou les mutuelles et assurances santé !!! "l'implication personnelle de personnalités médicales de haut niveau leur disponibilité" utile pour cas lourds ou chronique isolé loin de toute structure J'ai déjà du mal à recevoir des compte-rendu hospitaliers par voie postale classique. Je doute de la capacité de l'hôpital à se mettre à la télémédecine. Amélioration de l'équipement. Coordination par un médecin Des outils simples et clairs. Le moins d'administratif possible. Des outils souples, paramétrables par l'utilisateur. Rémunération décente. L'engouement de la société actuelle pour les écrans et la recherche de gain de temps à tout prix. Des subventions, des volontés publiques et syndicales, des réseaux. Je me répète, c'est l'hôpital le hic, le libéral sait évoluer en fonction des intérêts d'une technique les moyens humains et financiers la formation en informatique un système de transmission crypté ville/hôpital des logiciels capables La fiabilité du diagnostic. une coordination "BÉTON" selon le vieil adage "tout travail mérite salaire". Sa réussite dépend uniquement de sa juste rémunération. Ce qui risque d'être difficile compte tenu de la chronologie de cet exercice. Prise en charge par sécu et accord conseil de l'ordre.formation a la télémédecine. rémunération comme une consultation normale. Aide à l'équipement du cabinet réseaux Unicité des formats de transmission quelques soient les logiciels et plateformes Aide au diagnostic et prise en charge d'une pathologie chronique Qu'il y ait un besoin ! formation des médecins outils informatique facile à utiliser et plus largement utilisés rémunération FMC-rémunération au temps de travail demandé-coopération étroite en réseau et disponibilité des superviseurs. Une bonne maîtrise de l'outil informatique et la fiabilité du recueil des données médicales. "FACILITE D'UTILISATION PARTICIPATION D'UN MAXIMUM DE SPÉCIALISTES" Relation ville/hôpital améliorée +++ (CRH plus rapide, échanges ...) "coordination améliorer temps de travail" Formation des médecins et aide technique; Présence d'aidants au domicile du patient. - Valorisation par la CPAM de l'acte. - Accessible qu'au grands groupes de professionnels (cabinet de groupes ou chirurgie).isolement des cabinets médicaux (ruralité) Cadre juridique Reconnaissance professionnelle Organisation de cette pratique Télé et Domo, ce n'est pas médecine - Une rémunération convenable - Facilité de mise en place - Formation de qualité - l'adhésion de tous les intervenants - la fin du racket des éditeurs de logiciels dans le coût des nouvelles versions - l'éducation des patients (et médecins) Contrôle et instrumentalisation administrative. Supervision interface administratif/médical Il s'agit d'un pis aller ne réglant pas le problème du manque de médecin et qui risque d'être un casse tête pire qu'à l'heure actuelle.partager des avis dans les cas difficiles de définir le cadre télé et domo médecine possibilité de réaliser des échographies au cabinet et au domicile du patient avec expertise d'un spécialiste (pour urgences et suivi cardiologiques). gynéco la rémunération qui va avec car il faudra plus de temps pour se connecter et discuter avec le correspondant Sécurisation des données et des archives. Utilisation de logiciels libres (par ex Linux). Disponibilité des intervenants et des serveurs. Cadre juridique déterminé. Rémunération correcte. Coordination du réseau L'information des médecins. Surveillance des maladie chroniques une aide financière ou un salariat pour ne pas s'occuper des tâches techniques comme la maintenance, les mises à jour... -mise à jour des logiciels -paiement des actes de télémédecine -modifier l'opinion des hospitaliers / médecin de ville un réseau de soins avec un référent dans chaque spécialité La compatibilité des logiciels une bonne formation formation efficace facilitation de notre travail Le développement des réseaux ville-hôpital. L'aide au diagnostic. Fixer un cadre Le réserver à des cas très particuliers (dermato, cardio) TOUT CRYPTER pour la confidentialité - Aide financière à l'équipement. - Formation. - Motivation des consultants. Que l'on nous explique clairement ce qu'est la télémédecine et comment elle peut être rémunérée. Prise en charge du temps de travail médical et de coordination. Mise en place d'un vrai réseau informatique qui ne soit pas à la charge des praticiens en général. En psychiatrie c'est la définition précise du cadre légal de ce mode d'exercice Rémunération Popularisation des outils Contrôle important des autorités pour protéger le secret médical Il faut que cet acte soit rémunéré au même tarif que tout autre acte médical, voire plus. Education des patients et modification de la relation médecin / malade -le partage des données entre professionnels -l'aide en diagnostic et à la prise en charge -l'aide au bien être du patient - relation ville hôpital - prise en charge patient par équipe médicale isolé Coordination par un réseau de soins avec rémunération des actes et responsabilités (assurance) bien définies. Je n'en veux pas. simplicité, homogénéité des logiciels et financement Une couverture correcte sur le plan des liaisons internet du territoire rural Encadrement technique Contact téléphonique direct facil le fait que ce soit officiellement reconnu et opposable médico légalement. Je pratique en fait la télémédecine sans rémunération pour le moment et je ne m'en plains pas, c'est un plus. Une réflexion commune ou avis complémentaire. "le besoin à partir de la personne, et surement pas le développement de l'outil et de tout son environnement comme le sont tous les réseaux existants souvent incompatibles entre eux. Alors que l'outil n'est qu'un élément. On a créé des réseaux, là où il fallait qu'un outil, le même." Aucun Je ne sais pas. Réseau ville-Hôpital Rémunération du temps passé et de la responsabilité "gestion des données simple utilisation dans des cas bien définis et validés ne pas noyer les praticiens de données in-interprétables si sorties du contexte clinique" relation ville-hôpital La diffusion auprès du public de ces techniques et leurs mises en place pratiquement. La rémunération. Formation facilité Equipement simple d'utilisation Rémunération satisfaisante tenant compte du temps passé, alors que nos honoraires n'ont pas été réévalués depuis 1992! - La reconnaissance du temps passé à traiter les patients à distance avec une rémunération adaptée. - J'utilise déjà le mail (avec photos) pour donner des avis aux patients ou

confrères. -éviter de déplacer le malade "fragile" -rapidité d'un 2 ème avis médical Bonne adaptation de l'outil informatique à notre poste de travail Rémunération l'information La formation La rémunération -mise en place des réseaux ville hôpital - rémunération correcte des actes de télémédecine L'information, la formation, la rémunération des personnels médicaux et paramédicaux concernés. Le gain de temps les outils, le temps et la rémunération Désertification médicale Appui sur des professionnels habitués à cette pratique. bonne formation des intervenants Un budget. La simplicité d'utilisation La stricte confidentialité Un DPM en ligne qui résout la communication entre confrères. les simplifications administratives une rémunération adaptée et respectueuse (pour une fois) du médecin généraliste Le dégagement de temps médical en simplifiant nos tâches administratives. Une parfaite adéquation entre les soignants et les aidants. possibilité d'améliorer le diagnostique par des échanges entre confrères."avoir l'internet à 100 Mo Fournir régulièrement un hardware et un software efficace une assistance efficace avec des interlocuteurs compétents une certitude de confidentialité etc" -coordination -facilité d'accès, installation Réseaux ville hôpital organisé et déjà rodé formation adaptée coût du matériel et prix de l'acte adapté à la pratique le respect de la confidentialité des données La reconnaissance de la valeur de l'acte, identique à celle de l'acte en cabinet Mettre en place un système de rémunération par tous ces actes chronophages Formation claire, encadrement efficace, les outils peu expliqués, la rémunération à proposer (car sans doute très chronophage). Une adhésion de l'ensemble des praticiens de santé. La mise en place de Maisons de Santé. Description claire et compréhensible des avantages. Réseau Formation Moins de déplacement. Prise en charge de la formation, du coût des logiciels et des matériels et de leurs maintenances. aucun car manque d'humanité Un système simple, national, même système pour tout le monde. sécurisation des données

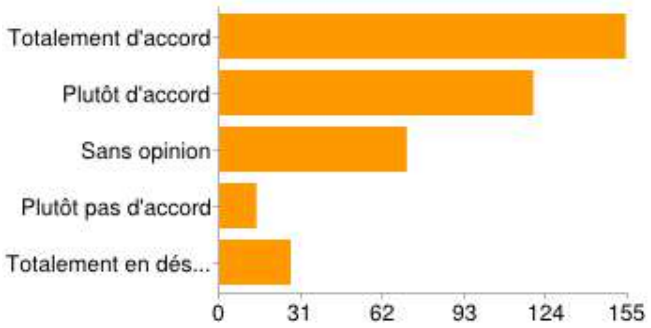
25) Selon vous, parmi les points abordés précédemment, quels seraient les éléments les plus nuisibles à la mise en place de la télémédecine et de la domomédecine ?

secret médical. délégation des tâches. La mise en place informatique L'absence de rémunération et/ou de codification - Chronophage. - Non rémunération. - But administratif et non pour le patient. -erreur diagnostic, il faut voir et examiner les patients Le normalisme, le consumérisme, la médecine de supermarché, le côté fonctionnaire de santé officier de santé docile standard et obéissant au dictats des "gouvernants" (politique, économique, etc) - Erreurs de diagnostics dûes à la télémédecine. - Perte du lieu avec le patient - Absence de confidentialité - Augmentations des contraintes (réglementaires, juridiques, techniques...) Domo et télé : prétexte pour pallier le manque de médecins, surcharge de travail, déhumanisation (après les SMS, le SMD : Service Médical à Distance!!!). Qui, pourquoi, comment, combien, avec quel contrôle... cela nuira a la relation conviviale médecin patient. Nuira à la confiance du patient et à sa communication. pratique qui deviendrait trop utilisée manque du contact deshumanisation relation patient malade majoration de la solitude Relation humaine. Confidentialité. Temps mal payé. l'intervention non cryptée de tout un chacun le manque de temps et de rémunération du temps passé La fiabilité du dispositif à tous les niveaux. hétérogénéité, fréquence et importance des mises à jour et des reparamétrages très chronophages, risques de bugs et pannes fréquentes entraînant des indisponibilités. Des outils informatiques mal adaptés ou peu performants, la qualité des informations données médicales ou données par le patient généraliser cette pratique déshumanisée et susceptible de déresponsabiliser les proches L'évolution vers le supermarché pour des ayants droits. Le coût, le temps nécessaire à la formation et à l'organisation. la consultation médicale pure avec examen médical doit en être exclue.La relation avec le malade doit rester présentielle... secret professionnel temps + difficulté apprentissage matériel qui marche et pas trop couteux La relation humaine absente. Augmentation substantielle du temps de travail Difficultés techniques pour les médecins non intéressés par les technologies nouvelles Que les consultations virtuelles remplacent les consultations réelles serait vraiment néfaste. Cela ne paraît envisageable que comme suivi de patients déjà connus ou pour de l'avis ponctuel. "le manque de temps le matériel le débit les virus informatiques la rémunération etc" centralisation, normalisation il faut utiliser des moyens de communication sécurisés (secret professionnel) - Ne plus voir le patient - Abandonner la clinique Le gouvernement La CPAM Les avocats... Une vision politique de restriction du paiement à l'acte avec un défaut de subvention pour solliciter les pro de santé à le faire la confidentialité, le cryptage Nécessité de tâches administrativesL'atteinte, la violation du secret médical Temps de travail. Coût. Les problèmes d'accès aux réseaux dans les endroits où elles seraient les plus utiles. si patient au domicile, moi au cabinet on ne peut pas l'examiner correctement par télémédecine, donc il faut l'avoir vu au moins une fois avant en consultations au cabinet. Risque de piratage des données Que cela soit un moyen de faire des économies pour le système de santé... Que cela protège de leurs responsabilités des praticiens qui devraient travailler au moins un peu en première ligne, et que cela justifie la persistance de "poches d'incompétences"...l'inertie des confrères le risque de judiciarisation en cas de non fonctionnement le coût de la mise en place de facteurs techniques Je pense que les gens ont besoin de contact et non de machine L'effet Placebo est très très largement sous estimé. La technique ne remplacera pas l'humain. pas de relation humaine coût Tout en général mais surtout il n'y a aucun système qui garanti la confidentialité. Ce n'est plus de la médecine. Aucune idée Pas de relation humaine, le malade n'est pas qu'un corps désincarné. Absence d'examen clinique, donc pas de possibilité de pronostique. De la considérer incluse dans un packaging type rémunération-sécurité sociale à la performance. Une diminution de la relation humaine et de l'importance de la clinique (interrogatoire ex : clinique) Tâches administratives Coût de l'équipement L'administration et la sécurité sociale déresponsabilisation des patients augmentation des tâches administratives augmentation des exigences des patients (24h/24h) L'hospitalo-centrisme La tendance à tout centrer sur une administration bureautique et rigide. "bugs" volume tâche administrative temps de travail relation humaine Trop compliqué pour beaucoup. l'absence de contact "face à face" le risque d'erreur par incompréhension L'obligation d'utiliser du matériel technologique dédié. La télémédecine est-elle une "mode" initiée par un lobby industriel? "le risque d'erreurs et la responsabilité du médecin. La légèreté du diagnostique qui repose sur des données lointaines et non vérifiables." intrusion d'un

élément extérieur gênant la confiance du patient , réduisant le secret professionnel et favorisant l'appât des assurances sociales Equipements informatiques et le temps passé Complexité technique Moins de temps encore pour la formation et plus de tâches administratives. Pas de contact avec les patients et les autres professionnels Dépersonnalisation. Risque d'erreur thérapeutique "consultation moins bien rémunérée qu une consultation normale utilisation compliquée du matériel pas d'aide de la sécurité sociale" le non respect de la confidentialité Pas d'opinion Réseau "ville hôpital" temps formation / coût investissement "coût mésusage par les patients absence de relation ville-hôpital" - Temps consacré non rémunéré. - Complexité. - Mauvaise coordination. - Le manque de suivi. - La perte d'une relation médecin-malade dans sa globalité, l'absence d'un contact physique (ne serait ce qu'une poignée de main). La technologie non adaptée les limites de cette pratique mal précisées, la rémunération du ralais Comme souvent une activité reposant sur le bénévolat la multiplicité des formats, l'augmentation de l'administratif et l'individualisme Le temps supplémentaire de travail en rapport avec la mise en place de cette nouvelle activité. D'OUBLIER LA FINALITÉ DE LA DÉMARCHE l'obligation, le coût, l'entretien... Le caractère obligatoire, la non-rémunération, la non définition des responsabilités, l'absence d'encadrement clair Absence de fiabilité de l'informatique (bugs réguliers avec les logitiels actuels), temps à y consacrer Nuisible et dangereux en l'absence d'examen clinique le fait que les patients pensent qu'on peut tout faire par télémédecine et deviennent des consommateurs - la gestion administrative par l'hôpital - pire encore par la Sécurité Sociale qui n'a rien à faire la dedans Perte de temps ou temps disponible réduit Rapidité de réponse ou d'intervention Rémunération insuffisante formation inssuffisante la systématisation à n'importe quel prix Confidentialité, coût, mise en place technique Affaiblissement patient médecin L'immiscion des financeurs et rembourseurs dans ce dispositif qui doit rester santé et médical pur. absence de rémunération adéquate, lenteur administrative +++ et impéritie des tutelles Manque d'aide et d'information. La non gestion par des médecins La multiplicité des intervenants et de l'administration - Rémunération. - Contraintes administratives. La faible rémunération de ces actes et leur banalisation entraînant leur multiplication inutile. perte du contact humain Réticence des acteurs (personnel soignant) TOUT Le respect du secret médical L'erreur de diagnostic sans examen physique Frein : technologie lourde, coûteuse, problème de maintenance, chronophage. L'absence de rémunération, de formation et de contrôle par un organisme d'Etat. Déremboursement sécu. L'absence de rémunération. chronophage Les moyens humains et financiers le temps de travail supplémentaire La non prise en compte de la confidentialité. La non prise en compte financière des surcoûts. La perte de temps doublon l'informatique n'est toujours pas fiable pour les non initiés et les non informaticiens Le temps Le respect de confidentialité Pas de clinique vrai. Pas de contact avec le patient. Augmentation des consultations. Perte de temps. coût prise en charge hospitalo-centrée sans évaluation par les praticiens de terrain La maintenance de l'équipement informatique. - le prix - l'absence de compatibilité matériels de temps - le respect du secret médical et la confidentialité des correspondances et des échanges à respecter ++ La non (ou mauvaise) rémunération du temps passé par les soignants. la mauvaise gestion de la confidentialité L'individualisme. La perte de la relation singulière du patient et du médecin, la perte du sens "sémiologique" la "dilution" des responsabilités. incompatibilité Les actes nécessitent la présence des patients. Les diagnostics de pathologie muqueuse aussi car palpation indispensable. - les plantages informatiques - le manque ou l'absence de reconnaissance du travail fourni TEMPS TROP LONG DU DÉLAI DE RÉPONSE relation médecin-patient La lourdeur administrative y afférant. La difficulté de faire correspondre les créneaux horaires l'absence de rémunération correcte l'absence de prise en compte de la responsabilité du praticien. être harcelé Le montage inadéquat qui consomme du temps et transforme l'acte médical en acte ingénieur fiabilité, maintenance, coût, rémunérationContraire de réponse 24. La relation humaine avec le patient "Le coût et le manque de temps disponible. Les risques d'erreur de prise en charge" Moins de relation patient médecin non respect confidentialité et éventuelle perte de temps Perte de relation humaine. surcharge de travail pour une rémunération qui ne serait pas adaptée pas assez de remémoration, coordination insuffisante; les médecins traitants ont le rôle principal pour signaler un problème de recevoir des soins pour des patients, liste d'attentes, il faut que la télémédecine est une solution pour ça. Confidentialité des données Faisabilité du diagnostic devant l'absence d'examen clinique Complexité administrative Activité chronophage Role des responsabilités mal définis Rémunération sur quelle base Déshumanisation de la pratique le temps !! Coût Temps passé Non respect secret médical Commerce sur les matériels et moyens par le secteur privé la confidentialité et le secret professionnel que la coordination du réseau soit assurée par un médecin "coût chronophage problèmes liés à la technique (fonctionnement, logiciels, matériels) nomenclatures et remboursements par l'organisme maladie?" L'incompréhension de la technique et de l'utilité. - chronophage - coût de l'équipement - quid de la rémunération Personnels soignants non formés, le coût, la surcharge de travail. La diminution de la relation Chronophage dans des emplois du temps déjà explosés. Tout ce ne sera pas plus médecine, mais comme on veut tuer les médecins... matériel lourd. temps sur écran. réseau inefficace. La mise en place anarchique, au coup par coup manque de temps la non rétribution juste du travail fourni complexité administrative et protocolisation des données un équipement cher Des actes non rémunéré correctement une aggravation des protocoles, taches administratives une augmentation du temps de travail (il faut forcement du temps pour consulter, interpréter et réagir aux données recueil liés. -relation avec patient -certaines consultations (dermato, neurologie) difficiles à réaliser un équipement informatique trop lourd et trop coûteux - Chronophage. - Non rémunéré. - perte du contact humain -risque d'altérer la confidentialité coût de l'équipement médical et informatique, taches administratives L'utilisation de ces techniques par dépit (manque de temps pour le faire autrement) Le prix pour le patient "la moyenne ne comprend déjà pas grand chose Alors là,nous voilà à la télé" Une charge de travail encore supplémentaire! L'abandon du côté manuel de la pratique médicale Communication par internet par cryptage Absence de superviseur d'un professionnel de santé Tout à distance sans contact réel Les éventuels problèmes de confidentialité Intrusion de l'industrie pharmaceutique. formation perte de temps mise en route Risque concernant la responsabilité professionnelle. La multiplication des avis. La France vieillie en milieux rural et l'utilisation de nouvelle technologie pose problème. surcharge de

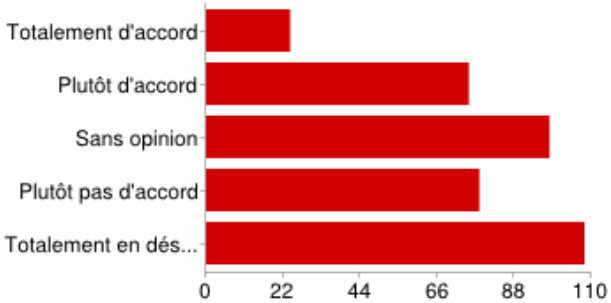
travail . horaires à rallonge. responsabilité La relation médecin-patient. Contraintes administratives. Gratuité. Interférences de la Sécurité Sociale ou des Mutuelles. pour ma profession, le contact et la relation avec le patient est un élément primordial qui s'opposerait à ce genre de pratique. le volume de tâches administratives idem Adaptation dans nos journée de travail. Risque de perte de temps Déjà trop de travail Pourquoi en avoir encore plus Je n'aime pas l'ordinateur (le travail sur...) Je préfère garder le contact humain Ce type d'exercice de la médecine ne devrait s'exercer que dans des conditions particulières (éloignements géographique) LE CONSERVATISME Indemnisation toujours insuffisante? Coût, temps de travail, perte de temps dans la relation humaine avec le patient Le contraire de ce qui a été sité ci-dessus; Pas de réévaluation des actes, plus de charges administratives et financières; Des logiciels buggués jusqu'à la moelle (demandez à Hellodoc); Un matériel complex et hors de prix; Perte de confidencialité des données; Situations prises en charge sans intérêt; L'absence d'amélioration des conditions de travail ou l'équivalent la dégradation des conditions de travail. 22 coordinateur non médecin - Tâches administratives - Problèmes informatiques - Confidentialité Incompatibilité du système informatique Un outil n'est pas mauvais en soi, c'est l'utilisation qui en est faite qui le rend bon ou mauvais ; donc informer plus avant. le temps demandé, la mauvaise qualité du diagnostic (je suis dermato) -non paiement des actes -bags informatiques -augmentation de la charge administrative -fiabilité de la confodentialité Usine à gaz Problèmes techniques. Prise en charge du surcoût. La multiplication de tâches non médicales en diminuant encore de façon drastique notre temps médical. La difficulté de mise en place : - de la connexion - du rdv des différentes parties - paperasse Si paperasse : bérézina assurée... Evolution vers un exercice exclusivement médiatisé Baisse de densité médecins La sous-traitance technicienne de l'acte médical sous l'alibi de la protocolarisation des soins en fonction des pathologies. le temps acceptabilité des patients surtout agées allergiques ou indifférents à l 'informatique"mauvaise formation des utilisateurs accroissement du travail sur ""le dos "" des médecins comme d'habitude" surcharge administrative mise ne place d'une "usine à gaz" visant à tout contrôle La précipitation, la non préparation Chronophage. le coût

26) Concernant le mode de rémunération, accepteriez-vous de pratiquer la télémédecine et/ou la domomédecine si la rémunération se fait :
À l'acte



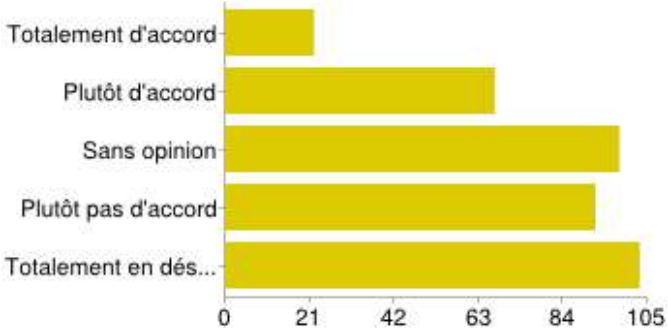
Totalement d'accord	154	40 %
Plutôt d'accord	119	31 %
Sans opinion	71	18 %
Plutôt pas d'accord	14	4 %
Totalement en désaccord	27	7 %
NSP	12	
Total	397	

Au forfait par pathologie



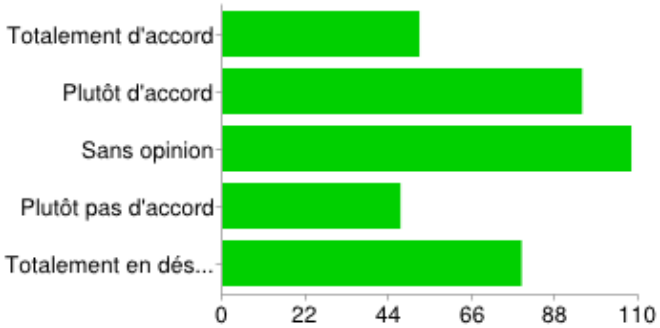
Totalement d'accord	24	6 %
Plutôt d'accord	75	20 %
Sans opinion	98	26 %
Plutôt pas d'accord	78	20 %
Totalement en désaccord	108	28 %
NSP	14	
Total	397	

Au forfait par patient (capitation)



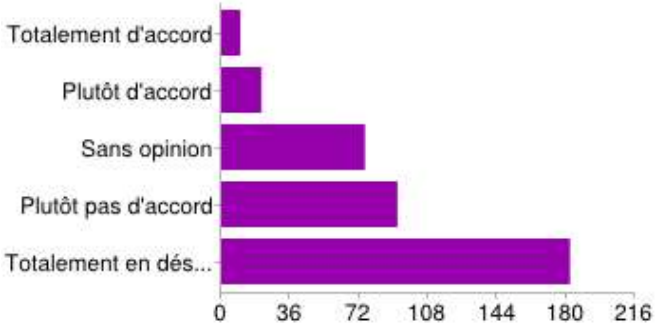
Totalement d'accord	22	6 %
Plutôt d'accord	67	18 %
Sans opinion	98	26 %
Plutôt pas d'accord	92	24 %
Totalement en désaccord	103	27 %
NSP	15	
Total	397	

De façon hybride, à l'acte et au forfait



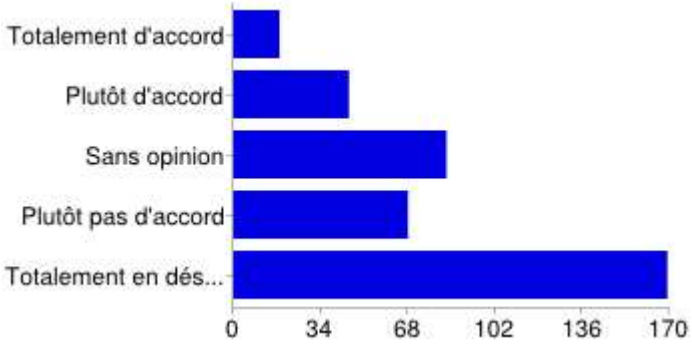
Totalement d'accord	52	14 %
Plutôt d'accord	95	25 %
Sans opinion	108	28 %
Plutôt pas d'accord	47	12 %
Totalement en désaccord	79	21 %
NSP	16	
Total	397	

Au sein du paiement à la performance (rémunération sur objectifs)



Totalement d'accord	10	3 %
Plutôt d'accord	21	6 %
Sans opinion	75	20 %
Plutôt pas d'accord	92	24 %
Totalement en désaccord	182	48 %
NSP	17	
Total	397	

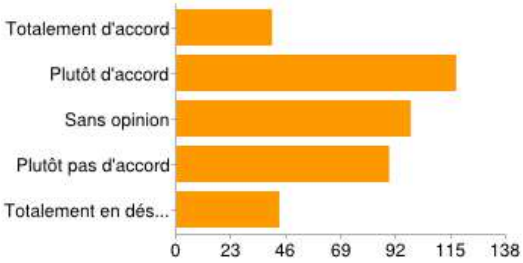
Par le salariat



Totalement d'accord	18	5 %
Plutôt d'accord	45	12 %
Sans opinion	83	22 %
Plutôt pas d'accord	68	18 %
Totalement en désaccord	169	44 %
NSP	14	
Total	397	

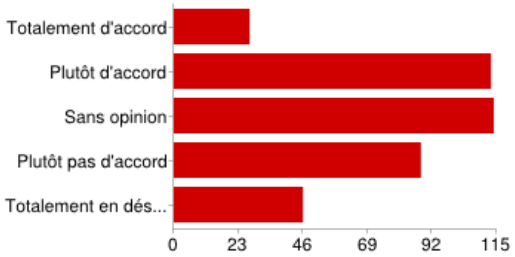
Partie 2 : votre motivation, satisfaction et perception de votre activité dans son cadre actuel

1) Diriez-vous que l'introduction des normes de bonnes pratiques a eu un impact positif sur :
L'autonomie de votre pratique



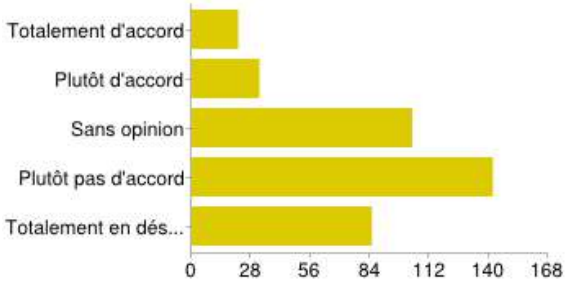
Totalement d'accord	40	10 %
Plutôt d'accord	117	30 %
Sans opinion	98	25 %
Plutôt pas d'accord	89	23 %
Totalement en désaccord	43	11 %
NSP	10	
Total	397	

L’organisation de votre travail



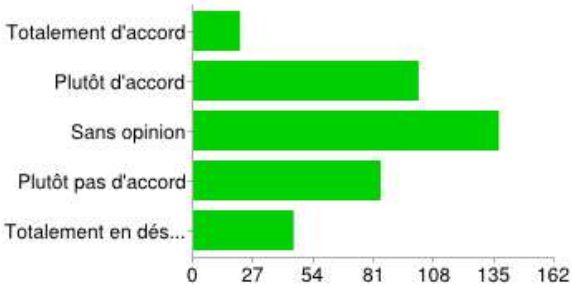
Totalement d'accord	27	7 %
Plutôt d'accord	113	29 %
Sans opinion	114	29 %
Plutôt pas d'accord	88	23 %
Totalement en désaccord	46	12 %
NSP	9	
Total	397	

Le volume de charges administratives



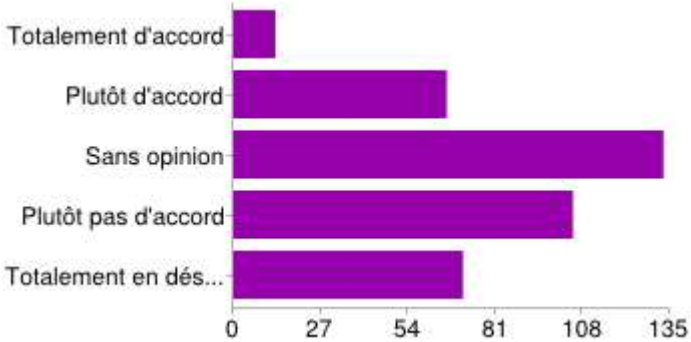
Totalement d'accord	22	6 %
Plutôt d'accord	32	8 %
Sans opinion	104	27 %
Plutôt pas d'accord	142	37 %
Totalement en désaccord	85	22 %
NSP	12	
Total	397	

Votre relation avec vos patients



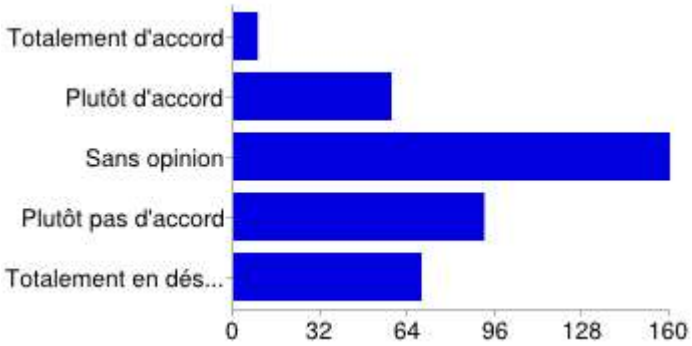
Totalement d'accord	21	5 %
Plutôt d'accord	101	26 %
Sans opinion	137	35 %
Plutôt pas d'accord	84	22 %
Totalement en désaccord	45	12 %
NSP	9	
Total	397	

Votre relation avec les organismes payeurs (CNAM, complémentaires santé)



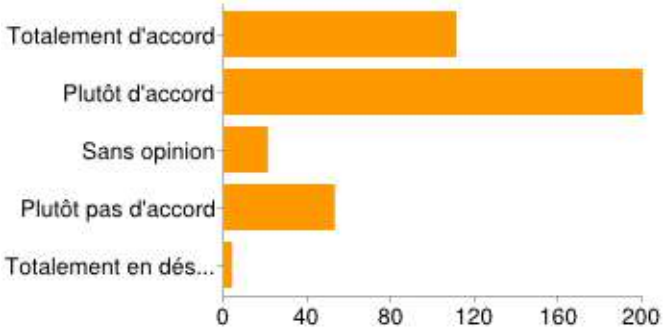
Totalement d'accord	13	3 %
Plutôt d'accord	66	17 %
Sans opinion	133	34 %
Plutôt pas d'accord	105	27 %
Totalement en désaccord	71	18 %
NSP	9	
Total	397	

Votre rémunération



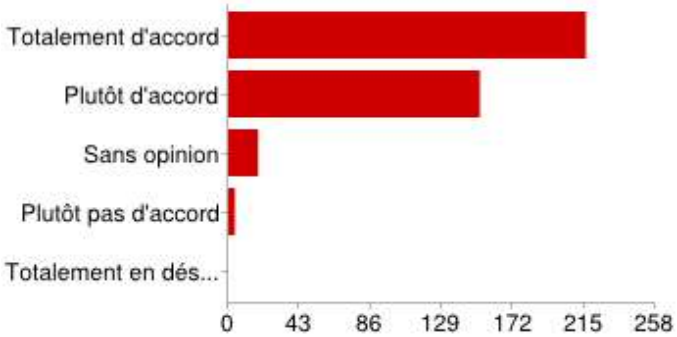
Totalement d'accord	9	2 %
Plutôt d'accord	58	15 %
Sans opinion	160	41 %
Plutôt pas d'accord	92	24 %
Totalement en désaccord	69	18 %
NSP	9	
Total	397	

2) Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :
Je dispose d'une grande autonomie dans la réalisation de mon travail



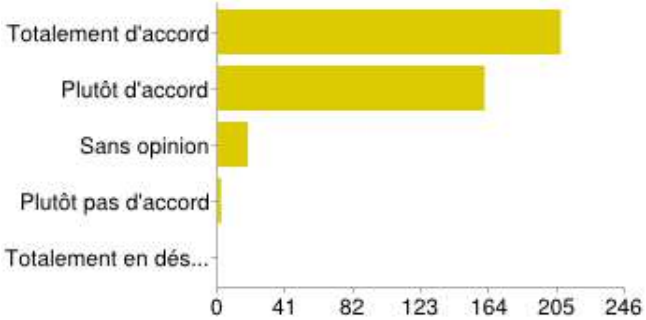
Totalement d'accord	111	29 %
Plutôt d'accord	200	51 %
Sans opinion	21	5 %
Plutôt pas d'accord	53	14 %
Totalement en désaccord	4	1 %
NSP	8	
Total	397	

Mon travail requiert de ma part des compétences nombreuses et complexes



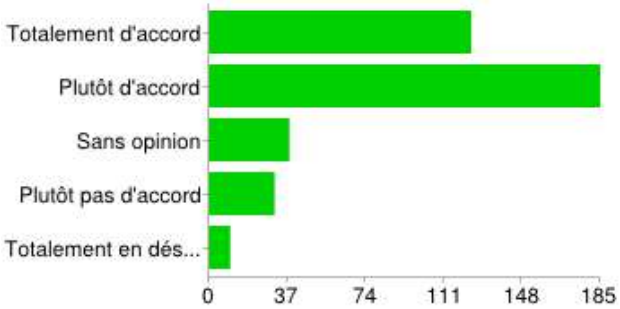
Totalement d'accord	216	55 %
Plutôt d'accord	152	39 %
Sans opinion	18	5 %
Plutôt pas d'accord	4	1 %
Totalement en désaccord	0	0 %
NSP	7	
Total	397	

Mon travail fait souvent appel à mon initiative et à mon jugement personnel



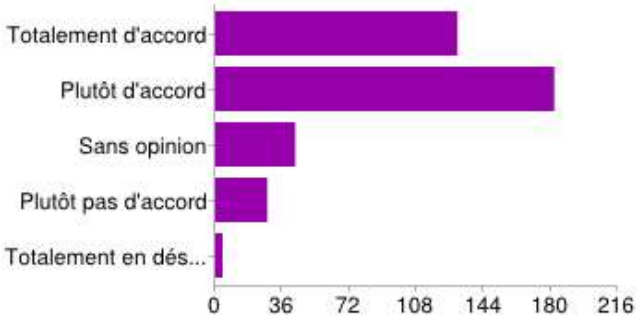
Totalement d'accord	207	53 %
Plutôt d'accord	161	41 %
Sans opinion	18	5 %
Plutôt pas d'accord	2	1 %
Totalement en désaccord	0	0 %
NSP	9	
Total	397	

Actuellement, j'ai le sentiment de m'accomplir dans mon travail



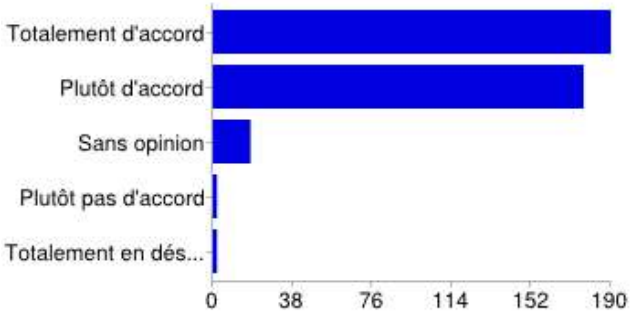
Totalement d'accord	124	32 %
Plutôt d'accord	185	48 %
Sans opinion	38	10 %
Plutôt pas d'accord	31	8 %
Totalement en désaccord	10	3 %
NSP	9	
Total	397	

J'éprouve beaucoup de plaisir à exercer mon métier



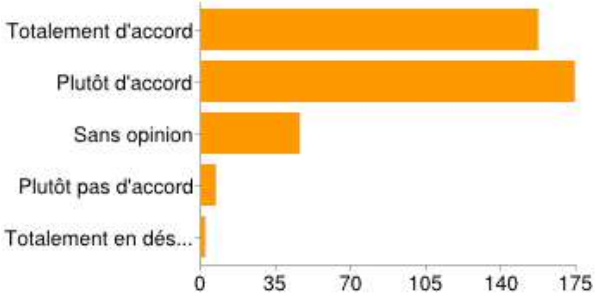
Totalement d'accord	130	34 %
Plutôt d'accord	182	47 %
Sans opinion	43	11 %
Plutôt pas d'accord	28	7 %
Totalement en désaccord	4	1 %
NSP	10	
Total	397	

J’éprouve beaucoup de plaisir à apprendre de nouvelles choses dans mon métier



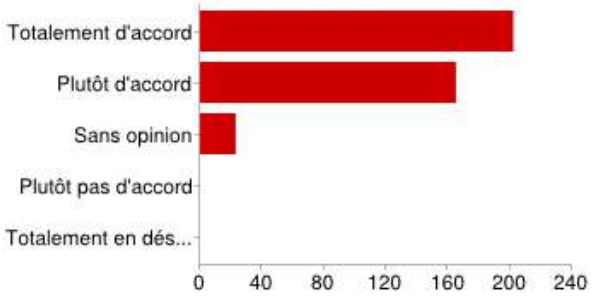
Totalement d'accord	190	49 %
Plutôt d'accord	177	46 %
Sans opinion	18	5 %
Plutôt pas d'accord	2	1 %
Totalement en désaccord	2	1 %
NSP	8	
Total	397	

J’éprouve de la satisfaction lorsque je relève des défis intéressants



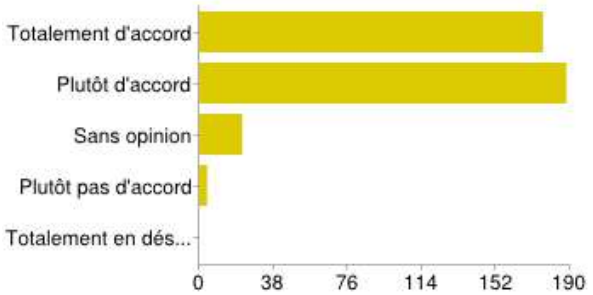
Totalement d'accord	157	41 %
Plutôt d'accord	174	45 %
Sans opinion	46	12 %
Plutôt pas d'accord	7	2 %
Totalement en désaccord	2	1 %
NSP	11	
Total	397	

Je tiens réellement à être compétent(e) dans mon travail, et dans le cas contraire je serais déçu(e)



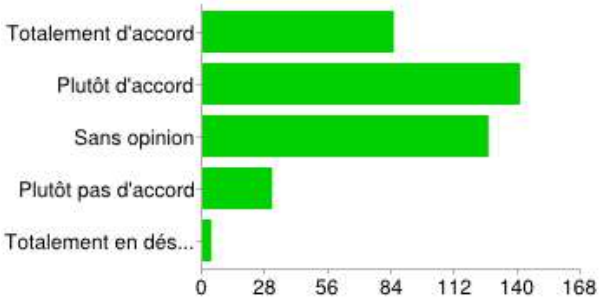
Totalement d'accord	202	52 %
Plutôt d'accord	165	42 %
Sans opinion	23	6 %
Plutôt pas d'accord	0	0 %
Totalement en désaccord	0	0 %
NSP	7	
Total	397	

J'éprouve du plaisir à approfondir mes connaissances sur de nombreux aspects relatifs à mon travail



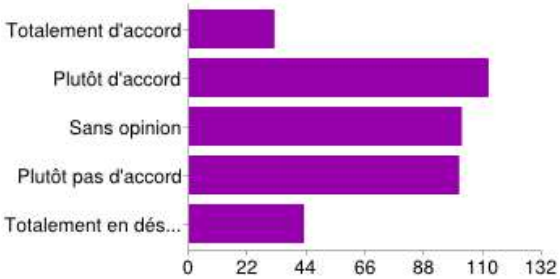
Totalement d'accord	176	45 %
Plutôt d'accord	188	48 %
Sans opinion	22	6 %
Plutôt pas d'accord	4	1 %
Totalement en désaccord	0	0 %
NSP	7	
Total	397	

Je tiens énormément à réussir ma carrière professionnelle



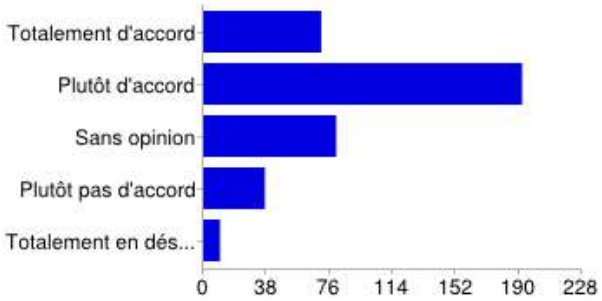
Totalement d'accord	85	22 %
Plutôt d'accord	141	36 %
Sans opinion	127	33 %
Plutôt pas d'accord	31	8 %
Totalement en désaccord	4	1 %
NSP	9	
Total	397	

Le cadre règlementaire de mon exercice libéral me permet de réussir ma carrière professionnelle comme je le souhaite



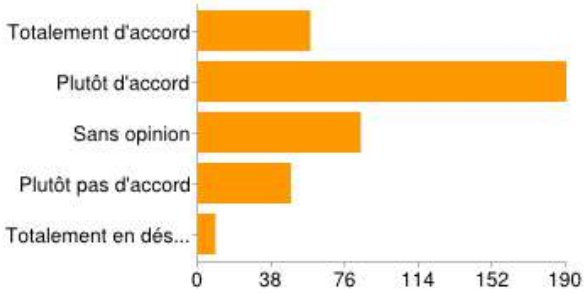
Totalement d'accord	32	8 %
Plutôt d'accord	112	29 %
Sans opinion	102	26 %
Plutôt pas d'accord	101	26 %
Totalement en désaccord	43	11 %
NSP	7	
Total	397	

La zone géographique dans laquelle j'exerce mon métier me permet de réussir mon activité professionnelle comme je le souhaite



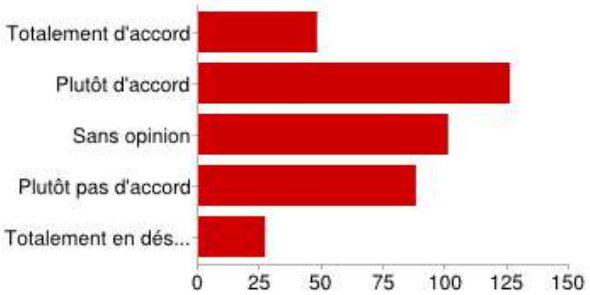
Totalement d'accord	71	18 %
Plutôt d'accord	192	49 %
Sans opinion	80	21 %
Plutôt pas d'accord	37	9 %
Totalement en désaccord	10	3 %
NSP	7	
Total	397	

Les relations que j'entretiens avec mes pairs me permettent de réussir mon activité professionnelle comme je le souhaite



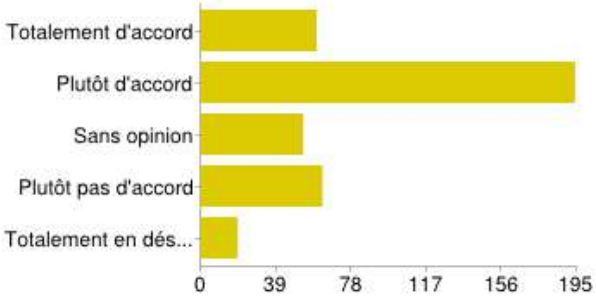
Totalement d'accord	58	15 %
Plutôt d'accord	190	49 %
Sans opinion	84	22 %
Plutôt pas d'accord	48	12 %
Totalement en désaccord	9	2 %
NSP	8	
Total	397	

J’exerce ce métier car c’est celui que je préfère pour m’assurer un bon niveau de vie



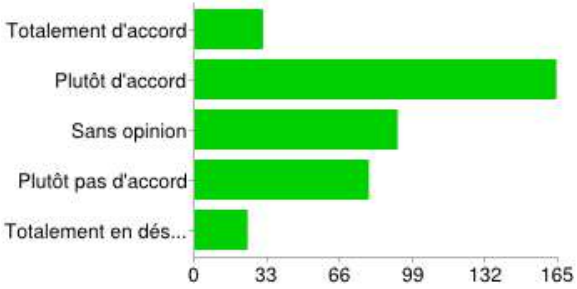
Totalement d'accord	48	12 %
Plutôt d'accord	126	32 %
Sans opinion	101	26 %
Plutôt pas d'accord	88	23 %
Totalement en désaccord	27	7 %
NSP	7	
Total	397	

La rémunération associée à mon exercice professionnel me permet de vivre convenablement



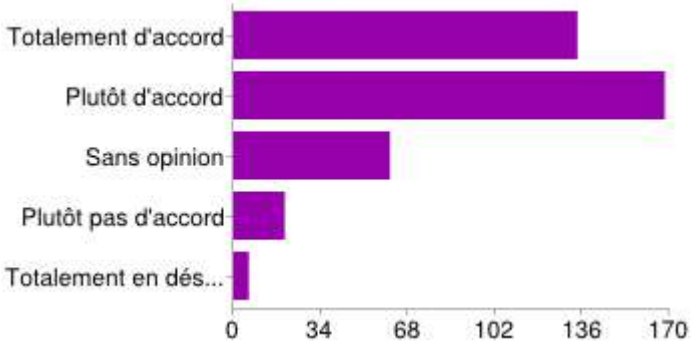
Totalement d'accord	60	15 %
Plutôt d'accord	194	50 %
Sans opinion	53	14 %
Plutôt pas d'accord	63	16 %
Totalement en désaccord	19	5 %
NSP	8	
Total	397	

Mon niveau de vie et ma rémunération sont déterminants dans ma satisfaction professionnelle



Totalement d'accord	31	8 %
Plutôt d'accord	164	42 %
Sans opinion	92	24 %
Plutôt pas d'accord	79	20 %
Totalement en désaccord	24	6 %
NSP	7	
Total	397	

Ma réussite familiale est déterminante dans ma satisfaction professionnelle



Totalement d'accord	134	34 %
Plutôt d'accord	168	43 %
Sans opinion	61	16 %
Plutôt pas d'accord	20	5 %
Totalement en désaccord	6	2 %
NSP	8	
Total	397	

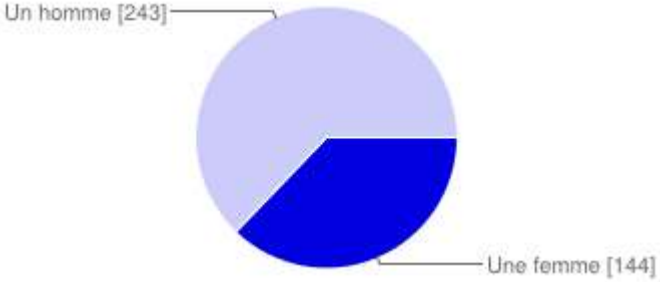
Partie 3 : renseignements d'ordre général

1) Quelle est votre date de naissance ?

1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1982 1983 1980 1981 1934 196 1945 1944 1947 1946 1949 1948 1941 1959 1958 19571956 1955 1954 1953 1952 1951 1950 1967 1966 1969 1968 1963 1962 1965 1964 1961 1960 NSP : 18

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
1934	1
1941	1
1944	1
1945	4
1946	6
1947	7
1948	14
1949	19
1950	10
1951	14
1952	20
1953	20
1954	28
1955	12
1956	14
1957	24
1958	8
1959	20
1960	20
1961	9
1962	15
1963	13
1964	13
1965	8
1966	13
1967	3
1968	4
1969	4
1970	10
1971	5
1972	6
1973	5
1974	5
1975	4
1976	1
1977	1
1978	2
1979	1
1980	3
1981	6
1982	4
1983	1
(vide)	18
Total général	**397**

2) Êtes-vous :

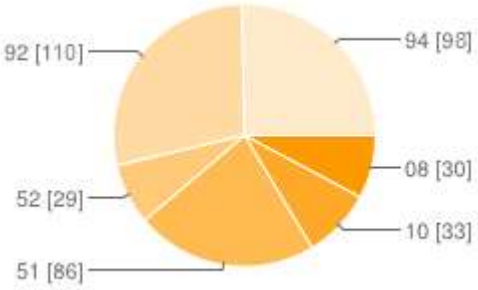


Une femme	144	37 %
Un homme	243	63 %
NSP	10	
Total	397	

3a) Quel est le code postal de votre cabinet ?

10130 92220 94190 51000 94120 10200 08500 51370 92160 94270 08XXX 51230 94200 51XXX 92350 92210 92200 08700 92150 10000 51430 9240092290 94400 94490 94310 92700 94000 92240 94290 51100 92500 10270 92340 94210 10220 921 40 08100 51300 08000 51400 51700 51110 9223092330 51800 51210 94130 92XXX 94220 51380 92130 94520 51500 10120 52290 10500 52000 94160 51530 92260 52100 94230 51130 10300 1024092120 94300 92390 08250 08110 51520 92250 523 70 92300 94240 10100 92190 51470 51120 92110 52260 94500 92800 92380 94600 52600 0819094250 92310 52400 92100 9 4100 52500 92000 94XXX 10XXX 94450 92600 94350 92370 52XXX 52800 92170 08460 94260 51350 51240 94800 94700 94170 NSP : 11

3b) Quel est le département de votre cabinet ?



08	30	8 %
10	33	9 %
51	86	22 %
52	29	8 %
92	110	28 %
94	98	25 %
NSP	11	
Total	397	

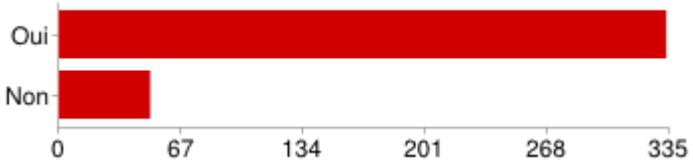
4) Depuis combien d'années pratiquez-vous la médecine ?

35 36 33 34 39 37 38 43 42 41 40 22 23 24 25 26 27 28 29 3 2 7 30 6 5 32 31 4 8 19 17 18 15 16 13 14 11 12 2120 10 45 44 47 52 NSP : 24

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse		
2	3	26	14
3	4	27	6
4	5	28	14
5	1	29	9
6	1	30	41
7	5	31	4
8	3	32	12
10	8	33	17
11	3	34	13
12	6	35	20
13	4	36	9
14	5	37	3
15	10	38	10
16	5	39	6
17	7	40	11
18	8	41	2
19	3	42	2
20	22	43	1
21	4	44	3
22	8	45	1
23	13	47	1
24	13	52	1
25	32	(vide)	24
		Total général	**397**

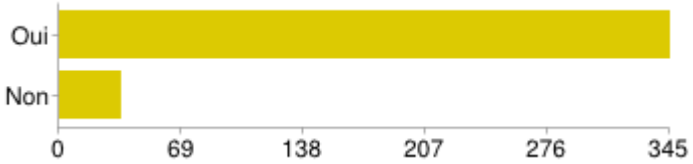
5) Situation matrimoniale

Vivez-vous en couple ?



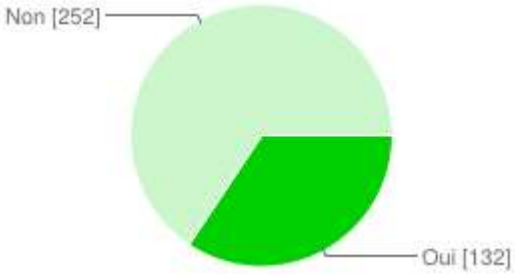
Oui	333	87 %
Non	50	13 %
NSP	14	
Total	397	

Avez-vous des enfants ?



Oui	345	91 %
Non	35	9 %
NSP	17	
Total	397	

6) Avez-vous des engagements de type syndical, ordinal ou associatif ?



Oui	132	34 %
Non	252	66 %
NSP	13	
Total	397	

Si oui, précisez

Associations professionnelles, Sociétés savantes. Président de Réseau de Santé Membre du CA de plusieurs associations Ordre MSP associatif divers secrétaire CSMF94, membre du conseil d administration du SNDV, conseiller ordinal suppléant Trésorière de 2 associations médicales réseau de soins "ordinal associatif mais aussi président d'association et de congrès" les 3!! ALPS Association Partenaire Santé ordinal et associatif SMG + revue pratique Poste de santé Réseaux de santé Président de la chambre agricole syndical ONG Syndicat, Ordre, Groupe EPU, CPL avec CPAM, Cercle de réflexion philosophique CA Syndicat national ORL Président ORL-DPC Ordinal Association professionnelle et loisir Club Associatif de Plongée MGF Administrateur syndicat pour régions Membre bureau syndicat Humanitaire à Madagascar "bureau" de l'association de formation locale Association loi 1901 "président de syndicat de médecins libéraux élu URPS médecins libéraux délégué départemental de la CARMF" Amicale des Anciens de la Faculté Délégué Régional de Syndicat Pas le temps MG France CNGE SFMG Addica Carediab Associations localesEnseignement Association FMC cadre syndical Association des médecins de ma spécialité Ordre des médecins, présidence réseau périnatalité, présidence CHE, élue nationale du planning familialeSyndicat associatif Membre fondateur de l'association FMC Choledoc SFED SYNMAD Président MMG vif Délégué CARMF "Président d'une association pédiatrique (APCA) membre du SNPF (syndicat national des pédiatres de France)" FMC MG 51 "Médecin sapeur pompier volontaire Médecin de fédération sportive départementale Ancien président d'association cantonale d'éducation populaire" Président de l'association des médecins régulateurs libéraux AMERLI. étude de faisabilité d'un projet de maison médicale SCM Institut médico-éducatif MG France Résident Association des Médecins ordre des médecins, association de formation professionnelle, formation des infirmières , conseiller municipal etc .. FMC Association garde Ordre, associations, syndicat SNOFMédecin pompier J'ai eu. Président d'URML. 30 ans Président d'une association de FMC. URPS, Conseil de l'ordre, CPL, Conférence de territoire Adhérent MG - AMG, association médecins gays. - Syndicats des gunécos - SNMS, Syndicat médecins sexo Secrétaire FMC Association de médecins gays AMG devenue aujourd'hui assoc des médecins des LGBT SML UFML SNPF AFPA membre du CA de l'AFPA "responsable pédagogique d'association de FMC (100 membres) membre de la SFDRMG, de l'UNAFORMEC" Présidente des pédiatres libéraux pendant 8 ans. Adhérent syndicalSyndicat - Associatif Trésorière FMC Ordinal + Associatif Responsable FMC Membre (+ ou - actif) de syndicats : SNMHF, SNMAF, SML. Membre de diverses associations locales et nationales orientées sur l'aide aux gens en difficulté. Représentant régional syndicat dermato+responsable Syndiqué Les 3 "syndical élu au urps idf conseiller ordinal suppléant" Syndicat des Psychiatres Français Commission de qualification CME Clinique SCOUTS FNS2O SML Formateur dans une association de formation médicale continue agréée par OGDPC et URSSAF CNGE SFTG MG FRANCE je cotise et participe à mon syndicat vertical ... un peu Membre d'une association de formation professionnelle Sociétés savantes Associatif URPS IDF CDOM 92 FMC syndicatsALPS Le syndicat médicale Syndicat FMC CDPS Président de syndicat professionnel départemental Elu URPS ML csmf snpf ALPS SSIAD Formation continue Permanence des soins Praticien agréé Maître de Stage des Universités AFPA Inscrit au SML Syndicat MG France "Tresorier syndicat med gene representant local syndicat des enseignants de MG secretaire adj FMC Responsable local PDS" J'avais été obligée d'arrêter pour problème de santé membre titulaire du conseil de l'ordre des médecins Simple cotisant syndical ARHS - SNMR L'amicale des médecins COD 92abandon syndicat Membre conseil ordre association Femachamp trésorière association CSMF et SPF Syndicat, FAC président club tennis, président d'un syndicat de médecins isolés CSMF URML (président pendant 10 ans) SAC (président pendant 15 ans

7a) Quelle(s) spécialité(s) pratiquez-vous ?

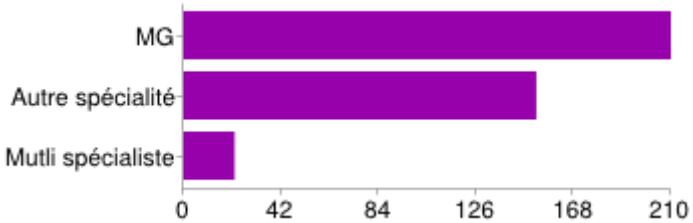
Acupuncture Radiologue Omnipraticien MG MG + Acupuncture Gynécologie Cardiopédiatrie MG endocrino-diabète Angiologie médecine physique de réadaptation psychiatrie enfant et

adolescent Angiologue Imagerie Stomatologie Dermatogie ORL remplaçant Diagnostic anténatal et échographie gynéco-obstétricale uniquement Pédiatrie Gynécologue Obstétricien MG addictologie Dermato Gynéco Anatomie Patholigique O.R.L Neurologie Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie gynécologie ORL-Chirugie cervicofaciale Psychiatrie - Pedo-Psychiatriedermatologie Endocrinologue Maladies vasculaires Médecin à exercice particulier (MEP) Omni cardiologie MEP Allergologue exclusif Pédriatrie mésothérapie nutrition médecin anti âgeMédecine Traditionnelle Chinoise à 90% et Médecine Générale à 10% hépato gastro entérologie Allergologie Hépato-Gastro-Entérologie MG/Médecine du sport/ gériatrie/urgences Gastro-Entérologie Psychiatrie Rééducation fonctionnelle + ostéopathe + bvd Gastroentérologie Rhumatologie Angéiologie ORL pathologie Radiologie psychiatrie MG et osthéopatheCardiologie gynéco obstétrique ophtalmologie Gynéco obst et sexologue Dermatologie Dermato Cancero Anesthésie Réanimation MG/Médecine du sport Omnipraticien Gynécologie Médicale Acupuncture, hypnose MG, echographe MG,Gériatrie Pedo-Psychiatrie Médecine vasculaire rhumatologie Homéopathie MG + Neuroradiologie pédiatrie dermato vénéréologuePneumologie Ophtalmologie Gérontologie MG - Homéopathie radiologie Anesthésie-Réanimation Endocrinologie Gynécologue Obstétricien et Sexologue Gynéco obstétrique Médecine Générale et du Sport psychiatre NSP : 11

Nombre de Type de réponse	
Étiquettes de lignes	Somme
Acupuncture	1
Acupuncture, hypnose	1
Allergologie	3
Allergologue exclusif	1
Anatomie Patholigique	1
Anesthésie Réanimation	1
Anesthésie-Réanimation	1
Angéiologie	1
Angiologie	2
Angiologue	1
Cardiologie	9
Cardiopédiatrie	1
Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	1
Dermato	1
Dermato Cancero	1
dermato vénéréologue	1
Dermatogie	5
dermatologie	13
Diagnostic anténatal et échographie gynéco-obstétricale uniquement	1
endocrino-diabète	1
Endocrinologie	2
Endocrinologue	1
Gastro-Entérologie	1
Gastroentérologie	1
Gérontologie	1
Gynéco	1
Gynéco obst et sexologue	1
gynéco obstétrique	2
gynécologie	3
Gynécologie Médicale	2
Gynécologue Obstétricien	3
Gynécologue Obstétricien et Sexologue	1
hépato gastro entérologie	1
Hépato-Gastro-Entérologie	3
Homéopathie	1
Imagerie	1
Maladies vasculaires	1
Médecin à exercice particulier (MEP)	1
Médecine Générale et du Sport	4
médecine physique de réadaptation	1
Médecine Traditionnelle Chinoise à 90% et Médecine Générale à 10%	1
Médecine vasculaire	1
MEP	1
mésothérapie nutrition médecin anti âge	1
MG	207
MG - Homéopathie	1
MG + Acupuncture	1
MG + Neuroradiologie	1
MG addictologie	1
MG et osthéopathe	1
MG, echographe	1
MG,Gériatrie	1
MG/Médecine du sport	1
MG/Médecine du sport/ gériatrie/urgences	1
Neurologie	4
O.R.L	2
Omni	1

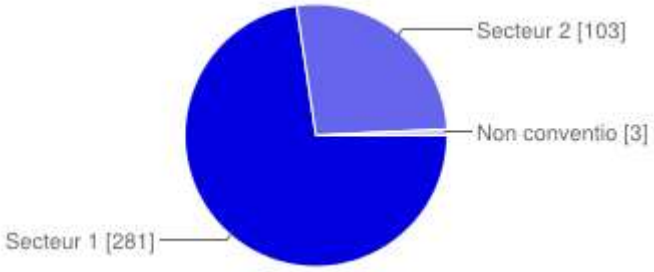
Omnipraticien	1
Omnipraticien MG	1
ophtalmologie	16
ORL	2
ORL remplaçant	1
ORL-Chirugie cervicofaciale	1
pathologie	1
pédiatrie	16
Pedo-Psychiatrie	1
Pédriatrie	1
Pneumologie	1
psychiatre	1
Psychiatrie	16
Psychiatrie - Pedo-Psychiatrie	1
psychiatrie enfant et adolescent	1
radiologie	5
Radiologue	1
Rééducation fonctionnelle + ostéopathe + bvd	1
rhumatologie	11
Stomatologie	1
(vide)	11
Total	397

7b) Quelle(s) spécialité(s) pratiquez-vous ?



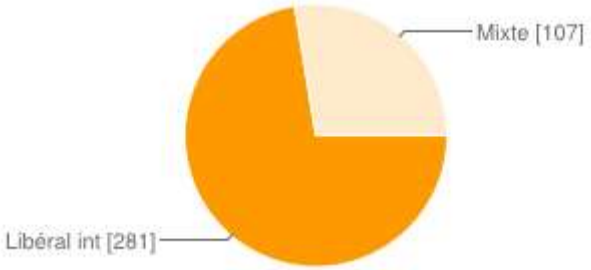
MG	211	55 %
Autre spécialité	153	40 %
Mutli spécialiste	22	6 %
NSP	11	
Total	397	

8) Quel est votre secteur d'exercice :



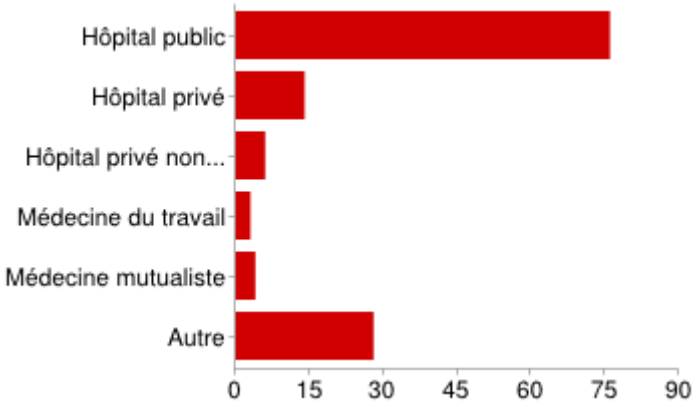
Secteur 1	281	73 %
Secteur 2	103	27 %
Non conventionné	3	1 %
NSP	10	
Total	397	

9) Quel est votre mode d'exercice ?



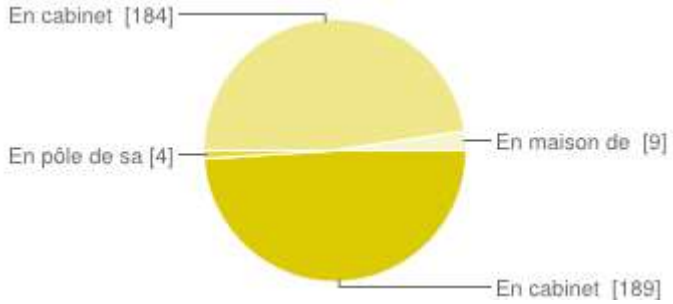
Libéral intégral	281	72 %
Mixte	107	28 %
NSP	9	
Total	397	

10) Si mixte :



Hôpital public	76	58 %
Hôpital privé	14	11 %
Hôpital privé non lucratif	6	5 %
Médecine du travail	3	2 %
Médecine mutualiste	4	3 %
Autre	28	21 %

11) Exercez-vous :



En cabinet individuel	189	49 %
En pôle de santé	4	1 %
En cabinet de groupe	184	48 %
En maison de santé pluridisciplinaire	9	2 %
NSP	11	
Total	397	

12a) En moyenne, avec combien de confrères avez-vous des échanges par jour travaillé ?
1 ou 2 3 2 1 0 7 6 15 à 20 5 4 8 0 à 1 1 à 7 1 à 5 15 1 à 2 20 0,5 2 à 3 2 à 4 2 à 5 3 à 5 3 à 4 10 2 à 3 4 à 5 5 à 6 4-5 5 à 10 2à3 >101 à5 Environ 5 par tél ou mail (hors courrier) NSP : 30

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0	27
0,5	1
1	86
2	62
3	44
4	20
5	35
6	5
7	7
8	3
10	20
15	6
20	4
>10	1
0 à 1	1
1 à 2	14
1 à 5	1
1 à 7	1
1 à5	1
1 ou 2	3
15 à 20	1
2 à 3	7
2 à 4	1
2 à 5	2
2à3	1
3 à 4	3
3 à 5	3
4 à 5	2
'4-5	1
5 à 10	1
5 à 6	2
Environ 5 par tél ou mail (hors courrier)	1
(vide)	30
Total général	**397**

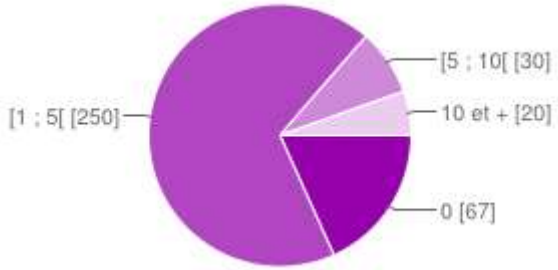
12b) En moyenne, avec combien de confrères avez-vous des échanges par jour travaillé ?

0	27	7 %
[1 ; 5[	254	69 %
[5 ; 10[	54	15 %
10 et +	32	9 %
NSP	30	
Total	397	

13a) En moyenne, avec combien de paramédicaux avez-vous des échanges par jour travaillé ?
3 0-1 2 1 0 7 6 5 4 8 1 à 5 15 1 à 3 1 à 2 0,1 0,5 2 à 3 2 à 4 3 à 4 10 4 à 5 1 à 5 5 à 7 4-5 Moins de 1 par jour 2à3 >10 1 à 15 NSP : 30

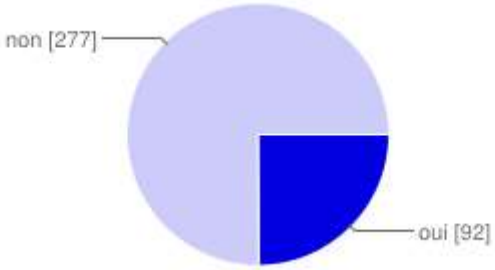
Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0	65
0,1	1
0,5	1
1	129
2	59
3	24
4	9
5	19
6	4
7	2
8	4
10	16
15	2
>10	1
0-1	1
1 à 15	1
1 à 2	14
1 à 3	2
1 à 5	2
2 à 3	3
2 à 4	1
2à3	1
3 à 4	1
4 à 5	2
'4-5	1
5 à 7	1
Moins de 1 par jour	1
(vide)	30
Total général	**397**

13b) En moyenne, avec combien de paramédicaux avez-vous des échanges par jour travaillé ?



0	67	18 %
[1 ; 5[	250	68 %
[5 ; 10[	30	8 %
10 et +	20	5 %
NSP	30	
Total	397	

14) Si vous travaillez avec un ensemble de correspondants, partagez-vous les dossiers patients ?



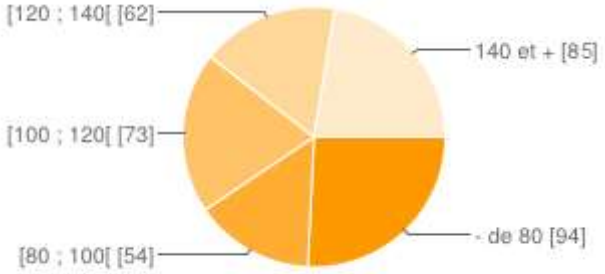
oui	92	25 %
non	277	75 %
NSP	28	
Total	397	

15a) En moyenne, combien d'actes médicaux réalisez-vous par semaine ?

150-200 200 à 250 35 70 à 100, grosse diminution depuis 3 ans 150 40 200 25 80 à 100 0 30 15 à 20 60 à 80 32 160 170 20 105 100 95 90 180 10 80-100 110 80 125 300 100 - 150 500 120 à 130 Environ 100 70 120 75 360 65 60 130 250 45 > 100 140 50 NSP : 29

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0	2
10	1
20	3
25	1
30	1
32	1
35	3
40	3
45	1
50	15
60	33
65	2
70	22
75	8
80	31
90	13
95	2
100	54
105	1
110	16
120	34
125	9
130	17
140	9
150	37
160	5
170	1
180	8
200	15
250	3
300	3
360	1
500	1
> 100	1
100 - 150	1
120 à 130	1
15 à 20	1
150-200	1
200 à 250	1
60 à 80	1
70 à 100, grosse diminution depuis 3 ans	1
80 à 100	2
80-100	1
Environ 100	1
(vide)	29
Total général	**397**

15b) En moyenne, combien d'actes médicaux réalisez-vous par semaine ?



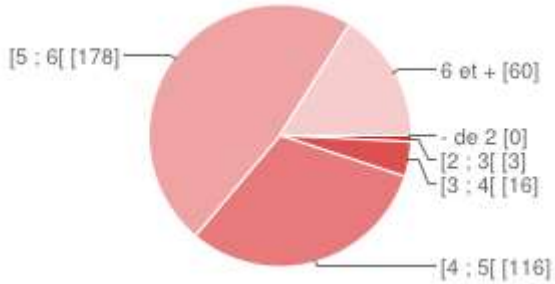
- de 80	94	26 %
[80 ; 100[	54	15 %
[100 ; 120[	73	20 %
[120 ; 140[	62	17 %
140 et +	85	22 %
NSP	29	
Total	397	

16a) En moyenne, combien de journées travaillez-vous par semaine ?

5,5 3 2 7 6 3,5 5 4 5 à 6 6 à 7 6,5 80 4,6 4,5 4 à 5 5 à 6 7,5 NSP : 24

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
2	1
3	10
3,5	8
4	64
4,5	52
4,6	1
5	141
5,5	34
6	52
6,5	4
7	1
7,5	1
4 à 5	1
5 à 6	2
6 à 7	1
(vide)	24
Total général	**397**

16b) En moyenne, combien de journées travaillez-vous par semaine ?



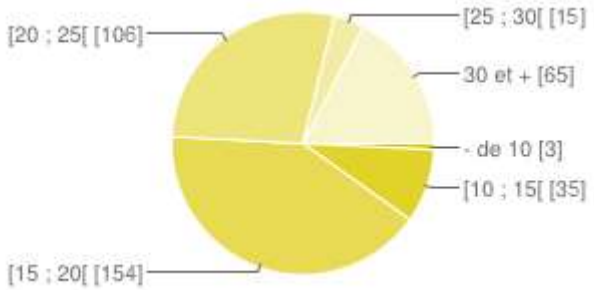
- de 2	0	0 %
[2 ; 3[	3	1 %
[3 ; 4[	16	4 %
[4 ; 5[	116	31 %
[5 ; 6[	178	48 %
6 et +	60	16 %
NSP	24	
Total	397	

17a) Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

35 37 40 > 30 23 25 7 30 15 à 20 17 18 15 15 à 20 13 14 12 10 à 30 20 10 à 15 20 à 30 20 à 25 10 12,5 30 à 40 5 à 10 17,5 60 12 à 15 457,5 15 à 30 NSP : 19

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
7	1
7,5	1
10	17
12	8
12,5	2
13	4
14	1
15	133
17	4
17,5	1
18	9
20	102
23	1
25	12
30	38
35	3
37	1
40	3
45	15
60	2
> 30	1
10 à 15	1
10 à 30	1
12 à 15	2
15 à 20	5
15 à 30	1
20 à 25	1
20 à 30	5
30 à 40	2
5 à 10	1
(vide)	19
Total général	**397**

17b) Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?



- de 10	3	1 %
[10 ; 15[	35	9 %
[15 ; 20[	154	41 %
[20 ; 25[	106	28 %
[25 ; 30[	15	4 %
30 et +	65	17 %
NSP	19	
Total	397	

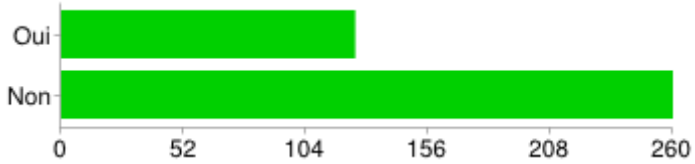
18) Quelle part de vos patients est bénéficiaire de la CMU ?

<5 3,34 35 40 8,5 0,41 25 3 2 1 7 30 6 5 4 9 8 ? 17 0,1% 18 10-20% 15 16 13 11 12 20 0,2 0,05 2 à 3 2 à 5 10 9,2 12,5 NSP 10,4 2,5 70 5 à 10 60 50 NSP : 42

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0,001	1
0,05	1
0,2	1
0,41	1
1	18
2	24
2,5	1
3	16
3,34	1
4	8
5	75
6	13
7	10
8	14
8,5	1
9	3
9,2	1
10	60
10,4	1
11	1
12	4
12,5	1
13	3
15	27
16	2
17	2
18	3
20	24
25	6
30	14
35	2
40	3
50	4
60	1
70	1
?	1
<5	1
10-20%	1
2 à 3	1
2 à 5	1
5 à 10	2
NSP	1
(vide)	41
Total général	**397**

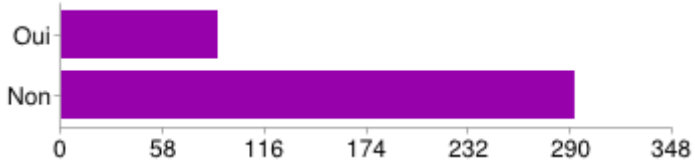
19) Votre exercice

Participer vous à un réseau de santé ?



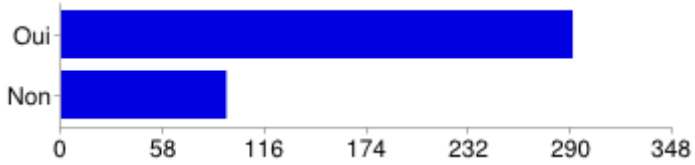
Oui	125	32 %
Non	260	68 %
NSP	12	
Total	397	

Êtes-vous formateur médical ou formateur continu médecin enseignant ?



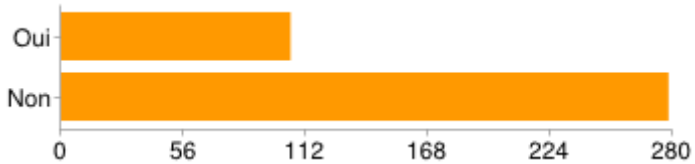
Oui	89	23 %
Non	292	77 %
NSP	16	
Total	397	

Quelle que soit votre spécialité, êtes-vous médecin traitant ?



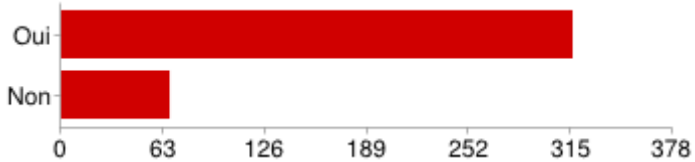
Oui	291	76 %
Non	94	24 %
NSP	12	
Total	397	

Participez-vous à un groupe de pairs ?



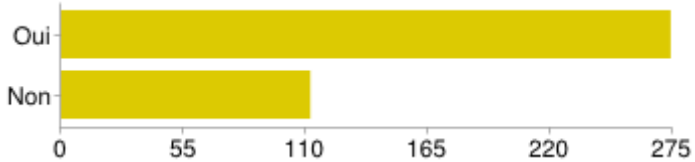
Oui	105	27 %
Non	278	73 %
NSP	14	
Total	397	

Tenez-vous à jour les dossiers patients informatisés ?



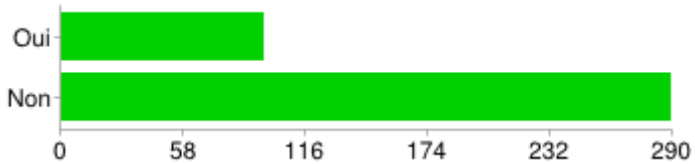
Oui	316	83 %
Non	67	17 %
NSP	14	
Total	397	

20) Dans votre pratique, utilisez vous :
Des guides de bonnes pratiques



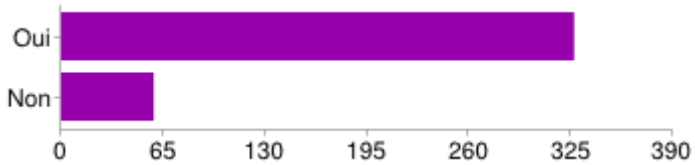
Oui	274	71 %
Non	112	29 %
NSP	11	
Total	397	

Des questionnaires patients préétablis



Oui	96	25 %
Non	289	75 %
NSP	12	
Total	397	

Un logiciel médical



Oui	327	85 %
Non	59	15 %
NSP	11	
Total	397	

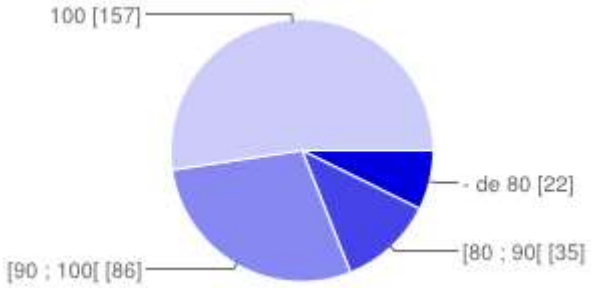
21) Quel est le montant de votre rémunération annuelle ?

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
9000	1
20000	1
21000	1
30000	8
35000	5
37000	1
38000	1
39000	2
40000	5
44000	1
45000	6
47000	1
47500	1
48000	1
50000	8
50500	1
52000	2
54000	1
55000	1
58000	1
60000	11
62000	1
63000	1
64000	1
65000	5
65890	1
66500	1
69000	1
70000	10
72000	2
75000	3
77000	2
78000	1
80000	16
83000	1
85000	1
88629	1
90000	11
92000	1
93000	1
95230	1
96000	2
100000	14
110000	4
115000	2
120000	6
125000	1
130000	7
136000	1
138000	1
140000	8
141000	2
150000	8
160000	3
161000	1
180000	3
190000	1
195000	1
200000	5
280000	1
300000	1
320000	2
350000	1
800000	1
ça ne vous regarde pas	1
Grosse diminution, - 40000 depuis 3 ans	1
Pas assez	1
(vide)	196
Total général	**397**

22a) Quelle part le paiement à l'acte représente-t-il, dans votre rémunération totale ?
30 99 100 98 97 96 95 93 92 90 88 89 82 83 80 86 87 85 70 74 75 55 99,9 99,8 60 99,5 50

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
30	1
50	6
55	1
60	1
70	7
74	1
75	7
80	16
82	1
83	2
85	10
86	2
87	1
88	1
89	1
90	34
92	2
93	2
95	24
96	4
97	2
98	8
99	5
99,5	2
99,8	1
99,9	1
100	157
(vide)	97
Total général	**397**

22b) Quelle part le paiement à l'acte représente-t-il, dans votre rémunération totale ?

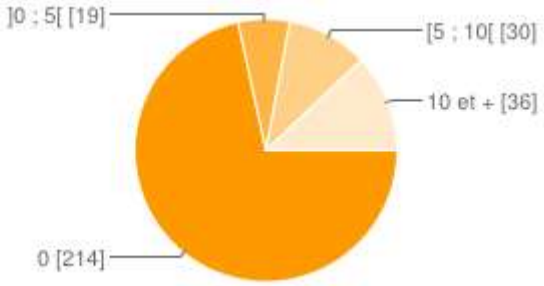


- de 80	22	7 %
[80 ; 90[	35	12 %
[90 ; 100[	86	29 %
100	157	52 %
NSP	97	
Total	397	

23a) Quelle part le paiement au forfait représente-t-il, dans votre rémunération totale ?
5,2 25 3 2 1 0 7 30 6 5 4 8 15 16 20 0,1 0,5 10 2,5 0,01 45 50

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0	213
0,01	1
0,1	1
0,5	1
1	7
2	3
2,5	1
3	1
4	3
5	24
5,2	1
6	1
7	2
8	2
10	20
15	5
16	1
20	6
25	1
30	3
45	1
50	1
(vide)	98
Total général	**397**

23b) Quelle part le paiement au forfait représente-t-il, dans votre rémunération totale ?

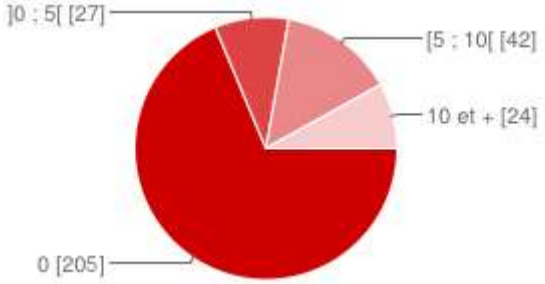


0	214	72 %
]0 ; 5[	19	6 %
[5 ; 10[	30	10 %
10 et +	36	12 %
NSP	98	
Total	397	

24a) Quelle part le paiement à la performance représente-t-il, dans votre rémunération totale ?
3 2 1 0 7 6 5 4 9 15 0,1 0,5 7,4 10 2,5 1,5

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0	205
0,1	1
0,5	2
1	7
1,5	1
2	6
2,5	2
3	2
4	5
5	34
6	2
7	4
7,4	1
9	1
10	24
15	1
(vide)	99
Total général	**397**

24b) Quelle part le paiement à la performance représente-t-il, dans votre rémunération totale ?



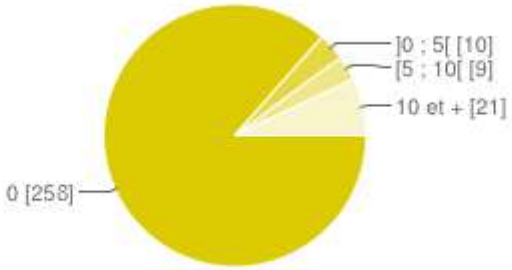
0	205	69 %
]0 ; 5[	27	9 %
[5 ; 10[	42	14 %
10 et +	24	8 %
NSP	99	
Total	397	

25a) Autre

40 25 3 2 1 0 30 5 4 15 12 20 10 2,5 4,4 65 50

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0	259
1	3
2	1
2,5	1
3	1
4	3
4,4	1
5	8
10	6
12	1
15	2
20	2
25	2
30	2
40	2
50	3
65	1
(vide)	99
Total général	**397**

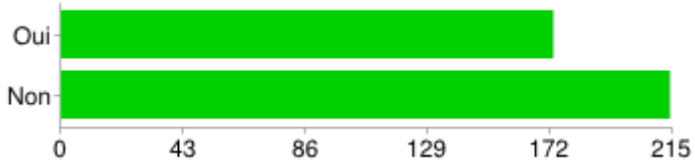
25b) Autre



0	258	87 %
]0 ; 5[	10	3 %
[5 ; 10[	9	3 %
10 et +	21	7 %
NSP	99	
Total	397	

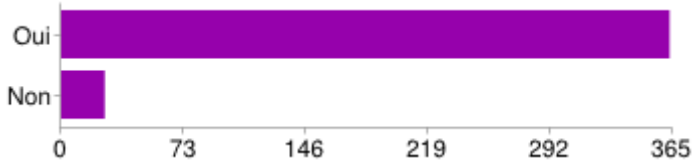
26) Vos pratiques

Vous arrive-t-il de faire varier vos tarifs ?



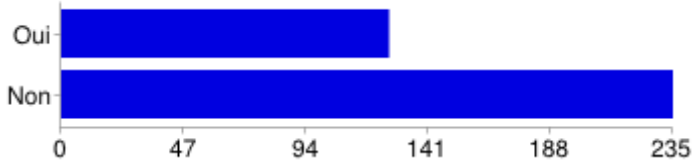
Oui	173	45 %
Non	214	55 %
NSP	10	
Total	397	

Vous arrive-t-il de faire des actes gratuits ?



Oui	363	93 %
Non	26	7 %
NSP	8	
Total	397	

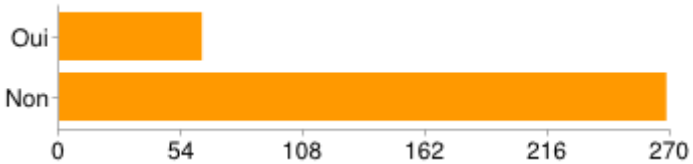
Auparavant, étiez-vous éligible au CAPI



Oui	126	35 %
Non	235	65 %
NSP	36	
Total	397	

+

Si oui, l'avez-vous signé ?



Oui	63	19 %
Non	268	81 %
NSP	66	
Total	397	

27) Auparavant, si vous étiez éligible au CAPI, quel a été le montant de votre prime ?

3200 Je ne me suis pas intéressée au problème 0 3000 4600 4500 ? 4691 1500 6142,20 6000 1300 2300 6200 2000 2600 4000 9000 2500 5600 3500 38007000 3600 3700 2361 5000 5100

Étiquettes de lignes	Nombre de réponse
0	2
1300	1
1500	1
2000	2
2300	1
2361	1
2500	4
2600	1
3000	1
3200	1
3500	2
3600	1
3700	1
3800	1
4000	4
4500	2
4600	1
4691	1
5000	4
5100	1
5600	1
6000	3
6142,2	1
6200	1
7000	3
9000	1
?	1
Je ne me suis pas intéressée au problème	1
(vide)	352
Total général	**397**

Gouvernance de la télémédecine
Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale

La télémédecine est pratiquée en France depuis les années 1980. Il faut cependant attendre la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), pour qu'une définition lui soit conférée. Elle est alors reconnue comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». À partir de cette date, la pratique s'institutionnalise, une stratégie nationale de développement est mise en œuvre et une politique publique lui est dédiée. L'objectif de cette stratégie est de lever les freins réglementaires et organisationnels à la pratique. En parallèle de cette reconnaissance juridique, la télémédecine devient un outil de renouvellement de l'action publique dans le champ de la santé.
Toutefois, malgré l'intérêt qui lui est porté, la pratique ne s'intensifie pas et les stratégies successives mises en œuvre par les organisations en charge de son déploiement peuvent être qualifiées d'insatisfaisantes. La télémédecine ne se développe pas, ou plutôt, ne se développe pas comme le souhaiterait la puissance publique. L'hypothèse générale de nos recherches est qu'au lieu de lever les freins au développement de la pratique, la politique publique dédiée à la pratique est à l'origine même du blocage. À partir d'une démarche institutionnaliste, nous interprétons les rapports de force entre les échelles de régulation de l'activité, ce qui nous amène à questionner la pertinence du modèle de gouvernance de son déploiement. Nous mettons alors en évidence que les solutions apportées par les organes en charge du développement de la télémédecine peuvent être contre-productives.

Télémédecine, *New public management*, politique publique, référentiel de marché, modèle productif de l'action publique, économie de la santé.

Governance of telemedicine
An institutionalist analysis of a new medical practice

Telemedicine has been practiced in France since the 1980s. In 2009, the HPST law proposes a legal definition: Telemedicine is "a form of medical practice remotely using ICT". From this date, the practice has been institutionalized, a national development strategy has been implemented and a sectoral public policy is applied. The objective is to remove regulatory and organizational barriers to the practice of telemedicine. Telemedicine is also becoming a tool for the renewal of public action.
However, public policies are unsuccessful. Telemedicine is not developing as the public authorities have desired. The general hypothesis of our research is that instead of removing barriers to the development of telemedicine, public policies dedicated to its practice are actually impeding it. That is why we analyze power relations among stakeholders of regulation. To do this we adopt an institutionalist approach. We question the relevance of the governance model used for for deployment of telemedicine. We highlight that the solutions provided by the institutions in charge of the development of telemedicine can be improductive.

Telemedicine, New public management, public policy, production model of public action, health economics.

Discipline: SCIENCES ECONOMIQUES

Université de Reims Champagne-Ardenne

Laboratoire REGARDS - EA 6292

57 rue Pierre Taittinger – 51096 REIMS