

Le difficile déploiement de la télémédecine : une lecture par l'Économie des conventions

Nicolas Da Silva, Amandine Rauly

► To cite this version:

Nicolas Da Silva, Amandine Rauly. Le difficile déploiement de la télémédecine : une lecture par l'Économie des conventions. Lamotee B., Le Roy A., Massit C. et Puissant E. Innovations sociales, innovations économiques, XXXIVes journées de l'Association d'économie sociale, Presses Universitaires de Louvain, pp.145-162, 2014. <hal-01480878>

HAL Id: hal-01480878

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01480878>

Submitted on 1 Mar 2017

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.

Le difficile déploiement de la télémédecine : une lecture par l'Économie des conventions

NICOLAS DA SILVA¹

AMANDINE RAULY²

Résumé

En France, le déploiement de la télémédecine est présenté comme une solution pertinente à un grand nombre de problématiques du système de santé. Cet outil de production de soins à distance serait une innovation miracle, pourtant, elle ne se développe pas et la mise en place de dispositifs d'incitation n'y change rien. Dès lors, le cadre d'analyse économique standard ne permet pas de comprendre les limites de l'introduction de la télémédecine dans l'offre de soins. Nous proposons une autre théorie de l'information, celle de l'Économie des conventions. Nous interprétons alors les problèmes d'application de la télémédecine comme le résultat d'un conflit de représentation entre deux types d'organisations de la médecine : la convention professionnelle et la convention industrielle.

Abstract

The deployment of telemedicine in France is presented as an appropriate solution to many health system problems. Providing care at distance would be a significant innovation. However, telemedicine is not currently developing in spite of the implementation of incentives. Therefore, the standard analytical framework does not allow us to deal with the limits of the introduction of telemedicine in health care supply. We propose an alternative theory dealing with information issues, the Economics of Conventions. With this theoretical framework we interpret the problems of the telemedicine implementation as the result of a conflict between two types of representation of the medicine organization: the professional convention and the industrial convention.

¹ Doctorant, Université Paris Ouest Nanterre la Défense, EconomiX (UMR 7235)

² Doctorante, Université de Reims Champagne-Ardenne, REGARDS (EA 6292)

Introduction

La télémédecine (TM), en tant qu'outil de production de soins à distance *via* les Technologies de l'information et de la communication (TIC) a connu un premier essor en Europe et en Amérique du nord dans les années 1970 (BASHSHUR, 1995). Il faut ensuite attendre la fin des années 1990 et la révolution du numérique pour que la pratique fasse de nouveau parler d'elle en France (SUAREZ, 2002). La TM est alors présentée comme une solution pertinente à un grand nombre de problématiques du système de santé. Plus récemment, la reconnaissance juridique de la TM au sein de la loi « Hôpital, patient, santé, territoire », dite loi HPST du 21 juillet 2009 marque la mise en place d'une stratégie publique de déploiement de l'activité et lui confère une définition officielle : *« La TM 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 »*.

Suite à cette reconnaissance juridique, le rôle attribué à la TM par la puissance publique pose question. S'agit-il de soutenir une innovation technologique au service des usagers du système de santé ou d'un outil de contrôle de l'activité médicale ? Notre hypothèse est que, loin d'être une innovation miracle, la TM participe de l'esprit général de la politique publique contemporaine visant à contrôler l'activité médicale dans le but principal de maîtriser les dépenses indépendamment de la question de la qualité.

La TM est présentée comme une innovation au service du médecin et du patient. Pourtant, ses modalités d'application, telles quelles sont décrites dans la Stratégie nationale de déploiement (voir l'Encadré 1), contraignent une recomposition de la profession médicale. Dans la lignée des travaux de la théorie économique standard de l'information, la réorganisation doit permettre de recueillir des informations brisant l'opacité de la relation patient-malade (1). En introduisant la TM au sein même du « colloque singulier », il deviendrait possible de réduire l'asymétrie d'information à l'avantage du médecin ceci permettant alors de procéder à une standardisation de l'activité médicale. Néanmoins, cette stratégie de déploiement n'obtient pas l'adhésion des usagers. Une nouvelle théorie de l'information doit être mobilisée pour comprendre les limites du déploiement de la TM : celle de l'Économie des conventions (2).

1. La TM, une innovation miracle de santé publique ?

Jusqu'à l'introduction d'une stratégie nationale de déploiement, la TM était considérée comme une innovation miracle (1.1). Mais, la définition d'un statut légal a modifié les représentations que les premiers utilisateurs en avaient : d'un outil médical elle devient un instrument de politique publique controversé (1.2).

1.1. Un outil de production de soins censé être au service des médecins et des patients

D'après ses promoteurs, qu'ont successivement été les médecins puis la puissance publique, la TM résoudrait un grand nombre de problèmes du système de santé. Du point de vue de l'offre de soins, le recours à la TM permettrait d'atténuer fortement les effets néfastes de la désertification médicale. Puisque les médecins peuvent soigner à distance, il n'est plus

nécessaire de négocier un assouplissement de la liberté d'installation. Si la présence est virtuelle, l'offre de soins serait effective et pourrait répondre à la demande. Du point de vue de la demande de soins, la TM réduirait les files d'attente pour certaines spécialités et même les inégalités d'accès aux soins de qualité en rendant possible le recours à des médecins plus réputés mais non disponibles dans certaines zones géographiques. Enfin, l'outil de TM est considéré par la tutelle comme un instrument permettant, simultanément, de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins.

Néanmoins, la mise en place de la stratégie nationale de déploiement va marquer un tournant dans l'acceptation et la représentation qu'en ont les professionnels médicaux. La TM devient à leurs yeux un Système d'information qui rendrait possible l'évaluation de l'efficacité de la pratique médicale par les organismes de tutelle. Se pose alors la question des origines du virage emprunté par les médecins quant à leur acceptation de la TM. La réponse pourrait résider dans le support de la politique publique de déploiement. Il s'emblerait que celui-ci repose sur les résultats de la théorie de l'agence : la stratégie de déploiement de la TM s'insère en effet dans une politique de santé globale qui soulève l'existence d'une asymétrie d'information à l'avantage du médecin (BUREAU ET AL, 2010). Celle-ci serait à l'origine de comportements opportunistes préjudiciables pour le système de santé. La mise en place de politique publique, cherchant à encadrer cet opportunisme, se traduit alors par la recherche de mécanismes d'incitations à la « bonne conduite ». C'est donc à l'aune de ce cadrage théorique que s'exprime la stratégie nationale de déploiement de la TM.

Encadré 1 : La stratégie nationale de déploiement de la TM

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

Le déploiement de la TM en France est encadré par un comité de pilotage national animé par la DGOS et composé, entre autres, de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé, de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance, de la Haute autorité de santé et des représentants des usagers. Celui-ci 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. Le comité de pilotage a recensé en 2011, au sein d'un plan national de déploiement, cinq chantiers prioritaires dans lesquels la TM, 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 TM en termes de recommandations organisationnelles, techniques, économiques, financières et de bonnes pratiques. La TM 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 TM propose également un ensemble d'outils :

- Technologique (ex : DMP),
- Méthodologiques (ex : guide méthodologique pour l'élaboration de contrat de TM),
- D'évaluation (ex : matrice d'impact des effets attendus de la TM).

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

1.2. Les modalités d'application de la pratique comme freins à la diffusion de l'innovation

Les objectifs affichés de la TM ont initialement séduit l'ensemble des acteurs du système de santé, pourtant, l'innovation ne se diffuse pas (RAULY, 2013). Nous évoquons alors l'idée, qu'à côté des raisons traditionnellement évoquées, à savoir les difficultés d'appropriation de l'outil, d'autres arguments peuvent être développés pour rendre compte des freins à la diffusion de l'innovation.

Ainsi, le comité de pilotage en charge du déploiement de la TM propose une stratégie qui repose sur différents outils technologiques et dématérialisés tels que 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 (MATHIEU-FRITZ ET ESTERLE, 2013a).

L'introduction de la tutelle dans la gestion de l'information, consacrée par la loi HPST, vient alors modifier les modalités d'appropriation de l'innovation de la TM par les usagers. 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 est interprété par les professionnels médicaux comme un pas supplémentaire vers la marchandisation et la normalisation du soin : « *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).

D'autres outils, dits « d'intelligence artificielle », sont présentés dans le cadre de la stratégie nationale de déploiement de la TM et permettent d'entrevoir la réalisation de diagnostics médicaux à distance. C'est le cas par exemple de la cabine de téléconsultation. Ici encore, les médecins se montrent réticents à leur utilisation : « *Que deviendrai-je, moi, simple médecin face à ces machines qui, selon les résultats actuels dépassent les 90% de bonnes réponses pour bientôt affleurer les 100% dans les années qui viennent. Futur chômeur pointant à Pôle Emploi après 12 ans d'études ? Employé de surveillance d'un ordinateur qui me dictera quoi faire ?* »³

La question qui se pose est alors celle du lien entre les outils technologiques permettant le déploiement de la TM et la crainte d'un Système d'information aboutissant à une normalisation et une standardisation de l'activité médicale. La politique de santé affiche depuis la fin des années 1980 la nécessité de normaliser l'« art médical ». La TM offre la

³Extrait du blog <http://sante2020.blog.lemonde.fr>

possibilité d'introduire au sein même de la relation médecin-patient des outils technologiques permettant de recenser les informations nécessaires à la concrétisation de cette rationalisation. L'asymétrie d'information, considérée dans un cadre standard comme la source d'une prétendue inefficience du système de santé, peut alors être combattue à moindres coûts en exploitant les résultats recensés par les outils technologiques de TM. De la même façon que l'*Evidence based medicine*, présentée comme un moyen d'éclairer les médecins dans leur prise de décision, est devenue la source de nouvelles normes, la TM laisse entrevoir la disparition du monopole de soins des médecins. Les outils de TM, en permettant un transfert de compétences et de savoirs, tout en introduisant une standardisation de l'acte de soins, tendent à déposséder le médecin sa légitimité.

Malgré l'introduction de compensations financières à la pratique, le nombre de médecins adhérant à un projet de TM reste plus que marginal. Ainsi, plus que des problèmes d'asymétrie d'information, au sens de la théorie standard, ce contre quoi la TM doit lutter est une conception légitime de l'action. Si le cadre analytique standard propose un focus sur le rôle des incitations dans le cadre de la TM, celui-ci ne semble pas pertinent. Nous proposons alors de recourir à une autre théorie de l'information pour comprendre les difficultés de la TM.

2. L'introduction de la TM : une lecture par l'Économie des Conventions

Comprendre les limites de l'introduction de la TM dans l'offre de soins nécessite une nouvelle théorie de l'information. En effet, dans le cadre de la théorie standard, l'asymétrie d'information à l'avantage du médecin est un problème (*market failure*) qui doit être résolu par l'introduction de Systèmes d'information (théorie de la demande induite, théorie de l'agence, etc.). À partir de ce nouveau type de dispositif technique, il deviendrait possible de connaître l'activité « réelle » du médecin et de mettre en place des procédures et des incitatifs visant une normalisation du travail médical. En favorisant l'adoption de standards de travail, l'objectif est de réduire la variabilité des pratiques jugées source d'inefficacité (tant médicale qu'économique) (KERLEAU, 1998) : c'est la stratégie nationale de déploiement de la TM.

Or, les incitations mises en place pour que les médecins dévoilent leur information privée ne semblent pas suffire pour mener à bien la stratégie nationale de déploiement de la TM. Nous proposons alors une lecture par l'Économie des conventions⁴ (EC). L'EC cherche une nouvelle compréhension des problèmes d'information. L'hypothèse fondamentale posée par l'EC est qu'en situation d'incertitude radicale⁵, les individus doivent émettre un jugement sur ce qu'il convient de faire. Ce jugement dépend de modèles d'évaluations appelés conventions. C'est donc parce qu'il existe des conventions que les individus peuvent ajuster leurs décisions. Autrement dit, c'est parce qu'il existe des cadre sociaux de coordination que la rationalité individuelle peut s'exercer. Deux questions traversent alors l'EC : (i) quelles sont les conventions que mobilisent les individus dans l'activité économique ? (ii) comment ces conventions parviennent-elles ou non à s'imposer ?

⁴Pour une présentation de l'EC, se reporter par exemple à BATIFOULIER(2001).

⁵L'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.

À l'aide de ce cadre théorique, nous interprétons les problèmes d'application de la TM comme le résultat d'un conflit de représentation entre deux types d'organisations de la médecine : la convention professionnelle (2.1) et la convention industrielle (2.2). L'analyse des tensions entre ces deux conventions permet alors de donner une grille de lecture nouvelle des difficultés liées à l'introduction de la TM en France (2.3).

2.1. Convention professionnelle : autonomie complète

L'activité médicale est par excellence un lieu où s'exprime avec force l'incertitude radicale : l'occurrence de la maladie est aléatoire, la connaissance même de la maladie est limitée et dépendante du progrès médical, la réaction du malade au traitement (lorsqu'il existe) est aléatoire, etc. Le médecin, aussi doué et aussi bien intentionné soit-il, ne connaît donc ni l'ensemble des événements de la nature ni les probabilités associées. Avant asymétrie d'information, il y a absence d'information.

Dans ces conditions, il est impossible d'écrire un contrat de soin complet liant le médecin au patient et à l'assureur (BATIFOULIER ET GADREAU, 2006). Comment se fait alors la coordination ? Puisque l'on ne peut pas écrire des contrats complets, comment faire en sorte que les parties prenantes acceptent de prendre part au processus de soins ? Quelle procédure de décision adopter ?

(a) Le savoir médical est singularisé. L'existence d'une incertitude radicale dans le domaine médical invite à se poser la question de ce qu'est la maladie et, en creux, de se demander ce qu'est le service de soin. Traditionnellement, l'épistémologie médicale pensait la maladie comme un état de rupture avec la situation normale (CANGUILHEM, 1966). Cette rupture étant qualitative, seul le malade serait capable de définir sa maladie. Dès lors, il existe autant de maladies que de malades et le travail du médecin est nécessairement encre dans la singularité du patient. L'hypothèse de nomenclature n'est pas réalisable : il est impossible d'attribuer à l'avance à chaque maladie un processus de soin. L'« art médical » est alors l'exercice d'adaptation du savoir médical (par définition imparfait) à la singularité du malade. Une première justification de l'asymétrie d'information est épistémologique : la maladie étant un phénomène singulier, le médecin s'engage dans un processus de décision personnalisé (l'« art médical ») qui a des chances de remporter l'adhésion.

Comment s'assurer de l'engagement du médecin ? Comment se prémunir de son opportunisme ?

(b) La pratique de la médecine est encadrée par des institutions de la confiance (ARROW, 1963 ; BATIFOULIER, 1992). Il est impossible d'expliquer que les patients se remettent à une catégorie spéciale de la population appelée médecin si l'on ne prend pas en compte la construction sociale de la confiance (en la médecine). Les études longues, les barrières à l'entrée, les codes de déontologie, les codes éthiques, le serment d'Hippocrate, etc. sont autant d'éléments qui assurent une certaine légitimité à la profession médicale. L'éthique médicale a pour but d'encadrer le comportement médical de façon à ce que les patients aient confiance dans la personne du médecin. Une seconde justification de l'asymétrie d'information est morale : puisque les médecins agissent de façon éthique, il est possible de s'en remettre à eux.

Les propositions (a) et (b) forment le cœur de la convention professionnelle. Dans ce cadre, l'incertitude radicale qui règne sur le domaine médical est atténuée par une pratique singulière et « pro-sociale ». Il devient possible de s'en remettre au médecin. La qualité des soins ne pose pas de problème particulier puisqu'elle est assurée par le professionnel. L'incomplétude

contractuelle n'est plus un problème mais une solution (FAVEREAU, 1997). En effet, l'écriture d'un contrat complet est non seulement impossible (incertitude radicale et hypothèse de nomenclature) mais aussi très coûteuse. Or, puisque le savoir médical est évolutif, il est préférable de se fier au professionnel plutôt que de le contraindre par des règles qui, en réduisant sa marge d'autonomie, l'empêchent d'adapter sa décision à la singularité de la situation. C'est en cela que l'on peut parler d'une autonomie complète dans la convention professionnelle. La place prépondérante du médecin est alors à l'origine de la reconnaissance de la hiérarchie médicale (ARLIAUD, 1987). Le médecin est l'acteur central de la relation de soin et les autres professionnels sont cantonnés à un rôle auxiliaire.

2.2. Critique et convention industrielle : autonomie limitée

Si la convention professionnelle, définie par une autonomie complète du médecin ainsi que par une hiérarchie forte entre professionnels de santé, a été centrale dans la construction de la profession médicale, et le reste dans l'organisation actuelle du système de santé, elle fait face à de nombreuses critiques. En effet, depuis le milieu des années 1970 une triple crise (économique, du régime de la preuve et de confiance) contribue à l'érosion la place traditionnellement occupée par le médecin dans l'organisation sociale.

Au total, l'évolution historique du système de santé provoque, à tort ou à raison, une remise en cause de la convention professionnelle : fini le climat de confiance, place à la défiance. La conjonction de ces multiples crises va provoquer un effet inattendu. En effet, avec la force nouvelle de la contrainte budgétaire et la perte de charisme du médecin, la politique publique va utiliser les normes produites par le champ médical pour réorganiser le travail du médecin contre lui (ROBELET, 1999). C'est l'apparition de la convention industrielle concurrente de la convention professionnelle.

La convention industrielle est l'antithèse de la convention professionnelle. Elle est fondée sur la remise en cause des propositions (a) et (b) substituées par les propositions (a') et (b').

(a') Le savoir médical peut être standardisé. Rompant avec l'épistémologie traditionnelle, l'épistémologie positiviste de la maladie analyse celle-ci comme une variation quantitative de la situation normale (DUMESNIL, 2011). En ce sens, plutôt qu'une rupture liée à la singularité du patient, la maladie serait un phénomène parfaitement maîtrisable et quantifiable. S'il est possible de définir et de borner à l'aide des nombres la maladie, alors, il est possible de construire une nomenclature des actes et des traitements. En d'autres termes, l'épistémologie positiviste proclame que le soin est un produit. En tant que produit, il est alors souhaitable d'appliquer à la maladie le paradigme productiviste : standardisation, normalisation, démarche qualité, économie d'échelle, contrôle, etc. (GADREY, 1991). L'*Evidence based medicine* est l'outil caractéristique de cette épistémologie. La preuve médicale ne relève plus de l'analyse singulière des conditions du malade mais du traitement statistique. Soigner la maladie c'est soigner le malade moyen. Pour soigner les malades il faut donc réduire l'écart à la norme. La convention industrielle repose sur l'idée que la pratique médicale est susceptible d'être standardisée et qu'elle nécessite d'être contrôlée et incitée afin de s'assurer d'un niveau de qualité minimal. Peu importe le professionnel de santé tant qu'il applique la norme. L'information pertinente existe et il est nécessaire de produire des Systèmes d'information visant à développer les bonnes pratiques.

Comment s'assurer de l'engagement du médecin ? Comment se prémunir de son opportunisme ?

(b') Si certains fondements de l'épistémologie positiviste proviennent de la nécessité de traiter une information abondante et en permanente évolution, d'autres sources s'appuient sur la crise de confiance du système médical. Il ne serait plus pertinent de se fier uniquement au médecin. Dans cet esprit, les différentes crises sanitaires ainsi que le constat d'une variabilité considérable de la pratique médicale poussent à plaider pour la mise en place de dispositifs de contrôle et d'incitation (BUREAU ET AL, 2010). Il n'est plus alors question de s'appuyer uniquement sur les institutions de la confiance. Le médecin doit avant tout être titulaire d'une compétence technique vérifiable plutôt que d'une compétence morale aux contours incertains (JAUNAIT, 2005). L'asymétrie d'information redevient problématique et les systèmes d'information sont le moyen du contrôle et de l'incitation. La TM prend toute sa place dans ce renversement.

Selon nous, les difficultés autour de l'introduction de la TM peuvent s'expliquer par le conflit entre la convention industrielle et la convention professionnelle.

2.3. La TM : entre représentation de l'activité médicale et rapport de force

À partir du nouveau cadre théorique précédemment exposé, il est possible de fournir une lecture originale des difficultés liées à l'introduction de la TM en France. La zone de tension se situe ainsi dans la confrontation des deux représentations de l'organisation des soins qui vient faire écho au déploiement de la TM. Le positionnement des différents acteurs est mené en deux temps. Nous analysons d'abord l'attitude des médecins et autres professionnels de santé, pour ensuite nous attarder sur celle des acteurs non soignants du système de soin.

Médecins et autres professionnels de santé :

La réaction des médecins et autres professionnels de santé peut être synthétisée en deux points selon qu'elle porte sur la définition et l'évaluation de l'activité médicale ou sur la remise en cause du monopole médical.

- **Activité médicale et évaluation :**

L'une des premières sources de réticences des médecins vis-à-vis de la TM provient de la conception industrielle du soin qu'elle donne : « *Palpation, percussion, auscultation et tous les organes des sens sont réunis dans ces toilettes publiques: on n'arrête pas le progrès médical dans le désert* »⁶. 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 médecine en environnement incertain.

La TM, en apportant avec elle des procédures standardisées, remet en cause la convention professionnelle pourtant constitutive de la médecine libérale. L'analyse historique du syndicalisme médical Français montre en effet l'importance des libertés du praticien (notamment la liberté de prescription, la liberté thérapeutique et le secret professionnel) pour la production d'une médecine de qualité (HASSENTEUFEL, 1997). Ce libéralisme se traduit par l'autonomie complète du médecin. Or, l'instauration de la TM et le mouvement de « normalisation galopante » (MASCRET, 2008) de la profession sont en rupture avec l'histoire de la médecine libérale. Dans cette perspective, la qualité des soins est désormais avant tout le

⁶ Exemple de commentaire de médecin issu du site <http://www.lequotidiendumedecin.fr/> au sujet des cabines de téléconsultation prochainement installées dans certaines zones géographiques sinistrées en termes de densité médicale. La télécabine est censée réaliser un premier diagnostic du patient.

fait des normes alors même que celles-ci sont le fruit d'une construction sociale qui n'est pas sans poser de sérieux problèmes(DA SILVA, 2013).En effet, la littérature sur le sujet montre que les normes issues de l'*Evidence based medecine*, si elles semblent marquées du sceau de la science et de l'impartialité, sont sujettes à caution lorsque l'on s'intéresse aux conditions matérielles de leur production(KEEL, 2011).

Se pose alors la question de l'évaluation de la TM et des médecins qui en sont partie prenante. La TM est porteuse d'une nouvelle façon de faire, qui, malgré des débuts encourageants, n'emporte pas l'adhésion lorsqu'il s'agit de la mise en place concrète. Plus qu'un outil de partage de l'information, la TM a le potentiel pour devenir, comme le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) dans le cas de l'hôpital, un outil de contrôle(SUAREZ, 2002).Ici est remis en cause le principe d'autorégulation de la médecine libérale : selon ce principe, seul un médecin est capable de juger de l'action d'un autre médecin. En apportant des normes chiffrées, n'importe qui est en mesure de dire si l'action d'un médecin est conforme ou non. L'« art médical » et la singularité du patient sont questionnés. En réponse le contrôle est qualifié d'illégitime par les médecins car fondé sur une vision industrielle de la médecine. Il remettrait en cause le positionnement central du médecin libéral dans le système de santé français. La critique se décale alors vers la question du monopole des soins.

- Monopole des soins et délégation des tâches :

La TM implique nécessairement une évolution de l'attribution des tâches au sein du système de santé. Certains postes sont amenés à se complexifier (infirmier par exemple) d'autres doivent être créés : les « télémedecins » (ESTERLE ET AL, 2011).Or, le transfert de compétences et la délégation de tâches remet en cause un principe fondamental de la médecine libérale : le monopole des soins. En effet, l'analyse historique montre que le premier combat de la médecine libérale fut d'obtenir le monopole des soins contre les « charlatans ». 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.

Un premier niveau de la critique porte sur la définition de l'activité médicale. Dans le cadre de la convention professionnelle, seul le médecin a les compétences et l'autorité pour prendre les décisions. Remettre en cause la délimitation du monopole médical c'est alors prendre un risque pour la qualité des soins. Le médecin est le garant de la bonne prise en charge du patient et il en est le seul responsable. Pourtant, dans le cadre de la TM, « *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 dit, [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).

Un second niveau de critique est purement financier. 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). On assiste alors à un renouvellement de la thématique de la pléthore médicale. La différence est que désormais 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 une recomposition complète des relations entre médecins et autres professionnels de santé.

Les acteurs extérieurs aux professionnels de santé :

En dehors des personnels soignants, il nous semble judicieux d'interroger le rôle et les intentions de deux acteurs majeurs du déploiement de la TM : les industriels et la puissance publique.

- Industrie des TIC :

En 2011, la Fédération des industries électriques, électroniques et de communication et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé ont hiérarchisé les facteurs clés, selon eux, du succès de la TM (KASSIANIDES ET SEGUY, 2011). En première position se trouve la « *réflexion stratégique entre acteurs publics et acteurs privés* », autrement dit les partenariats entre la puissance publique et l'industrie française. La TM « *est donc un sujet qui doit impérativement être placé dans une logique de stratégie industrielle* » (KASSIANIDES ET SEGUY, 2011, p.8). La participation des professionnels du champ de la santé n'apparaît qu'en cinquième position (sur sept). Ce cinquième point « *répondre aux besoins des professionnels de santé et des patients* » les définit comme des clients usagers des dispositifs de TM. Ainsi, les usagers apparaissent comme des agents passifs dans l'élaboration de la stratégie de déploiement de la TM. Les principaux arguments des industriels en faveur de la TM sont donc censés obtenir avant tout l'adhésion des pouvoirs publics et font écho aux prérogatives de la politique de santé en termes de production de soins. Ainsi, les outils de TM sont présentés par les industriels comme des moyens facilitant la mise en œuvre d'une normalisation des soins médicaux (STRATEGIES TELECOMS ET MULTIMEDIA, 2003) et d'une rationalisation du temps de travail médical (KASSIANIDES ET SEGUY, 2011). Les professionnels médicaux deviennent alors des techniciens au service de l'instrument de TM et n'apparaissent plus dans le système de production intellectuelle de l'acte de soins, leur rôle se cantonne alors à l'acte technique.

- Puissance publique :

La position de la puissance publique est assez claire : la TM doit permettre d'encadrer l'évolution de la dépense de santé et 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. (BARGE ET AL, 2012).

Mais peut-être que le plus important est ailleurs. Et si, comme le PMSI ou la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), la TM était avant tout un moyen de contrôle et de discipline de la profession médicale ? L'avantage est double puisque d'une part les médecins passent sous surveillance et, d'autre part, en établissant une porosité entre les professions de santé, c'est le statut médical qui est écorné. Pour être plus précis, la TM est un moyen permettant de poursuivre la scission entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes les premiers subissant l'essentiel des efforts de contrôle des dépenses. Au sommet de la hiérarchie médicale ne resteraient plus que les producteurs de normes conciliant avec la puissance publique et l'industrie, d'une part, et les médecins spécialistes libres dans leur activité, d'autre part.

Conclusion

La mobilisation du cadre théorique de l'EC nous a permis de donner une nouvelle interprétation du non développement de la TM en France. Si d'un côté les industriels et la

puissance publique semblent voir dans ce dispositif une solution miracle aux problèmes du système de santé et un levier de profit pour l'industrie des TIC, les réticences des professionnels de santé retardent la mise en application de l'innovation. Il semble que nous assistons actuellement à la confrontation entre deux conventions portant sur la pratique légitime de la médecine. L'opposition entre ces deux conventions se cristallise autour de la définition du soin (singulier ou standard) et les conséquences en termes d'organisation du système de santé et, plus précisément, en termes d'autonomie du médecin (complète ou limitée). En plus de la question sur la pratique légitime de la médecine, la TM, en plébiscitant un transfert de compétences des professions médicales vers les professions de santé, met en jeu les intérêts des médecins par la remise en cause de leur monopole de la production de soins.

Il ne s'agit pas ici de trancher laquelle des deux conventions est la meilleure. Nous pouvons néanmoins conclure en évaluant la stratégie de politique publique. Alors que la TM est présentée comme un outil permettant d'améliorer l'organisation des soins tout en ne remettant pas en cause la liberté d'installation des médecins, il se trouve au final que la diffusion de la TM bute sur l'opposition des médecins tant à cause de l'évolution de la définition de l'activité médicale que du fait de la remise en cause du monopole de production de soins. Pour le dire autrement, en voulant éviter le conflit avec les médecins par l'artifice technologique, les pouvoirs publics retombent sur un conflit plus grand encore avec les médecins. En conclusion, s'il s'avère que les problèmes d'organisation des soins proviennent réellement de la profession médicale, il est illusoire de penser être en mesure d'éviter le conflit avec cette dernière.

Bibliographie

- ARLIAUD M. (1987), *Les médecins*, Paris, La Découverte.
- ARROW K. J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, n° 5, volume 53, pp. 941-973.
- BARGE H., ET AL. (2012), "Plan national de déploiement de la télémédecine, Recommandations pour la mise en oeuvre d'un projet de télémédecine", rapport de la DGOS.
- BASHSHUR R. (1995), "Telemedicine effects: Cost, quality, and access", *Journal of Medical Systems*, n° 2, volume 19, pp. 81-91.
- BATIFOULIER P. (1992), "Le rôle des conventions dans le système de santé", *Sciences sociales et santé*, n° 1, volume 10, pp. 5-44.
- BATIFOULIER P. (Éd), (2001), *Théorie des conventions*, Paris, Economica.
- BATIFOULIER P. ET GADREAU M. (2006), "Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique", in EYMARD-DUVERNAY F. (Éd), *L'économie des conventions, méthodes et résultats*, Paris, La Découverte, pp. 453-468.
- 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.
- BUREAU D., ET AL. (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.
- CANGUILHEM G. (1966), *le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- DA SILVA N. (2013), "La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale", *Colloque international de la revue Politiques et Management Public les Politiques du chiffre : entre "managerialisation" du politique et politisation du management*. Paris, 26 octobre.
- DUMESNIL J. (2011), *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Presses universitaires de France.

- ESTERLE L., ET AL. (2011), "L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?", *Revue Française des Affaires sociales*, n° 2-3, volume 44, pp. 63-79.
- FAVEREAU O. (1997), "L'incomplétude n'est pas le problème, c'est la solution", in *Les limites de la rationalité. Tome 1 Rationalité, éthique et cognition*, Paris, La découverte Recherches, pp. 219-233.
- GADREY J. (1991), "Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion", *Politiques et Management Public*, n° 1, volume. 9, pp. 1-24.
- HASSENTEUFEL P. (1997), *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP.
- JAUNAIT A. (2005), *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Dalloz.
- KASSIANIDES Y. ET SEGUY A.-A.(2011), "Étude sur la télésanté et télé médecine 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. (1998), "L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé", *Sciences sociales et santé*, n° 4, volume 16, pp. 5-32.
- KERLEAU M. ET PELLETIER-FLEURY N. (2002), "Restructuring of the healthcare system and the diffusion of telemedicine", *The European Journal of Health Economics*, n° 3, volume 3, pp. 207-214.
- MASCRET C. (2008), "Les données de la science face à leur normalisation par les autorités sanitaires", *Médecine & Droit*, volume 93, pp. 165-171.
- MATHIEU-FRITZ A. ET ESTERLE L. (2013a), "Les médecins et le dossier santé informatisé communiquant. Analyse d'une expérimentation du dossier médical personnel (DMP)", *Réseaux*, n° 2-3, volume 178-179, pp. 209-242.
- MATHIEU-FRITZ A. ET ESTERLE L. (2013b), "Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopérations interprofessionnelles et délégation des tâches", *Presses de Sciences Revue française de sociologie*, n° 2, volume 54, pp. 303-329.
- RAULY A. (2013), "Nouveau paradigme technico-organisationnel et appropriation d'une innovation", in DEFALVARD H., L'HORTY Y., LEGENDRE F. ET NARCY M. (Éds), *Les nouvelles frontières de l'économie sociale et solidaire*, Louvain, Presses universitaires de Louvain, pp. 475-489.
- ROBELET M. (1999), "Les médecins placés sous observation. Mobilisation autour du développement de l'évaluation médicale en France", *Politix*, n° 12, volume 46, pp. 71-97.
- SCHWEITZER L. (2012), "Le DMP ou comment constituer un gigantesque fichier des données de santé", *Revue Terminal*, volume 111.
- STRATEGIES TELECOMS ET MULTIMEDIA (2003), "De la normalisation des soins médicaux à celle de la télé médecine", in *Encyclopédie des Télécoms*.
- SUAREZ C. (2002), "La télé médecine : quelle légitimité d'une innovation radicale pour les professionnels de santé ?", *Revue de l'IRES*, n° 2, volume 9, pp. 157-186.