

À la frontière du marchand et du non marchand. Place des téléservices dans la réorganisation du secteur de la santé

*At the Forefront of a Market and Nonmarket Orientation: The Place of
Teleservices in the Reorganization of the Health Sector*

Dominique Carré



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/edc/1136>

DOI : 10.4000/edc.1136

ISSN : 2101-0366

Éditeur

Université Lille-3

Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2001

Pagination : 31-49

ISBN : 2-9514961-1-7

ISSN : 1270-6841

Référence électronique

Dominique Carré, « À la frontière du marchand et du non marchand. Place des téléservices dans la réorganisation du secteur de la santé », *Études de communication* [En ligne], 23 | 2001, mis en ligne le 27 novembre 2011, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/edc/1136> ; DOI : 10.4000/edc.1136

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.

© Tous droits réservés

À la frontière du marchand et du non marchand. Place des téléservices dans la réorganisation du secteur de la santé

At the Forefront of a Market and Nonmarket Orientation: The Place of Teleservices in the Reorganization of the Health Sector

Dominique Carré

Introduction

- 1 La thématique de l'État en réseau, renvoie de prime abord à diverses modalités permettant à l'État de gouverner différemment un pays, aux pouvoirs publics de gérer d'une autre manière la relation qu'ils entretiennent avec les populations sur un territoire donné ou encore aux collectivités territoriales d'administrer leurs concitoyens d'une manière plus « en ligne ». Tout de suite viennent à l'esprit des formes de *gouvernance* associant les technologies de l'information et de la communication (T.I.C.) et permettant la mise en place de procédures démocratiques susceptibles de favoriser une meilleure participation on line des citoyens, la confrontation des opinions via des forums de discussion, le développement d'un *open government* favorisant l'accès des citoyens aux informations publiques. Ensuite, on pense aux téléprocédures mises en œuvre par l'administration pour rapprocher les services administratifs des usagers ou encore étendre la plage d'ouverture de ses guichets. Enfin, on imagine le téléchargement de formulaires administratifs ou des services de transaction en ligne autorisant des règlements financiers ou permettant d'effectuer certaines démarches administratives à distance. Le plus souvent, parmi les domaines d'application qui sont évoqués, on oublie - le dernier rapport paru *L'État et les technologies de l'information. Vers une administration à accès pluriel*¹ ne fait pas vraiment exception à cette règle -les possibilités offertes par les

T.I.C. dans un secteur d'activités où l'État historiquement intervient d'une manière conséquente pour organiser, gérer et réguler son orientation : la santé. Notons qu'il est de même pour l'éducation.

- 2 Santé et éducation ont quatre caractéristiques communes. La première est qu'en France, comme dans d'autres pays européens, l'État a joué un rôle prépondérant pour les développer et les structurer. La deuxième est que les politiques keynésiennes ont favorisé le développement d'activités non marchandes qui se sont traduites par la mise en place d'un régime de sécurité sociale, d'une prise en charge des soins de santé et d'hospitalisation ou encore par l'accès gratuit pour tous à l'école. La troisième est que, dans ces secteurs, l'État tente de réduire les coûts alors que la demande de consommation est en forte expansion. Indiquons également que l'État perçoit dans les TIC un moyen pour réduire les coûts et rationaliser ces secteurs. La quatrième et dernière caractéristique est que les discours politico-prospectifs tenus sur les Autoroutes de l'Information (AI) réservent un rôle majeur à l'État pour leur mise en place et insistent sur l'importance de ces secteurs comme lieux premiers de développement et de diffusion des AI (cf. le Programme d'action gouvernemental
- 3 « Préparer l'entrée de la France dans la société de l'information », rubrique « Les technologies de l'information au service de la modernisation des services publics »).
- 4 Ne pouvant traiter tout à la fois de l'éducation² et de la santé dans l'espace qui nous est imparti, nous limiterons notre contribution à la prise en compte exclusive du secteur de la santé, plus particulièrement de la fonction publique hospitalière. Dans un premier temps, nous nous efforcerons de donner quelques données contextuelles permettant de saisir la réorganisation du secteur de la santé, notamment à travers la mise en œuvre du « virage ambulatoire ». Puis, dans un deuxième temps, nous tenterons de montrer de quelle manière se constitue une offre de téléservices en santé. Enfin, nous essaierons à grands traits d'évaluer, dans un troisième temps, les perspectives et limites actuelles du développement, en France, des téléservices en santé.

Réorganisation du secteur de la santé : la métaphore du « virage ambulatoire »

- 5 S'il est en France, un thème récurrent dans les discours tenus sur la santé, sur la nécessaire réforme, c'est bien celui qui allie maîtrise des coûts et amélioration de la qualité des soins³. Ce discours repose sur une métaphore, le « virage ambulatoire » qui traduit la tendance à exporter l'hôpital hors de ses murs. Le virage ambulatoire doit être compris ici, comme l'expression du compromis souhaité par les pouvoirs publics, entre une demande de soins en croissance, que l'on ne peut véritablement réprimer, la nécessité d'une maîtrise des coûts - qui équivaut à solliciter de nouveaux acteurs/financeurs et à créer l'opportunité d'un quasi marché du soin en attirant de nouveaux intermédiaires - et l'obligation d'allier l'évolution/modernisation du système de santé à l'amélioration des conditions de soin.
- 6 Par « ambulatoire », il faut entendre la diminution de la durée d'hospitalisation, la chirurgie d'un jour, le maintien du patient dans son milieu naturel (*home care*) et l'implication accrue du patient dans l'activité de soin. En d'autres termes, ce qualificatif est employé lorsque le patient n'est ni immobilisé, ni hospitalisé plus d'une journée à l'hôpital. En fait, il s'agit de repositionner le rôle et la fonction de l'hôpital dans le

dispositif socio-médical. Cette nécessité s'explique par le fait que l'hôpital représente dans un pays comme la France près de 50 % des dépenses de santé et le personnel hospitalier plus de 70 % des dépenses hospitalières. La restructuration des soins hospitaliers en cours s'appuie sur le modèle Bostonien qui privilégie la médecine ambulatoire. En France, ce *re-engineering* repose sur quatre piliers : la mise en réseau du secteur de la santé, le dossier ou plus exactement les dossiers informatisés du patient, la prise en charge plus collective du patient par les professionnels du soin et l'autonomisation du patient⁴.

- 7 La référence au virage ambulatoire sert aujourd'hui de point de ralliement aux tenants de la modernisation hospitalière et du secteur de la santé dans son ensemble. Cette référence est agissante car c'est bien au nom du virage ambulatoire que les institutions prennent des initiatives et les coordonnent ; même si souvent les stratégies des acteurs comptent, en 2000, des visées contradictoires.
- 8 La nouvelle forme de rationalisation qui se met progressivement en place donne une place centrale au patient. Ce qui est envisagé, c'est d'une part, organiser les services de santé non pas autour des plates formes médicales, mais bien autour du patient et de faire prendre en charge un certain nombre de services de soins par les patients eux-mêmes. « *Faire voyager les informations plutôt que les malades* », ce slogan qui accompagne, dans une déclaration officielle, les caractéristiques de la télé médecine semble indiquer qu'après une période marquée par le médecin chez le patient, puis le déplacement du malade dans les structures hospitalières ou cliniques, c'est dans la sphère familiale et domestique qu'une partie des soins et de la surveillance médicale peut maintenant s'effectuer, réintroduisant ainsi le poids et le rôle des structures domestiques dans la gestion de la santé. D'autre part, faire évoluer le « face à face » appelé « colloque singulier », qui scelle la relation toute particulière entre le médecin et le patient, vers un colloque plus collectif.
- 9 Ainsi, on l'aura compris, la constitution d'une offre de télé services dans le secteur de la santé ne peut être abordée à partir d'un strict point de vue extérieur, qui s'attacherait à ne mettre en relief que les nouveaux acteurs industriels (issus des télécommunications, ingénierie informatique, industries pharmaceutiques, assurances... ou institutionnels : État, collectivités territoriales... et leurs cadres d'action respectifs), mais doit plutôt partir d'un questionnement plus « interne » portant sur l'évolution des pratiques de soin telle que l'on peut la saisir au sein de l'institution hospitalière actuellement (Carré, Panico, 1999).
- 10 Ceci semble d'autant plus important à prendre en compte que la remise en ordre du secteur de la santé dans les pays industrialisés avancés vise simultanément le facteur offre/production et le facteur demande/consommation ; étant entendu que c'est autour de ce second facteur, centré sur l'utilisateur/client de soins que se manifeste avec le plus d'acuité, l'effervescence réorganisatrice. La mise en œuvre de télé services révèle une relation complexe entre le secteur public et le secteur privé dont la plus récente illustration est la délégation de service public d'une durée de cinq ans accordée à l'opérateur privé de télécommunications Cégétel, filiale du Groupe Vivendi, pour la mise en place et l'exploitation du Réseau Santé Social (R.S.S.).
- 11 Le développement de nouveaux services d'information et de communication apparaît comme un élément déterminant dans le secteur de la santé parce qu'il s'inscrit tout à la fois dans une rationalisation budgétaire et organisationnelle, dans un processus particulier d'« industrialisation » des soins et dans le cadre d'une constitution de produits et/ou services à vocation marchande ou non. De ce fait, le projet d'Autoroutes de l'Information

et la constitution d'une offre de téléservices deviennent structurants de la réforme socio-sanitaire.

Émergence d'une offre de téléservices en santé

- 12 Elle est encore émergente et éclatée et semble reposer dans la plupart des cas sur des initiatives associant tout à la fois des ressources publiques et privées. En effet, l'étude des dispositifs technico-organisationnels mis en place - dispositifs qui supportent les nouveaux téléservices - permet d'indiquer que, le plus souvent, les initiatives associent de multiples partenaires tels que l'Administration de l'État, les collectivités territoriales et des entreprises privées appartenant à différents secteurs d'activités. Le privé trouve ainsi de plus en plus d'interstices pour pénétrer le champ du soin et tente de s'assurer peu à peu un rôle incontournable en proposant notamment des dispositifs technico-organisationnels qui facilitent l'intermédiation entre tous ces acteurs. Ainsi la santé se trouve placée entre deux rationalités, l'une économique, l'autre sanitaire.
- 13 La constitution d'une offre de téléservices semble se diffuser par l'intermédiaire de trois configurations technico-organisationnelles et économiques principales : la mise en réseau plus ou moins systématisé de tous les acteurs de champ de la santé - Réseau santé Social (RSS) -, le développement de la télésurveillance (*télémonitoring*) qui s'inscrit dans une approche thérapeutique et la constitution d'une offre marchande de services ou encore de dispositifs spécifiques de téléassistance.
- 14 Signalons que cette offre générique propose trois types d'offre de services en ligne. Le premier est constitué pour les professionnels de la santé, pour leur usage propre. Le deuxième est constitué pour les professionnels de la santé, mais est à destination de leurs patients (rôle de prescripteur). Le troisième, quant à lui, s'adresse directement aux patients (le plus souvent via des dispositifs de téléassistance).

Offre constituée pour les professionnels de la santé, pour leur usage propre

- 15 L'administration et l'organisation des soins à différents niveaux (local, régional, national et international) entraînent des formes de coopération favorisant la constitution d'une offre de téléservices constituées pour/par les professionnels de la santé et à destination de leur usage propre. Quatre exemples peuvent illustrer ce cas de figure.
- 16 Le premier exemple MiRIAM - Management informatisé de la Radiologie et de l'Imagerie Médicale - illustre à partir d'une structure hospitalière locale, ici l'AP-HP qui comprend plus de cinquante établissements, l'instrumentalisation de la mise en relation entre l'imagerie, spécialité transversale aux autres spécialités médicales de la filière de soins et présume un dispositif d'information hospitalière qui repose, d'une part, sur l'hybridation des données de gestion (suivi administratif des patients) et des données médicales (comptes rendus d'examen, dossiers d'images numérisées) et d'autre part, l'agrégation des différents systèmes d'information au sein des établissements de l'AP-HP (MIRIAM 1). Cette première phase sera suivie par la mise en réseau de l'imagerie médicale entre les établissements de l'AP-HP (MIRIAM 2) et plus tard par l'extension du système vers d'autres structures hospitalières publiques ou privées, y compris à plus long terme les cabinets médicaux (MIRIAM 3) ⁵.

- 17 Le deuxième exemple, le projet IMMÉDIAT - Imagerie Médicale à Distance sur ATM - dispositif de téléradiologie neurochirurgicale, illustre la mise en œuvre, sur le plan régional, entre urgences et neurochirurgie, de l'envoi d'images scanérisées (sans compression, ni numérisation secondaire), de fiches de renseignements (historique clinique du patient, diagnostic suspecté...) et d'échanges, via la visioconférence, d'une expertise médicale à distance du patient lors d'urgences neurochirurgicales. Le projet IMMÉDIAT mis en place entre deux structures hospitalières publiques, le Centre Hospitalier Régional Universitaire (C. H.R.U.) de Rennes et le Centre Hospitalier Général (C.H.G.) de Saint-Brieuc, est symptomatique de ce type de configuration. Plus précisément, ce dispositif technico-organisationnel concerne les demandes d'avis de transfert des patients atteints, le plus souvent, de traumatismes crâniens, de traumatismes du rachis, des syndromes tumoraux ou d'accidents vasculaires cérébraux. Les partenaires de ce projet sont nombreux et appartiennent à des secteurs d'activités différents. on peut identifier quatre types principaux d'acteurs : des industriels (Thomson Syseca, Thomson Broadcast, ouest Standard télématique), des centres de recherche à vocation médicale ou non (C.E.R.I.U.M., E.N.S.T.B., I.R.I.S.A.), des structures utilisatrices (C.H.R.U. de Rennes, C.H.G. de Saint-Brieuc et un opérateur de télécommunications : France Telecom). Ce projet est financé par les pouvoirs publics tant sur le plan national, régional que local. Signalons que, du fait de l'évolution des réseaux, de la diminution du coût des matériels informatiques, du développement de logiciels, la téléradiologie se diffuse de plus en plus sous d'autres configurations pour répondre à des problèmes liés à des contraintes géographiques ou sanitaires : c'est le cas de la téléradiologie entre établissements gériatriques⁶ délocalisés (ne disposant pas de radiologue sur place) en lien avec les services d'imagerie d'un établissement hospitalier, ou encore en radiopédiatrie⁷.
- 18 Le troisième exemple, le Réseau Santé Social - R.S.S. - illustre la mise en réseau systématique de l'ensemble des acteurs de la santé (professionnels du soin, avec les caisses primaires d'assurance maladie, les officines de pharmacie...) sur le plan national. Le R.S.S. (associé à la carte Sésam-Vitale) a pour vocation d'informatiser les échanges d'information entre les caisses primaires d'assurance maladie et les professionnels de la santé et de développer un support de communication entre les spécialistes du soin favorisant une prise en charge plus collective du patient par les professionnels du soin. Ce système est symptomatique de la mise en ligne d'une offre de services administratifs et communicationnels (messagerie), mais également de services marchands puisque le R.S.S. ne dispose d'aucune exclusivité (respect des standards de *Y Internet*). Les professionnels de la santé peuvent recourir aux services d'autres offreurs, notamment dans le domaine de l'information médicale. Depuis quelque temps, une offre de services en ligne destinée aux professionnels de la santé, via la connexion au R.S.S. se constitue. Médiamed et Medsyn en sont deux illustrations. L'une est proposée par France Telecom Multimédia, les groupes Éditions scientifiques et médicales Elsevier, Quotidien Santé et o.V.P.-Vidal et s'adresse dans un premier temps aux médecins libéraux qu'ils soient généralistes ou spécialistes au travers de services communs et partagés, comme les annuaires et agendas personnalisés, messagerie sécurisée pour acheminer les comptes rendus de consultations, les résultats d'analyse... mais ce service a pour vocation d'offrir la base de données du Vidal qui fournit en temps réel des informations sur les contre-indications lors de la délivrance de médicaments et le coût de l'ordonnance entre autres. L'autre offre, proposée par M.G. France en partenariat avec la SSII AToS permet aux médecins via le Web de Medsyn d'accéder à un bouquet de services : boutique (matériel médical,

ordonnances, envoi d'échantillons), consultation des comptes bancaires, recherches épidémiologiques, tableaux de bord, mise à jour de bases de données. Indiquons que d'autres projets sont en cours. A.o.L. (fournisseur d'accès à *Internet*), en constituant un pôle de développement dans le domaine médical, s'est allié à Havas-Cégétel et Bertelsmann, via la joint venture avec Health Online B.V., ce qui l'associe à Springer Verlag qui possède avec son service B.S.-Medic une expérience dans le montage de bouquets de service.

- 19 Le dernier exemple, quant à lui, illustre l'internationalisation des services de santé. C'est le cas, entre autres, de la société Résintel (S.A. composée de capitaux de différentes nationalités) qui développe des systèmes de télé médecine pour diverses spécialités médicales. Elle met ainsi en relation toute station de télé médecine du réseau avec des centres de compétences internationaux qualifiés pour chaque discipline médicale. Ainsi, en proposant un service de télé diagnostic médical différé dans le domaine de l'anatomopathologie (détection des maladies cancéreuses) via le RNIS international et l'*Internet*, elle fait coopérer des professionnels de la santé implantés sur plusieurs continents.
- 20 Offre constituée pour les professionnels de la santé, mais à destination de leurs patients - rôle de prescripteur-
- 21 Les applications de télésurveillance⁸ illustrent ce deuxième cas de figure. La caractéristique de ces applications est de recourir à des techniques peu sophistiquées et souvent pré-existantes, comme le réseau national de télécommunications, la télématique, le télécopieur, voire l'*Internet*. La mise en place d'un système de télésurveillance accompagne le plus souvent l'évolution d'une pratique médicale ou de soin. Le dispositif est souvent circonscrit à une spécialité, voire à un service. L'approche est pragmatique et repose sur des considérations médicales (médecine curative - amélioration des traitements - ou médecine préventive). L'application du service de médecine préventive cardio-vasculaire de l'hôpital Broussais en partenariat avec la société Tam-Télesanté est symptomatique de cette configuration. En effet, l'utilisation quotidienne (ou non) de l'automesure tensionnelle, avec télétransmission des données acheminées entre le domicile du patient et l'hôpital, permet aux hypertendus sévères d'être surveillés plus régulièrement, aux autres hypertendus de moins se déplacer ou de trouver plus facilement un lieu de prise en charge et aux médecins de traiter des données recueillies d'une manière informatique, soit pour affiner un diagnostic, soit pour rechercher une meilleure optimisation de la posologie. Ce type de configuration repose sur une certaine autonomisation du patient, l'appropriation d'un savoir-faire et vise à l'éducation du patient. Ainsi, on l'aura compris, le patient a un rôle majeur à tenir.
- 22 L'hospitalisation à domicile et le suivi de maladies chroniques (patients atteints d'insuffisances respiratoires, diabétiques, femmes à grossesse à risques, malades atteints du sida...) constituent les secteurs où l'application de la télésurveillance trouve des applications immédiates.
- 23 L'intérêt porté par certains acteurs économiques (compagnies d'assurances, sociétés de services, laboratoires pharmaceutiques, opérateurs de télécommunications...) à ce type de télésurveillance pourrait à terme favoriser la transposition de ce dispositif à un nombre plus important de pathologies. Suivant en cela les traces de Cardiatel (premier centre français à proposer le concept de télésurveillance cardiologique, qui avait été racheté au début des années 90 par l'assureur G.M.F.), d'autres sociétés pourraient se constituer. Indiquons que cette société effectue le suivi des patients de plus de trois cents

cardiologues du secteur libéral et bénéficie de surcroît de contrats avec l'industrie pharmaceutique pour évaluer les médicaments avant leur mise en marché. Nul doute que l'entrée en scène des laboratoires pharmaceutiques ne sera pas sans conséquences sur le développement de la télésurveillance dans les années à venir, d'autant que les industriels de ce secteur disposent d'un fort pouvoir d'investissement. Précisons qu'en Grande-Bretagne, les laboratoires pharmaceutiques sont devenus, ces dernières années, les principaux financeurs de la télésurveillance alors qu'aux États-Unis, ce sont les opérateurs locaux de télécommunication qui le sont (Carré, Panico, Sammer, 1998). Qu'en sera-t-il en France ?

Offre s'adressant aux patients

- 24 Elle est encore peu présente en France mais beaucoup de dispositifs sont en gestation dans le secteur de l'assurance (compagnies d'assurances, mutuelles, entre autres) et pourraient se développer en confortant à moyen terme les pratiques que l'on pourrait qualifier d'une manière générique d'« assistance individualisée », d'« autonomisation » du patient, voire d'« auto-soin ». D'autres sont pensées dans le cadre officiel de la construction des Autoroutes de l'Information et la constitution sur le plan régional de filières de téléservices s'intéressant tout autant à l'économie, à la formation, à la culture qu'à la santé (logique d'informatisation sociale). Cette offre de téléservices est pensée dans une perspective d'aménagement du territoire, de développement économique qui prendrait pour cible l'individu dans ses multiples dimensions, participant ainsi à la constitution d'une nouvelle économie de l'échange sur les réseaux de télécommunications. Signalons que, le plus souvent, les acteurs en charge de la mise en œuvre des plates-formes régionales des AI ont pour modèle de diffusion des téléservices facturables, du *pay per view*, de la transaction marchande qu'ils espèrent voir se réaliser au travers de la mise en forme d'une offre.
- 25 Plutôt que d'inventorier ce qui se passe en France, il semble plus pertinent de retenir un cas de figure à la fois établi et symptomatique de la constitution d'une offre de services aux particuliers en matière de téléassistance médicale. Nous allons examiner une offre de téléservices proposée par la société TéléMédixys au Canada⁹. La société TéléMédixys est née du partenariat de trois sociétés appartenant à trois secteurs d'activités différents : Bell Canada (opérateur de télécommunications), Imasco (chaîne de distribution dans le secteur de la pharmacie) et le groupe Médixys¹⁰ (fournisseur de soins auprès des entreprises). Cette société offre, moyennant contrat et rémunération, la possibilité à des patients d'effectuer eux-mêmes leur électrocardiogramme (E.C.G.) et de transmettre celui-ci de n'importe où, par l'intermédiaire de n'importe quel appareil de communication (téléphone filaire, radio, satellite...). Cette société peut ensuite répercuter l'information au médecin du patient, identifier les différences entre l'E.C.G. qu'elle a reçu et l'E.C.G. de référence du patient et permettre à celui-ci de recevoir les soins requis. Ainsi, en composant un numéro d'appel sans frais, de la centrale de monitoring, le patient bénéficie 24h/24 du soutien d'une équipe de professionnels de la santé. Dans sa plaquette publicitaire, TéléMédixys met en avant, pour les personnes atteintes de problèmes cardiaques et pour leur famille, quatre arguments : l'accessibilité au centre de surveillance à tout moment, l'assistance immédiate, l'optimisation des chances de survie et la tranquillité d'esprit. Deux autres arguments n'y figurent pas alors qu'ils sont mis en avant dans les plaquettes publicitaires à destination des professionnels du soin : il s'agit

d'une part de « la supériorité des moniteurs cardiaques utilisés sur la méthode Holter » et d'autre part de « la réduction des charges afférentes ». La réduction des charges afférentes demande quelques explications complémentaires. Elle signifie que le service proposé doit éviter aux médecins que les patients se présentent auprès d'eux ou aux urgences des hôpitaux en cas de problème. Ainsi, le dispositif technico-organisationnel proposé permet aux patients, si l'E.C.G. et les symptômes perçus ne suscitent pas d'intervention, de leur éviter des déplacements inutiles et pour les professionnels du soin le désengorgement des urgences. L'objectif de cette société n'est pas de s'en tenir aux E.C.G., mais d'offrir à partir d'un centre d'appel d'autres services payants (par exemple le monitoring des fonctions respiratoires des patients souffrant d'asthme ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques ainsi que le suivi de l'activité cardiaque du fœtus et des contractions utérines de la femme enceinte) pour assister les patients lors de leurs déplacements en Amérique du Nord.

Perspectives et limites du développement des téléservices en santé

- 26 L'espace dont nous disposons ici étant insuffisant pour exposer en détail les perspectives et limites de tous les dispositifs technico-organisationnels mentionnés précédemment, trop brièvement, nous nous contenterons de les traiter d'une manière générique.
- 27 S'interroger sur les conditions de viabilité et de diffusion des dispositifs technico-organisationnels, c'est prendre une certaine distance vis-à-vis des discours prométhéens tenus par les administrateurs, industriels, promoteurs de la télémédecine, de la mise en réseau et de la constitution d'une offre de téléservices, c'est ne pas oublier de considérer les problèmes techniques propres à chaque application médicale, c'est également prendre en compte les « résistances » tant endogènes qu'exogènes que ces applications suscitent, mais également évaluer les contradictions économiques et sociales dont elles sont porteuses. À défaut de traiter l'ensemble de ces questions, les éléments de réflexion qui suivent ont pour le moins le but d'en préciser quelques-unes.
- 28 Concernant les discours, ils multiplient trop souvent les effets d'annonce sur l'expérimentation de projets spectaculaires qui témoignent d'une vision progressiste de type « médecine de pointe » mais oublient que les projets de télémédecine, mise en réseau, offre de services dans le champ de la santé s'inscrivent tout à la fois dans les ressorts de la modernisation¹¹ du secteur de la santé en cours, de la maîtrise des coûts, de la rationalisation des actes, du contrôle grandissant des pratiques soignantes, voire même d'une certaine « servuction » (incitations, adressées à l'usager, à prendre en charge une partie des tâches antérieurement dévolues aux professionnels de la santé et à l'hôpital), dont la justification ne va pas de soi.
- 29 En matière de diffusion des T.I.C., n'oublions pas que celle-ci, dans une société, s'opère sur le long terme et que l'appropriation sociale s'effectue toujours à travers un processus lent et quelque peu chaotique. L'exemple de la télématique à la française est là pour nous le rappeler. À l'opposé du grand public, comme le soulignait M. Guillaume, la diffusion des T.I.C. ne s'opère pas de façon linéaire, ni dans le temps, ni dans les groupes sociaux concernés puisque l'utilisation d'une technique comporte des détournements, des rejets, des hybridations, bref des effets souvent non prévus dans les projets initiaux¹². Ceci n'est pas sans conséquences dans le domaine médical. Il ne faut pas non plus dans le champ

organisationnel surévaluer l'« impact » du changement technique et trop privilégier le comportement des innovateurs d'autant que certaines analyses ont souligné que la réussite de l'implantation de nouvelles applications informatiques dans les organisations de travail passe, le plus souvent, comme l'indique F. Pavé, par son « dévoiement »¹³.

- 30 À propos des considérations techniques, il faut souligner qu'il n'existe pas (ou pas encore ?) d'applications génériques en matière d'informatique et de télécommunications facilement transposables entre spécialités médicales, voire au sein d'une même spécialité médicale. Les interfaces doivent systématiquement être conçues pour répondre aux normes médicales et aux attentes des praticiens. Rappelons que tout produit générique usité en santé doit passer obligatoirement par un processus de médicalisation afin de répondre à un protocole médical strict. Les dispositifs techniques ne sont donc pas transposables aisément. Ceci est d'autant plus important à prendre en compte lorsque l'application développée en matière de télésurveillance ou de téléassistance, par exemple, s'adresse prioritairement à des patients. De plus, indiquons que la grande variété de standards techniques présents dans les hôpitaux ne favorise guère, même si l'on constate des évolutions, une généralisation spontanée de certains dispositifs génériques.
- 31 Les « résistances » endogènes et exogènes sont nombreuses pour la simple raison que les dispositifs mentionnés ont, le plus souvent, vocation de transformer à terme les habitudes de travail, les comportements, les formes de coopération et les modes d'accès aux soins. Sans pouvoir ici analyser d'une manière approfondie ce processus, il est possible d'identifier trois configurations qui produiront sans nul doute une appropriation sociale, des pratiques et des usages différenciés puisqu'elles renvoient à des logiques sous-jacentes diversifiées :
- la télésurveillance s'attache à la figure du *reengineering* du secteur de la santé autour du patient, à l'amélioration de la prise en charge de certaines maladies chroniques et a pour objectif de prendre en compte la récente prédominance des maladies chroniques sur les maladies infectieuses ;
 - la mise en réseau s'attache tout à la fois à une certaine « industrialisation » des activités de soins et vise une « publicisation » des modes de gestion du soin. Par « industrialisation », il faut entendre l'amélioration des critères de jugement des performances (augmentation de la productivité, réduction des coûts, standardisation des procédures). La « publicisation » a pour vocation de préparer les esprits à la modernisation du secteur de la santé, à la mise en circulation de l'information médicale et surtout à la remise en cause du colloque singulier qui définit la relation entre le patient et le médecin et les professionnels de santé entre eux.
 - les bouquets de services visent, quant à eux, à la mise en marché des services de soins favorisant à plus long terme une nouvelle économie des échanges par et sur les réseaux.
- 32 Concernant les contradictions dont ces dispositifs sont porteurs, nous pouvons dire qu'elles sont nombreuses. Ne pouvant toutes les traiter, nous avons pris le parti d'en évoquer deux pour les illustrer : l'hospitalisation à domicile et les conditions de prise en charge par les caisses primaires d'assurance maladie des actes effectués à distance.
- 33 L'hospitalisation à domicile est recherchée à la fois pour réduire les coûts hospitaliers, mais également pour favoriser à distance la prise en charge hospitalière, via des dispositifs de télésurveillance (*télémonitoring*) de patients atteints de maladies chroniques et de personnes âgées. Cette évolution pourrait être partiellement remise en cause, et ceci pour trois raisons. La première tient à l'accélération du vieillissement de la population. Selon l'INSEE, la population des personnes âgées de plus de 60 ans était de 11 millions en 1990, soit 19,2 % de la population française, alors que cette proportion sera de 23,6 % en

2010 et que la proportion des personnes de plus de 75 ans aura augmenté de plus de 40 % d'ici 2010¹⁴. Des questions se posent dès lors : comment cette population pourra-t-elle pratiquer l'auto-soin et est-ce que la sphère familiale acceptera de prendre en charge une partie des soins dans le cadre de la solidarité intergénérationnelle ? La deuxième question tient tout à la fois à la norme éthique (impossibilité en France pour un médecin de délivrer une ordonnance sans avoir vu le patient) et à l'absence de nomenclature et de réglementation pour gérer la prise en charge ainsi que le remboursement des consultations à distance¹⁵. Enfin la troisième est la résultante de l'évolution de déterminants socio-économiques. La montée de la pauvreté et de l'exclusion sociale depuis le début des années 90 d'une partie de la population française ne va-t-elle pas faire ressurgir le rôle et la fonction de l'hôpital dans la société et aller à l'encontre de l'évolution souhaitée¹⁶ actuellement par les pouvoirs publics.

- 34 La prise en charge des coûts en matière de dépenses de santé soulève également de nombreuses interrogations, voire contradictions. Alors que les pouvoirs publics font du virage ambulatoire l'un des axes de leur politique en matière de santé, on constate tout d'abord une diminution très nette des remboursements des soins ambulatoires par les caisses primaires d'assurance maladie, ces dernières années (-9,6 %). Certes, cette moindre prise en charge est en grande partie comblée par le développement de couvertures « complémentaires maladies » proposées par les compagnies d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance diverses, mais dont la plupart du temps les plus démunis ne bénéficient pas. On constate ensuite que les caisses primaires d'assurance ne prennent toujours pas en charge certaines dépenses provenant des nouvelles méthodes d'investigation comme l'auto-mesure tensionnelle. Cette dernière n'étant pas inscrite à la nomenclature des actes, elle n'est toujours pas considérée comme un acte médical dans notre pays. De ce fait, les caisses primaires d'assurance maladie ne prennent pas en charge le remboursement des appareils nécessaires à ce type d'investigation¹⁷. On constate enfin que le désengagement de l'État (ou son non engagement comme nous venons de le voir) favorise l'entrée ou le renforcement de la position de certains acteurs privés dans le secteur de la santé. À titre d'exemple, notons que les services permettant l'amélioration de la qualité de vie et de services rendus aux personnes se développent actuellement selon une logique plutôt assurantielle et privative et pourraient à terme déboucher sur le suivi du patient et la continuité des soins en dehors des contraintes administratives territoriales. L'intérêt porté par ces nouveaux acteurs au champ de la santé semble renforcer certaines prédictions, notamment celles avancées en Amérique du Nord par l'Hudson Institute « *Workforce 2020* » sur l'évolution du marché de l'emploi pour les vingt prochaines années. Cet institut signale que les emplois qui vont le plus progresser sont ceux liés aux « services à domicile » (taux de croissance de 119 % entre 1994-2005) et ceux liés aux « soins à domicile » (croissance de 102 % entre 1994-2005). Rappelons qu'en France, en 1997, les ménages français ont dépensé 1 052 milliards de francs en prestations de services marchands, soit 21,7 % de leur consommation totale (16 % en 1970). Cette augmentation tient à deux facteurs : l'évolution des prix des services et la progression des dépenses de santé. Insensible à la conjoncture économique, le budget santé est devenu le quatrième poste des dépenses après le logement, l'alimentation et les transports (I.N.S.E.E., 1999). Signalons également, pour en terminer, que les résultats de l'enquête menée en Europe sur la population disposée à payer 10 Euros pour accéder à un téléservice dans l'Union européenne montrent l'intérêt porté par nos compatriotes pour le développement de services de soin à distance. Les Français interrogés plébiscitent prioritairement deux types de téléservices : l'apprentissage à

distance (17,7 %) et la télémédecine (13,8 %¹⁸. Ce nouveau marché en voie de constitution n'aurait-il pas comme corollaire le développement d'une médecine à deux vitesses, même si les pouvoirs publics viennent de créer une couverture maladie universelle (CMU) pour lutter contre l'exclusion ?

BIBLIOGRAPHIE

- Breton, T.**, (1994), *Les téléservices en France. Quels marchés pour les autoroutes de l'information ?* Rapport au ministre d'État, ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire et au ministre des Entreprises et du Développement économique, La Documentation Française, Paris.
- Carré, D., Panico, R.**, (1999), « Quelques considérations sur la constitution d'une offre de téléservices dans le secteur de la santé », in *Usages et Services de télécommunications*, Actes du 2e colloque international, ICUST, Arcachon, 7-9 juin 1999.
- Carré, D., Lacroix, J. G.**, (1999), *Virage ambulatoire et Autoroutes de l'Information dans le secteur de la santé*, n° 47, mai 1999, « Sciences de la Société », pp. 23-41.
- Carré, D., Panico, R.**, (1998), *Entre urgences et neurochirurgie : le réseau de téléradiologie*, Programme européen FLEXCOT, Targeted Socio-Économic Research (TSER) - European Commission, DG XII/LabSIC, Université Paris-Nord, ronéoté.
- Carré, D., Panico, R.**, (1998), « Imagerie médicale, rationalisation et mise en réseau du soin », in Société Française de l'Information et de la Communication - SFSIC - (1998) : *Médiations sociales, système d'information et réseaux de communication*, Actes du 11e Congrès National des Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Metz, 3-5 décembre 1998.
- Carré, D., Panico, R., Sammer, C.**, (1998), *De la télémédecine à la gestion en réseau du soin. Processus de construction des Autoroutes de l'Information*, LabSIC, Université Paris-Nord, ronéoté.
- Guillaume, M.**, sous la direction de -, (1997), *Où vont les autoroutes de l'information ?* Commissariat Général du Plan - Commission européenne, Descartes & Cie, Paris.
- INSEE**, (1999), *La France des services*, édition 1999.
- Lasserre, B.**, - Rapport présidé par -, (2000), *L'État et les technologies de l'information. Vers une administration à accès pluriel*, La Documentation Française, Paris.
- Moeglin, P., Tremblay, G.**, (1999), *Campus virtuel. Les avatars de la convergence, et Campus virtuel, marché réel*, n° 47, mai 1999, « Sciences de la Société », pp. 91-106 et pp. 109-122
- Groupe de prospective du système de santé — Présidé par R. Soubie**, (1993), *Santé 2010*, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française, Paris.
- Pavé, F.**, (1989), *L'illusion informaticienne*, L'Harmattan, Collection Logiques sociales.
- Programme d'action gouvernemental**, (1998), *Préparer l'entrée de la France dans la société de l'information*, La Documentation Française, Paris.

Rolland, Y., Robache, P., Rambeau, M., Duvauferrier, R., Ramée, A., (1998), *Optimisation d'un système de téléradiologie entre deux hôpitaux gériatriques et un département d'imagerie d'un CHU*, Hôpital Sud de Rennes, Département de Radiologie et d'Imagerie médicale, ronéoté.

Thierry, J.-P., (1993), *La télémédecine : enjeux médicaux et industriels*, Rapport aux ministères de l'Industrie, des Postes et Télécommunications, du Commerce extérieur, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, ronéoté.

Volovitich, P., (1998), *L'hôpital public en plein chantier*, n° 155, janvier 1998, « Alternatives économiques », pp. 59-62.

NOTES

1. Rapport du groupe présidé par Bruno Lasserre, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française, Paris, janvier 2000.
2. Pour une analyse de ce secteur, il est possible de se reporter à l'article de P. Moeglin, G. Tremblay (1999) : « Campus virtuel, marché réel. Avatars de la convergence et de l'industrialisation dans le champ de la formation », *Sciences de la société*, n° 47, mai 1999.
3. Quelques chiffres pour illustrer l'importance prise en France par le secteur de la santé dans la dynamique sociale et l'incidence déséquilibrante que celui-ci fait exercer sur les finances publiques : 1 660 000 personnes étaient employées dans ce secteur en 1996, ce qui représentait 7,4 % des actifs. Signalons également que les effectifs ont augmenté de 20 % entre 1982 et 1992 et que le nombre de médecins est passé, entre 1973 et 1993, de 1,3 médecin pour mille habitants à 2,8. Précisons que, sur le plan financier, les dépenses médicales s'élevaient à 717 milliards de francs en 1996 soit 12 276 F par habitant/an, ce qui représentait 9,8 % du PIB, alors que cette proportion n'était que de 7,6 % en 1980 et de 4,6 % en 1960.
4. Pour de plus amples informations sur ces quatre piliers, il est possible de se reporter à l'article de D. Carré, J. G. Lacroix (1999) : « Virage ambulatoire et Autoroutes de l'Information dans le secteur de la santé », *Sciences de la Société*, n° 47, mai 1999.
5. Pour de plus amples renseignements cf. D. Carré, R. Panico (1998) : « Imagerie médiacale, rationalisation et mise en réseau du soin », in Société Française de l'Information et de la Communication - S.F.S.I.C. - (1998) : *Médiations sociales, système d'information et réseaux de communication*, Actes du 11e Congrès National des Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Metz, 3-5 décembre 1998.
6. Cf. Y. Rolland, P. Robache, M. Rambeau, R. Duvauferrier, A. Ramée (1998) : *Optimisation d'un système de téléradiologie entre deux hôpitaux gériatriques et un département d'imagerie d'un CHU*, Hôpital Sud de Rennes-Département de Radiologie et d'Imagerie médicale.
7. Pour de plus amples informations cf. D. Carré, R. Panico (1998) : *Entre urgences et neurochirurgie : le réseau de téléradiologie*, Programme de recherche européen FLEXCOT, Targeted Socio-Economic Research (TSER) - European Commission, DG XII/LabSIC, Université Paris-Nord.
8. Carré, D. (1998) : « Convergences et Autoroutes de l'Information dans le secteur de la santé : le cas de la France », Communication au 14e Congrès mondial de Sociologie, Montréal 26 juillet-1er août 1998.
9. Les quelques lignes qui suivent proviennent de l'article de D. Carré, J. G. Lacroix (1999) : « Virage ambulatoire et Autoroutes de l'Information », *Sciences de la Société*, n° 47, mai 1999.
10. Ce groupe comptabilisait en 1997 deux cents employés et plus de mille professionnels de la santé travaillant pour elle à temps partiel dans sept bureaux en Amérique du Nord (Québec, Ontario, Colombie britannique, Arizona, Texas).
11. Indiquons qu'en 1989, selon le rapport Breton, « environ un établissement hospitalier français sur deux avait un système informatique à peu près complet, mais seulement un

établissement sur cinq avait une application informatique concernant l'admission et le suivi des patients ou la gestion du personnel de soins » et que d'après une étude menée par l'Idate en 1991 sur un échantillon de 84 établissements hospitaliers français, celle-ci a montré que « si deux tiers des établissements avaient un schéma directeur en informatique, seul un peu moins d'un quart d'entre-eux avaient formalisé leurs besoins en matière de télécommunications » cf. Breton, T. (1994) : *Les téléservices en France. Quels marchés pour les autoroutes de l'information ?*, rapport au ministre d'État, ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire et au ministre des Entreprises et du Développement économique, La Documentation Française, Paris, p. 234 et p. 236.

12. Guillaume, M. - Sous la direction de - (1997) : *Où vont les autoroutes de l'information ?*, Commissariat Général du Plan - Commission européenne, Descartes & Cie, Paris, p. 93.

13. Pavé, F. (1989) : *L'illusion informaticienne*, L'Harmattan, Collection Logiques sociales, Paris.

14. Groupe de « Prospective du système de santé » présidé par R. Soubie (1993) : *Santé 2010*, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française, Paris.

15. Pour de plus amples informations à ce sujet, se reporter à Thierry, J. P. (1993) : *La télémédecine : enjeux médicaux et industriels*, Rapport aux ministères de l'Industrie, des Postes et Télécommunications, du Commerce extérieur, de l'Enseignement supérieur et la Recherche, des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris.

16. Voir à ce sujet l'article de P. Volovitch (1998) : « L'hôpital public en plein chantier », *Alternatives économiques*, n° 155, janvier 1998, pp. 59-63.

17. Les caisses primaires d'assurance maladie ne prennent pas en charge les 600 à 1 000 francs nécessaires pour rembourser les appareils d'auto-mesure bien qu'une étude ait montré que le ratio coût/efficacité est favorable à cette approche et que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) préconise cette méthode.

18. Source : ESIS-IPSO, Commission européenne, 1997.

RÉSUMÉS

L'objet de l'article consiste à analyser de quelle manière la réorganisation du secteur de la santé qui s'inscrit elle-même dans un processus plus large de modernisation des services publics favorise, à la frontière du marchand et du non marchand, l'émergence d'une offre de téléservices en santé. Après avoir rappelé que cette offre naissante est inscrite au cœur même du « virage ambulatoire » (diminution de la durée d'hospitalisation, chirurgie d'un jour, maintien du patient dans son milieu naturel, éducation du patient, implication accrue du patient dans l'acte de soin...), l'auteur montre que les dispositifs technico-organisationnels étudiés relèvent d'une relation complexe entre public et privé et s'appuient sur trois types de configuration technico-organisationnelle : la mise en réseau s'attache tout à la fois à l'« industrialisation » des activités soignantes et à la « publicisation » des modes de gestion du soin, la télésurveillance (télémonitoring) s'attache à la figure du reengineering du secteur de la santé autour du patient et à l'amélioration de la prise en charge de certaines maladies chroniques, enfin la constitution d'une offre commerciale de services (bouquets de services) vise la mise en marché des services de soins favorisant à plus long terme une nouvelle économie des échanges via les réseaux. Ainsi la nouvelle forme de rationalisation qui se met progressivement en place semble donner une place plus importante au patient. Après avoir dressé une typologie des destinataires de cette offre

encore balbutiante, l'auteur évalue les perspectives et les limites du développement, en santé, des téléservices et soulève certaines contradictions.

This paper analyzes the manner in which the restructuring of public health services that is part of a wider project of modernization of state public services, favors the development of tele-services in the public health sector. This development is at the heart of both a market-oriented rationale and a non-market one. The paper shows that this development is at the very heart of changes in patient processing, including the shortening of the hospitalization periods, same-day surgery, home-based patient care, patient education, and greater patient involvement in the medical treatment. It then shows that the technical and organizational aspects of the process under study in a complex relationship with both the public and the private sectors and their logics and are based on three different types of technical and organizational configurations. Firstly, the fact that the public health sector is becoming a network is linked to the industrialization of medical activities and the desire to make the modes of management of healthcare publicly known. Secondly, tele-monitoring is concerned with public health sector reengineering around the patient as well as improving the handling of chronic diseases. Finally, the commercialization of bunched public health services helps first their marketing, then the development of a new exchange economy through the networks. Thus the new form of rationalization that is developing grants growing importance to the patient. After constructing a typology of the beneficiaries of this nascent development, the paper evaluates the prospects and limitations of the development of tele-services in healthcare and points out some contradictions.

INDEX

Mots-clés : santé, service public, téléservice, marchandisation, libéralisation

Keywords : health, public service, teleservice, commodification, liberalization

AUTEUR

DOMINIQUE CARRÉ

Dominique Carré est sociologue, maître de conférences en Sciences de l'Information et de la Communication et Directeur de l'UFR/IUP des Sciences de la Communication de l'Université Paris-Nord. Il anime l'axe de recherche « Approches socio-techniques de la diffusion des innovations en communication » au Laboratoire des Sciences de l'Information et de la Communication - LabSIC - de l'Université Paris-Nord. Les travaux qu'il mène portent tout à la fois sur la manière de penser et de conduire la mise en réseau de la société, les pratiques de médiations technico-culturelles et l'évaluation technique, sociale, organisationnelle et environnementale des innovations en communication et des modèles organisationnels flexibles. Il a participé récemment aux travaux menés par le Groupe présidé par Bruno Lasserre sur « L'État et les technologies de l'information. Vers une administration à accès pluriel ». Rapport publié par le Commissariat Général du Plan à La Documentation Française en janvier 2000.