

Économie et institutions

24 | 2016 Varia

La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions

Nicolas Da Silva et Amandine Rauly



Édition électronique

URL: http://journals.openedition.org/ei/5758

DOI: 10.4000/ei.5758 ISSN: 2553-1891

Éditeur

Association Économie et Institutions

Référence électronique

Nicolas Da Silva et Amandine Rauly, « La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions », Économie et institutions [En ligne], 24 | 2016, mis en ligne le 30 juin 2016, consulté le 19 avril 2019. URL : http://journals.openedition.org/ei/5758; DOI: 10.4000/ei.5758

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Revue Économie et institutions

La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions

Nicolas Da Silva et Amandine Rauly

Introduction

La télémédecine, 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). L'innovation de télémédecine est alors exclusivement réservée à une activité hospitalière, permettant l'intervention à distance de professionnels de santé au cours d'une opération. 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) et que la diffusion de l'innovation concerne la médecine de ville. La reconnaissance juridique de la télémédecine 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 en France et lui confère une définition officielle : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ». D'un outil de production de soins à distance elle devient une nouvelle forme organisationnelle présentée comme une solution pertinente à un grand nombre de problèmes du système de santé. Ce regain d'intérêt pour la télémédecine dans les débats publics a en effet lieu dans un contexte particulier : le système de santé français est confronté à une double critique de la part des organismes de tutelle (Batifoulier et al., 2007a, Letourmy, 2000). La première concerne l'efficacité des structures de soins de ville et à l'hôpital. La qualité des prestations de soins et l'allocation des ressources sont jugées non optimales. La seconde fait référence à l'encadrement de la dépense de santé. Si la santé n'a pas de prix elle a toutefois un coût qu'il convient à présent de surveiller et la télémédecine apparaît comme un outil permettant de réduire certaines dépenses inutiles.

- Nous nous intéressons ici à l'un des objectifs prioritaires de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine : l'inclusion de la médecine libérale dans le cadre d'un parcours de soin décloisonné entre médecine de ville et hôpital et entre secteur médical et médico-social. La réussite de cette politique publique dépend étroitement des réactions des médecins libéraux face à la réorganisation de leur pratique. Seront-ils prêts à coopérer avec les acteurs compétents dans le but de mettre en œuvre la stratégie de déploiement ? Les dernières statistiques disponibles sur les projets de télémédecine mettent en évidence un constat mitigé : sur 331 projets de télémédecine recensés sur le territoire national, seulement 30 % impliquent la médecine de ville (DGOS, 2013).
- Face à la faiblesse du nombre de projets impliquant la médecine ambulatoire, le rôle attribué à la télémédecine 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 instrument de renouvellement de l'action publique? Notre hypothèse est que, loin de n'être qu'une innovation technologique, la télémédecine 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. Notons qu'il ne s'agit pas ici d'écrire en défense de la médecine libérale. Nous nous inscrivons dans une démarche compréhensive visant à étudier le degré de légitimité de la résistance de la profession médicale face aux tentatives de « rationalisation » dont elle fait l'objet. Autrement dit, s'interroger sur les raisons pour lesquelles les médecins libéraux refusent assez largement de souscrire au mouvement réformateur ne vaut pas quitus de bonne gestion pour l'organisation actuelle (Favereau, 2011).
- La télémédecine est présentée comme une innovation au service du médecin et du patient. Pourtant, ses modalités d'application, telles qu'elles sont décrites dans la Stratégie nationale de déploiement (voir l'Encadré 1), impliquent 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-médecin (1). En introduisant la télémédecine au sein même du « colloque singulier », il deviendrait possible de réduire l'asymétrie d'information qui bénéficie au médecin, et de procéder à une standardisation de l'activité médicale. Néanmoins, cette stratégie n'obtient pas l'adhésion des usagers. La théorie de l'information que sous-tend l'Économie des conventions peut alors être mobilisée pour comprendre les limites de la télémédecine telle qu'elle est envisagée (2). La télémédecine bouscule les représentations traditionnelles de la profession médicale ce qui remet en cause l'autonomie du médecin dans sa pratique ainsi que sa position dominante parmi les autres producteurs de soins.

Encadré 1 : La stratégie nationale de déploiement de la télémédecine

Élaborée par les services du ministère de la santé, la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a vu le jour suite à la publication du décret du 19 octobre 2010. Elle définit les acteurs institutionnels en charge du pilotage du déploiement (i), les activités dans lesquelles la télémédecine doit être introduite en

priorité (ii), les utilisateurs des dispositifs (iii) et les outils à leur disposition (iv). Le déploiement de la télémédecine en France est encadré par un comité de pilotage national animé par la Direction générale de l'offre de soins 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. Ce comité a été constitué afin de coordonner les différents acteurs concernés par la télémédecine : professionnels des champs de la santé, du social et de l'industrie. Il a recensé en 2011, au sein d'un plan national de déploiement, cinq chantiers prioritaires dans lesquels la télémédecine, doit être introduite :

- La permanence des soins en imagerie médicale,
- La prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux,
- La santé des personnes détenues,
- La prise en charge des maladies chroniques,
- Les soins en structure médico-sociale et en Hospitalisation à domicile. Le comité de pilotage délègue ensuite aux Agences régionales de santé (ARS) l'accompagnement des projets de télémédecine en termes de recommandations organisationnelles, techniques, économiques, financières et de bonnes pratiques. La télémédecine est ainsi intégrée au sein des projets régionaux de santé définis par chaque ARS. Le financement des projets se fait par le biais de subventions telles que les Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, les Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Le plan national de déploiement de la télémédecine propose également un ensemble d'outils :

- Technologiques (ex: Dossier médical personnalisé),
- Méthodologiques (ex : guide méthodologique pour l'élaboration de contrat de télémédecine),
- D'évaluation (ex : matrice d'impact des effets attendus de la télémédecine).
 Ces outils sont à disposition des utilisateurs que sont les professionnels de santé et les patients pour faciliter l'introduction de la télémédecine dans l'organisation des soins

1. La télémédecine, une innovation de santé publique?

Utilisée dans un premier temps de façon marginale et sans encadrement règlementaire, la télémédecine est aujourd'hui portée par la révolution du numérique en santé. Jusqu'à l'introduction d'une stratégie nationale de déploiement, la télémédecine était considérée quasi-unanimement comme une innovation miracle permettant de répondre aux problématiques de santé publique tout en bénéficiant de l'adhésion de l'ensemble des acteurs du système de santé (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 au service des médecins et des patients

- D'après ses promoteurs, à savoir successivement certains médecins et la puissance publique, la télémédecine résoudrait un grand nombre de problèmes du système de santé. Du point de vue de l'offre de soins, le recours à la télémédecine 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. L'introduction de la technologie dans la pratique médicale n'est donc pas contraignante à condition qu'elle respecte les fondements de la médecine libérale. En 2009, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a publié un livre blanc sur la télémédecine qui précise qu'« à toute époque, les médecins ont incorporé dans leurs pratiques les innovations technologiques, afin d'améliorer l'exercice de leur art au service de la qualité des soins et de la prise en charge des patients. La diffusion de ces technologies a toujours conduit à de nouvelles façons d'exercer la médecine » (Lucas et al., 2009).
- Du point de vue de la demande de soins, la télémédecine 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. Ainsi, l'étude¹ réalisée par la Fondation de l'avenir en 2012 révèle que 74 % des personnes interrogées ont une bonne image de la télémédecine et que 56 % d'entre elles accepteraient de faire appel à la téléconsultation et 60 % à la télésurveillance (Genuit et Duboscq, 2012). Si la distance entre le professionnel de santé et le patient fait partie des points négatifs soulevés par les personnes enquêtées, l'absence de contact physique reste acceptable pour ces derniers si cela permet de réduire le temps d'attente et ne remet pas en question la qualité des actes. Par ailleurs, Anne-Briac Bili (2012) met en évidence le fait que les patients ont été « éduqués » par le discours des pouvoirs publics selon lequel il est nécessaire que le malade accepte et participe au changement de l'organisation des soins en contrepartie d'une promesse de qualité des soins. Les préceptes du managed care auraient donc reçu l'adhésion des demandeurs de soins dans la perspective consumériste de démocratie sanitaire (Batifoulier et al., 2011).
- Enfin, l'outil de télémédecine est considéré par la tutelle comme un instrument permettant simultanément de réduire les coûts de la santé en limitant les transports des patients et les durées d'hospitalisations, et d'améliorer la qualité des soins en utilisant des technologies de pointes (Hazebroucq, 2003).
- 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 télémédecine devient à leurs yeux un Système d'information qui rendrait possible l'évaluation de l'efficience 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 télémédecine. La réponse pourrait résider dans le support de la politique publique de déploiement. Il semblerait que celui-ci repose sur les résultats de la théorie de l'agence : la stratégie de déploiement de la télémédecine s'insère en effet dans une politique de santé globale qui repose sur l'hypothèse 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 politiques publiques visant à encadrer cet opportunisme, se traduit alors par la recherche de mécanismes d'incitations à la « bonne conduite ». C'est à l'aune de ce cadrage théorique que s'exprime la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine.

1.2. Des modalités d'application, freins à sa diffusion

Les objectifs affichés de la télémédecine 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 problèmes d'appropriation de l'outil, d'autres arguments peuvent être développés pour rendre compte des freins à la diffusion de l'innovation. Les difficultés du déploiement de la télémédecine peuvent s'expliquer à partir des conflits de légitimité qui émergent de la production et de l'utilisation des systèmes d'information concernant le travail médical. Trois exemples permettent d'illustrer cette dimension stratégique de l'information.

Le premier exemple est celui des plateformes régionales de télémédecine. Une plateforme régionale de télémédecine est un espace dématérialisé accessible par internet qui s'intègre dans le cadre régional des systèmes d'information. Elle propose différentes applications telles que des webconférences pour les téléconsultations, des espaces collaboratifs divers pour les téléexpertises, télésurveillances et téléassistances, une messagerie de santé sécurisée pour partager des données médicales, etc. L'objectif est que tous les projets de télémédecine d'une même région utilisent les mêmes applications pour réaliser les actes de télémédecine. Pour cela, chaque plateforme doit respecter les critères d'interopérabilités de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé, crée en 2009). En France métropolitaine 16 régions possèdent une plateforme régionale de télémédecine dont la maitrise d'œuvre est assurée par l'ARS. Si la tutelle n'a pas accès aux données de santé partagées sur ces plateformes, elle peut en revanche accéder à différentes informations concernant les pratiques médicales dématérialisées à savoir le temps moyen d'une téléconsultation, le temps d'édition d'un rapport de téléexpertise ou le temps que passe un médecin à la consultation d'un compte rendu de télésurveillance. L'introduction de la tutelle dans la gestion de l'information vient alors modifier les modalités d'appropriation de l'innovation de la télémédecine par les usagers. L'outil technique devient potentiellement outil de contrôle.

Le deuxième exemple du rôle stratégique de l'information concerne les mécanismes mis en place pour inciter les médecins à utiliser les instruments produits par la tutelle. Le dépistage de la rétinopathie diabétique par télémédecine est actuellement le seul acte pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'une téléexpertise. Un orthoptiste (profession paramédicale) réalise l'acte technique, c'est à dire une rétinographie en couleur et transmet les clichés à un ophtalmologiste (profession médicale) qui réalise l'acte « intellectuel », c'est à dire l'interprétation de la rétinographie. Si l'orthoptiste utilise pour ce transfert une Messagerie de santé sécurisée (MSS) faisant partie de la liste habilitée par l'ASIP santé, il est rémunéré 17,42 €. En revanche, pour le même acte, s'il ne transmet pas les clichés par le biais d'une messagerie accréditée par l'ASIP santé, il est rémunéré 15,86 €. De son côté, l'ophtalmologiste doit interpréter les clichés et envoyer le compte rendu au médecin prescripteur dans un délai de 7 jours. S'il utilise une MSS il est rémunéré 11,30 € et n'est théoriquement pas rémunéré s'il utilise une autre messagerie. Dans les faits cette mesure n'est pas encore

appliquée. Toutefois il est possible d'envisager à terme que les informations non transmises pas une MSS, ne pourront plus faire l'objet d'une tarification. L'utilisation d'une MSS peut être interprétée comme une volonté de la tutelle de collecter des informations concernant la réalisation des actes de télémédecine. Or, parce que les fins de cette collecte ne sont pas encore définies, il n'est pas possible d'exclure un désir de contrôle.

13 L'exemple du dépistage de la rétinopathie diabétique par télémédecine illustre une nouvelle forme de division du travail dans la production de l'acte médical avec un transfert de l'acte technique à un professionnel paramédical. Cela permet d'introduire le troisième exemple de la dimension stratégique de l'information, celui de l'utilisation de la plateforme de télémédecine de la région Lorraine, la plateforme régionale « T-Lor ». Cette plateforme est limitée pour l'instant à la réalisation de téléexpertise en imagerie médicale. Un manipulateur en radiologie (profession paramédicale) réalise les clichés du patient et les envoie via T-Lor à un radiologue (profession médicale) qui se situe dans un périmètre géographique éloigné et qui transmettra ensuite le compte rendu au médecin prescripteur. Cette fois-ci, la télémédecine est le socle d'une nouvelle division du travail médical qui s'opère entre la réalisation de l'acte technique et celle de l'acte intellectuel qui est ici délocalisée. On ne sait plus s'il faut écrire T-Lor ou Taylor.

Au total, la question qui se pose est celle du lien entre les outils technologiques permettant le déploiement de la télémédecine 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 télémédecine offre la possibilité d'introduire au sein même de la relation médecinpatient 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 télémédecine. 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 télémédecine laisse entrevoir la disparition du monopole d'exercice de la médecine pour les médecins. Les outils de télémédecine, 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 télémédecine reste plus que marginal. Ainsi, plus que des problèmes d'asymétrie d'information, au sens de la théorie standard, c'est une question de légitimité de l'action qui bloque la télémédecine. Le cadre analytique standard, qui propose un focus sur le rôle des incitations dans le cadre de la télémédecine, n'est pas forcément pertinent. Nous proposons alors de recourir à une autre théorie de l'information pour comprendre les difficultés de la télémédecine.

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

16 Comprendre les limites de l'introduction de la télémédecine dans l'offre de soins nécessite une autre 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 à la 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).

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 télémédecine. Dans la lignée d'autres travaux en économie de la santé (Batifoulier et al., 2010, Batifoulier et al., 2007b), nous proposons alors une lecture par l'Économie des conventions². L'Économie des conventions revisite les problèmes d'information en postulant qu'en situation d'incertitude radicale³, les individus émettent un jugement sur ce qu'il convient de faire. Ce jugement dépend de modèles d'évaluation 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 cadres sociaux de coordination que la rationalité individuelle peut s'exercer. Deux questions traversent alors l'Économie des conventions : (i) quelles sont les conventions que mobilisent les individus dans l'activité économique ? (ii) comment ces conventions parviennent-elles ou non à s'imposer ?

À l'aide de ce cadre théorique, nous interprétons les problèmes d'application de la télémédecine comme le résultat d'un conflit de représentation entre deux types d'organisation 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 nouvelle grille de lecture des difficultés liées à l'introduction de la télémédecine en France (2.3).

2.1. Médecine libérale et convention professionnelle : autonomie complète

19 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 (lorsque ce dernier existe) est aléatoire, etc. Le médecin, aussi doué et aussi bien intentionné soitil, ne connait 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? C'est un problème classique en économie de la qualité: en situation d'incertitude il n'y a pas de marché, donc pas de coordination (Akerlof, 1970). Comment s'assurer de la qualité des soins en environnement incertain?

• (a). Le médecin est détenteur d'un savoir spécialisé. Une première justification de l'asymétrie d'information est donc purement économique : l'investissement dans ce savoir complexe et en mouvement est coûteux. Si le patient était aussi bien informé que le

médecin, il n'irait jamais le consulter. De ce point de vue, si l'on ne s'intéresse qu'à l'acte intellectuel, le diagnostic médical, le marché des soins est essentiellement un marché de l'information. Il s'agit pour le médecin, à partir de ses connaissances, de traduire des symptômes en diagnostic. Ce qui est échangé, ce sont des informations, par hypothèse inégalement réparties. Pourquoi alors déduire toutes les recommandations de politiques publiques du « problème » d'asymétrie d'information? En d'autres termes à quoi servent la télémédecine et les dispositifs de contrôle qui y sont associés? L'existence du médecin est la solution au problème d'asymétrie d'information. Plus généralement, dans le cas où ce qui est échangé est une information, s'intéresser à l'écart entre les observations et la situation de marché à information parfaite et complète devient absurde. Cela revient en effet à prendre pour étalon, pour Nirvana au sens de Demsetz (Demsetz, 1969), une situation où le marché... disparaitrait. Ici, l'asymétrie d'information ne détruit pas les conditions de l'échange, elle les créée. Sans asymétrie d'information pas besoin de médecin. La question pour l'économiste n'est alors pas tant de discuter des asymétries d'information que de discuter de la prise de décision en situation d'incertitude radicale. La question est : quelle procédure de décision adopter?

- (b). 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 ancré 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. La question est : comment s'assurer de l'engagement du médecin? Comment se prémunir de son opportunisme?
- (c). 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 s'en 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 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 (b) et (c) forment le cœur de la convention professionnelle. Nous qualifions cette convention de « professionnelle » en référence à la Nouvelle sociologie des professions (Champy, 2009, 2011) pour qui les professions sont des métiers particuliers dans lesquels le cœur de l'activité consiste à délibérer sur des cas complexes en situation d'incertitude radicale. 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. 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. Télémédecine et convention industrielle

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 contribue à l'érosion de la place traditionnellement occupée par le médecin dans l'organisation sociale.

La première est une crise économique. Sous l'effet des chocs pétroliers et de la crise économique qui déchire l'Europe, il n'est plus question de financer systématiquement des dépenses de santé socialisées en extension. La contrainte budgétaire devient le pivot du mode d'allocation des ressources (Pierru, 2007). L'ouverture du secteur 2 comme la perspective d'une délégation de tâches du médecin à d'autres professionnels sont des stratégies susceptibles de ralentir la hausse des dépenses de santé.

La deuxième est une crise de la preuve. La seconde moitié du 20^{ème} siècle voit le changement du régime d'attribution de la preuve en médecine, avec l'émergence et le développement de l'Evidence Based Medicine (Marks, 1999). La preuve devient avant tout statistique (par la méthode des essais cliniques randomisés) et peu importe l'autorité et le charisme du médecin. Cette nouvelle façon de faire de la recherche rend possible la construction de standards chiffrés, auparavant impensables. Ces standards forment ce que les juristes appellent la soft law. Présentés comme une source de réduction de la variabilité des pratiques (notamment et surtout de pratiques dangereuses), ils sont dans un premier temps non contraignants.

Enfin, la troisième est une crise de confiance. Avec l'apparition des maladies chroniques les patients deviennent les meilleurs connaisseurs de leur propre maladie (ex: SIDA), ce qui a pour effet de réduire l'autorité médicale. Les patients se structurent en association pour revendiquer la fin du paternalisme médical (Barbot et Dodier, 2000). L'asymétrie d'information entre patients et médecins se restreint. Il faut ajouter à cela diverses crises de santé publique, comme celle du sang contaminé, qui contribuent à rendre nécessaire une évolution du système de santé (Benamouzig et Besançon, 2005). Il ne semble plus raisonnable de ne pas contrôler l'expertise médicale.

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: les effets conjugués du poids de la contrainte budgétaire, de la perte de charisme du médecin, et des normes produites par le champ médical, conduisent à réorganiser le travail du médecin contre le médecin lui-même (Da Silva et Gadreau, 2015, 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 (b) et (c) substituées par les propositions (b') et (c').
 - (b'). Le savoir médial 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 la maladie à l'aide des nombres, 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, 1994). 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 pour garantir un niveau de qualité minimal. Il suffit que le professionnel de santé applique la norme. L'information pertinente existe et il est nécessaire de produire des Systèmes d'information visant à développer les bonnes pratiques. La question est : comment s'assurer de l'engagement du médecin? Comment se prémunir contre son opportunisme?
 - (c'). 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 télémédecine prend toute sa place dans ce renversement.

2.3. La télémédecine : conflit de représentations

- Nous pensons que les difficultés à l'introduction de la télémédecine peuvent s'expliquer par un conflit entre convention professionnelle et convention industrielle. La zone de tension se situe dans la confrontation des deux représentations de l'organisation des soins qui vient faire écho au déploiement de la télémédecine et qui, à terme, implique un repositionnement du médecin libéral dans le système de santé. Dès lors, ce conflit de représentation s'illustre dans quatre caractéristiques propres à la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine.
- La première caractéristique source de conflit de représentation est la conception industrielle du soin que la télémédecine propose. Parmi les dispositifs dont l'utilisation est plébiscitée par le comité de pilotage en charge du déploiement de la télémédecine se

trouve le Dossier médical personnel (DMP). Ce dernier doit faciliter l'accès à distance aux données médicales des patients et introduit une nouvelle transparence entre les informations détenues par les médecins et la tutelle. Si le DMP est présenté comme un outil permettant d'améliorer la prise en charge des patients grâce à un dossier médical « partagé », il a rapidement été rejeté par les médecins. Le partage de l'information 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 », « procès », « performance », et où le vocable « qualité » ne désigne rien d'autre que la standardisation des processus de production (ici de « services médicaux ») » (Schweitzer, 2012, p. 3). C'est ici que s'affirme le plus fortement une résistance au changement qui n'est pas réductible à la recherche d'intérêts privés. Ce qui est en cause c'est la bonne façon de faire de la médecine en environnement incertain.

La télémédecine, en apportant avec elle des procédures standardisées, remet en cause la convention professionnelle constitutive de la médecine libérale. Le syndicalisme médical français insiste sur l'importance des libertés du praticien (notamment la liberté de prescription, la liberté thérapeutique et le secret professionnel) et de l'autonomie complète du médecin pour la production d'une médecine de qualité (Hassenteufel, 1997). Ce libéralisme se traduit par l'autonomie complète du médecin. L'instauration de la télémédecine et le mouvement de « normalisation galopante » (Mascret, 2008) de la profession sont en rupture avec cette conception. La qualité des soins devient le fait de normes issues de l'Evidence based medecine qui, 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 (Da Silva, 2014, Keel, 2011, Labrousse, 2012).

Se pose alors la question de l'évaluation de la télémédecine et des médecins qui en sont partie prenante. La télémédecine est porteuse d'une nouvelle façon de faire, qui, malgré des débuts encourageants, n'emporte pas systématiquement l'adhésion lorsqu'il s'agit de sa mise en place concrète. Plus qu'un outil de partage de l'information, la télémédecine 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) qui remet en cause le principe d'autorégulation de la médecine libérale selon lequel seul un médecin serait capable de juger de l'action d'un autre médecin. Or, jusqu'à présent, les rares évaluations des projets de télémédecine ont révélé une « performance » toute relative de ces dispositifs (Pascal, 2012). L'évaluation d'un projet de télémédecine comporte trois volets : une évaluation de la performance économique, une évaluation médicale et une évaluation technologique (HAS, 2013). Quel que soit le critère de jugement, il n'est pas possible de prouver empiriquement l'efficacité de la télémédecine (Bergmo, 2009). Sur quelles bases peut-on alors justifier la modification des pratiques introduites par ce dispositif? L'utilisation des normes chiffrées par des non médecins questionne l'« art médical » et la singularité du patient. C'est alors la question du monopole d'exercice de la médecine et du positionnement du médecin libéral dans le système de santé français qui est en cause.

La deuxième caractéristique source de conflit de représentation fait référence à la répartition des tâches. En effet, la télémédecine implique nécessairement une évolution de l'attribution des tâches au sein du système de santé. Certains postes vont se complexifier (infirmiers par exemple) d'autres seront créés : les « télémédecins » (Esterle et al., 2011). Or, le transfert de compétences et la délégation de tâches remettent en cause un principe fondamental de la médecine libérale : le monopole d'exercice de la médecine.

L'analyse historique montre que le premier combat de la médecine libérale fut d'obtenir le monopole d'exercice de la médecine 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 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. Or, dans le cadre de la télémédecine, « dans de nombreuses situations, des tâches médicales de première importance sont ainsi déléguées à des médecins moins spécialisés, voire à des personnes n'appartenant pas au corps médical proprement, [il s'agit] d'activités intimement liées à ce qui constitue le cœur du métier de médecin, à savoir la production de jugements professionnels contribuant à établir le diagnostic » (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013, 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). La concurrence n'est plus entre médecins mais entre professionnels de santé. La délégation de tâches est donc bien plus qu'un simple problème de transfert d'informations dont la bonne incitation peut venir à bout: elle engendre un repositionnement du médecin libéral dans le système de santé.

La position de l'industrie des Technologies de l'information et de la communication renforce ce repositionnement. Il s'agit alors de la troisième caractéristique révélatrice d'un conflit de représentation. Le marché français d'équipement en produits pour la télémédecine, estimé à 110 millions d'euros par an, concerne les infrastructures des réseaux de santé, les services d'hébergement, les infrastructures de télécommunications, les services d'intégration, les conseils informatiques, les logiciels de télémédecine, les équipements de visioconférence, les dispositifs médicaux communicants, etc. (Caterina et al., 2010).

En 2011, la Fédération des industries électriques, électroniques et de communication et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé ont hiérarchisé les facteurs clés, selon eux, du succès de la télémédecine (Kassianides et Seguy, 2011). En tête on trouve la « réflexion stratégique entre acteurs publics et acteurs privés », autrement dit les partenariats entre la puissance publique et l'industrie française. La télémédecine « est un sujet qui doit impérativement être placé dans une logique de stratégie industrielle » (Kassianides et Seguy, 2011, p. 8). La participation des professionnels du champ de la santé n'apparaît qu'en cinquième position (sur sept): « répondre aux besoins des professionnels de santé et des patients » définis comme des clients usagers des dispositifs de télémédecine. Les usagers, professionnels et patients, apparaissent comme des agents passifs dans l'élaboration de la stratégie de déploiement de la télémédecine. Les industriels présentent les outils de télémédecine comme des moyens facilitant la normalisation des soins médicaux (Stratégies télécoms et multimédia, 2003), la rationalisation du temps de travail médical (Kassianides et Seguy, 2011), et l'adhésion des pouvoirs publics. Les professionnels de santé deviennent alors des techniciens au service de la télémédecine. Ils sont exclus de la production intellectuelle de l'acte de soins.

- Enfin, l'enjeu stratégique attribué à la télémédecine par la puissance publique révèle la dernière source de conflit de représentation. La position de la puissance publique est sans ambiguïté : la télémédecine doit permettre d'encadrer l'évolution de la dépense de santé. Cela passe par le transfert des compétences médicales vers les professionnels de santé non médecins et les aidants, le transfert de tâches hospitalières vers la médecine de ville, la réduction des coûts de transports médicaux des patients et des médecins, la mise en commun des savoirs, etc. (DGOS, 2012, Lasbordes, 2009, Simon et Acker, 2008).
- Mais le plus important est peut-être ailleurs. On peut penser que si, comme dans les cas du PMSI et de la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), la télémédecine est avant tout un moyen de contrôle et de discipline de la profession médicale, l'avantage est double pour la tutelle : les médecins passent sous surveillance et la porosité instaurée entre les professions de santé écorne le statut médical. La télémédecine accentuerait la scission naissante entre médecins soignants et médecins producteurs de normes, les premiers supportant l'essentiel des efforts de contrôle des pratiques et des dépenses, tandis que les seconds, conciliant avec la puissance publique et l'industrie, conserveraient une forte marge d'autonomie dans leur activité.

Conclusion

- Si la puissance publique semble voir dans la télémédecine une solution déterminante aux problèmes du système de santé et un levier économique pour l'industrie des TIC, les réticences des professionnels retardent sa mise en application. Nous assistons semble-t-il 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). Par ailleurs, en plébiscitant un transfert de compétences des professions médicales vers les professions de santé, la télémédecine met en jeu les intérêts des médecins par la remise en cause de leur monopole de production de soins.
- Rappelons que notre objectif n'est pas d'écrire en défense de la médecine libérale. La mise en évidence plusieurs conventions du travail médical a permis de révéler l'existence (d'au moins) de deux débats d'intérêt général qui n'ont pas été menés et qui sont étouffés par l'introduction de la télémédecine. Le premier porte sur l'épistémologie du normal et du pathologique, c'est-à-dire sur la façon dont on conçoit la maladie et donc la réponse à y apporter en termes de soin. Le second porte sur la répartition des tâches, des qualifications et des rémunérations dans la division du travail des soignants médicaux et paramédicaux. Or, quoi que l'on pense de l'organisation actuelle de la profession médicale, notre analyse permet de montrer que le déploiement de la télémédecine clos artificiellement ces débats en naturalisant et en dépolitisant la technique.
- Les transformations actuelles du système de santé révèlent alors la multiplicité des logiques qui le traversent de longue date. La création des assurances sociales dans la première moitié du 20ème siècle a vu s'affirmer une logique civique visant à démocratiser l'accès aux soins en France. Cependant, la crise économique ouverte à partir des années 1970 a marqué le point de départ d'un désengagement de l'État social au profit d'une logique marchande selon laquelle le secteur privé serait plus efficace que le secteur public dans l'allocation des ressources.

Les effets pervers de la régulation marchande du soin sont l'origine du déploiement de la télémédecine, qui a pour objectifs principaux de lutter contre la désertification médicale et les inégalités d'accès aux soins. Ce retour de la logique civique est légitime mais, il faut noter qu'il s'appuie sur une nouvelle alliance. Alors qu'au début du 20ème siècle la logique civique s'accommodait de la logique professionnelle défendue par les médecins, aujourd'hui, il semble que celle-ci se fonde sur les logiques d'industrialisation (des pratiques) et de marchandisation (du financement) des soins. Les difficultés éprouvées par la mise en place de la télémédecine s'expliquent par le conflit entre ces différentes logiques dans le contexte d'un capitalisme postfordiste. Le devenir de la logique professionnelle paraît alors irrémédiablement déterminé par les rapports de forces et les compromis que les médecins seront en mesure de susciter – quitte à nouer de nouvelles alliances aujourd'hui inattendues. Comme le soulignait Karl Marx il y a déjà bien longtemps, « l'histoire a plus d'imagination que ceux qui la font ».

BIBLIOGRAPHIE

Akerlof G. A., (1970), "The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *The Quarterly Journal of Economics*, 84 (3), pp. 488-500.

Arliaud M., (1987), Les médecins, Paris, La Découverte.

Arrow K. J., (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53 (5), pp. 941-973.

Barbot J. et N. Dodier, (2000), "L'émergence d'un tiers public dans le rapport médecin-malade. L'exemple de l'épidémie à VIH", *Sciences sociales et santé*, 18 (1), pp. 75-117.

Bashshur R., (1995), "Telemedicine effects: Cost, quality, and access", *Journal of Medical Systems*, 19 (2), pp. 81-91.

Batifoulier P., (1992), "Le rôle des conventions dans le système de santé", *Sciences sociales et santé*, 10 (1), pp. 5-44.

Batifoulier P. et M. Gadreau, (2006), "Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique", dans F. Eymard-Duvernay (éd), L'économie des conventions, méthodes et résultats, Paris, La Découverte, pp. 453-468.

Batifoulier P., J.-P. Domin et M. Gadreau, (2007a), "Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation", *Economie Appliquée*, 60 (1), pp. 5-36.

Batifoulier P., F. Eymard-Duvernay et O. Favereau, (2007b), "État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions", *Economie Appliquée*, 60 (1), pp. 203-229.

Batifoulier P., J.-P. Domin et P. Abecassis, (2010), "Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire", *Economie Appliquée*, 63 (4), pp. 171-194.

Batifoulier P., J.-P. Domin et M. Gadreau, (2011), "Market empowerment of the patient: the French experience", *Review of Social Economy*.

Benamouzig D. et J. Besançon, (2005), "Administrer un monde incertain: les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France", *Sociologie du Travail*, 47 (5), pp. 301-322.

Bergmo T., (2009), "Can economic evaluation in telemedicine be trusted? A systematic review of the literature", Cost Effectiveness and Resource Allocation, 7 (1).

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.

Boltanski L. et L. Thévenot, (1991), De la justification. Les économies de la grandeur, Paris, Gallimard.

Bureau D., M. Mougeot et N. Studer, (2010), "Mesurer la performance de la gestion publique à la lumière de l'analyse économique", Revue des affaires sociales, (1-2), pp. 89-104.

Canguilhem G., (1966), le normal et le pathologique, Paris, Presses Universitaires de France.

Caterina, Hayat et Guillorel, (2010), "Etude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins. Création de valeur engendrée par le secteur des TIC en santé en France. Observatoire Paritaire OPIEC - Prospective métiers".

Champy F. (2009), La sociologie des professions, Paris, PUF.

Champy F. (2011), Nouvelle théorie sociologique des professions, Paris, PUF.

Da Silva N., (2014), "La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale", *Working Paper EconomiX*, n° 2014-31.

Da Silva N. et M. Gadreau, (2015), "La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme", Revue de la régulation [En ligne], 17 | 1er semestre / Spring 2015.

Demsetz H., (1969), "Information and efficiency: Another Viewpoint", *Journal of Law & Economics*, 12 (1), pp. 1-22.

DGOS, (2012), "Plan national de déploiement de la télémédecine, Recommandations pour la mise en oeuvre d'un projet de télémédecine", rapport de la DGOS.

DGOS, (2013), "Le recensement des activités de télémédecine", Rapport de la DGOS.

Dumesnil J., (2011), Art médical et normalisation du soin, Paris, Presses universitaires de France.

Esterle L., A. Mathieu-Fritz et P. Espinoza, (2011), "L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin?", Revue Française des Affaires sociales, 44 (2-3), pp. 63-79.

Eymard-Duvernay F., (2006), L'économie des conventions, méthodes et résultats. Paris : Éditions de La Découverte.

Favereau O., (1997), "L'incomplétude n'est pas le problème, c'est la solution", *Les limites de la rationalité. Tome 1 Rationalité, éthique et cognition*, Paris, La découverte Recherches, pp. 219-233.

Favereau O., (2011), "Introduction - Marché et Santé", *Politiques et Management Public*, 28 (1), pp. 9-10.

Gadrey J., (1994), "Relations, contrats et conventions de service", dans J. De bandt et J. Gadrey (éds), *Relations de service, marchés de services*, Paris, CNRS Editions, pp. 123-151.

Genuit A. et F. Duboscq., (2012), "Enquête Fondation de l'Avenir/Banque Fédérale Mutualiste : Les Français sont-ils prêts pour la télémédecine ?".

HAS, (2013), "Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation", Tome 2.

Hassenteufel P., (1997), Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne, Paris, Presses de la FNSP.

Hazebroucq V., (2003), "Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française", Paris : rapport pour le Ministère de la recherche et des nouvelles technologies.

Jaunait A., (2005), Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale, Paris, Dalloz.

Kassianides Y. et A.-A. Seguy., (2011), "Étude sur la télésanté et télémédecine en Europe", rapport de l'ASIPsanté et du FIEEC.

Keel O., (2011), "La médecine des preuves : une histoire de l'expérimentation thérapeutique par essais cliniques contrôlés", *Presses de l'Université de Montréal*.

Kerleau M., (1998), "L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé", *Sciences sociales et santé*, 16 (4), pp. 5-32.

Kerleau M. et N. Pelletier-Fleury, (2002), "Restructuring of the healthcare system and the diffusion of telemedicine", *The European Journal of Health Economics*, 3 (3), pp. 207-214.

Labrousse A., (2012), "Une industrie normée? Gouvernement par les normes, jeu sur les normes et internationalisation des chaînes de valeur dans l'industrie pharmaceutique", Économie et Institutions, 18-19, pp. 166-214.

Lasbordes P., "La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être", Paris : rapport remis au ministre de la Santé et des Sports, 2009.

Letourmy A., (2000), "Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble", *Sociologie du Travail*, 42 (1), pp. 13-30.

Lucas J., P. Bilet, P. Bouet, X. Deau et A. Dezetter., (2009), "Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins", Rapport du CNOM.

Marks H., (1999), "La médecine des preuves : histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)", Synthélabo - Les empêcheurs de penser en rond.

Mascret C., (2008), "Les données de la science face à leur normalisation par les autorités sanitaires", *Médecine & Droit*, 93, pp. 165-171.

Mathieu-Fritz A. et L. Esterle, (2013), "Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopérations interprofessionnelles et délégation des tâches", *Presses de Sciences Revue française de sociologie*, 54 (2), pp. 303-329.

Pascal C., (2012), "La télémédecine face aux enjeux de l'évaluation économique", European Research in telemedicine, 1(3-4), pp. 125-129.

Pierru F., (2007), Hippocrate malade de ses réformes, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.

Rauly A., (2013), "Nouveau paradigme technico-organisationnel et appropriation d'une innovation", dans H. Defalvard, Y. L'Horty, F. Legendre et M. Narcy (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*, 46 (12), pp. 71-97.

Schweitzer L., (2012), "Le DMP ou comment constituer un gigantesque fichier des données de santé", Revue Terminal, (111).

Simon P. et D. Acker., (2008), "La place de la télémédecine dans l'organisation des soins", rapport de la Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins pour le Ministère de la santé et des Sports.

Stratégies télécoms et multimédia, (2003), "De la normalisation des soins médicaux à celle de la télémédecine", Encyclopédie des Télécoms.

Suarez C., (2002), "La télémédecine : quelle légitimité d'une innovation radicale pour les professionnels de santé ?", Revue de l'IRES, 9 (2), pp. 157-186.

NOTES

- 1. L'enquête a été réalisée exclusivement par internet auprès de 1154 individus résidants en France métropolitaine entre le 13 au 20 septembre 2012. Les résultats de l'enquête sont consultables à l'adresse: http://www.silvereco.fr/wp-content/2012/enquete-fda-bfm-telemedecine-2012.pdf
- **2.** Pour une présentation de l'Économie des conventions, se reporter par exemple à Boltanski et Thevenot (1991), Eymard-Duvernay (2006).
- **3.** L'incertitude radicale fait référence à une situation où ni la liste exhaustive des événements de la nature ni les probabilités (même subjectives) associées ne sont connues. La théorie du choix rationnel est alors inutile pour la décision.

RÉSUMÉS

La télémédecine, en France, est présentée comme une solution pertinente à un grand nombre de problèmes du système de santé. Cet outil de production de soins à distance serait une innovation qui résoudrait les problèmes liés à l'offre de soins des médecins, à la demande de soins des patients et aux objectifs de politique publique de santé. Pourtant, la télémédecine ne se développe pas et la mise en place de dispositifs d'incitation n'y change rien. Dès lors, le cadre d'analyse 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. À l'aide de ce cadre théorique nous interprétons 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.

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. It may simultaneously solve three problems: this of the physicians care supply, this of the patients care demand and this of the public policy. 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.

INDEX

 $\textbf{Keywords:} \ \textbf{French conventions, physician, information systems, information theory, telemedicine}$

Mots-clés : économie des conventions, médecine libérale, système d'information, théorie de l'information, télémédecine

Code JEL I11 - Analysis of Health Care Markets, I18 - Government Policy • Regulation • Public Health, O33 - Technological Change: Choices and Consequences • Diffusion Processes

AUTEURS

NICOLAS DA SILVA

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

AMANDINE RAULY

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