Télémédecine et comparaison des systèmes de santé : questionnements méthodologiques

FLORENCE GALLOIS[1]
AMANDINE RAULY[2]

Résumé

La télémédecine en tant que pratique de la médecine à distance, *via* les technologies de l'information et de la communication, est plébiscitée par les organisations de coopération internationale que sont l'OMS et l'OCDE. Ces organisations y voient un moyen d'améliorer l'efficience et la performance des systèmes de santé de leurs pays membres. Malgré un cadre commun de recommandations, le développement de la pratique est très contrasté selon les pays. Nous proposons dans cet article de discuter la mise en place d'un cadre méthodologique de comparaison internationale des pratiques de télémédecine. En prenant appui sur les travaux de recherche menés dans le cadre des comparaisons internationales des systèmes de santé, nous présentons une lecture critique de la littérature existante sur la pratique de la télémédecine.

Abstract

Telemedicine is the use of telecommunication and information technologies in order to provide clinical health care at a distance. WHO and OECD encourage the practice of telemedicine. Telemedicine is presented as a means to improve the efficiency of healthcare systems. Despite a common framework of recommendations the practice is very different across countries. This article discusses the making of a methodological framework for international comparison of telemedicine practices. We build on the work done in the context of international comparisons of health systems. This allows us to perform a critical reading of the literature that focuses on telemedicine.

[1] Maître de Conférences, Université de Reims Champagne-Ardenne, Laboratoire REGARDS (EA 6292)

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

Télémédecine et comparaison des systèmes de santé : questionnements méthodologiques

Introduction

Selon l'OMS, la télémédecine en tant que pratique de la médecine à distance *via* les Technologie de l'information et de la communication (TIC) doit permettre d'améliorer la performance des systèmes de soins en favorisant l'équité, l'efficacité et l'accessibilité des systèmes de santé (OMS, 2012). Malgré les recommandations faites aux pays membres, leurs stratégies de développement de la pratique se différencient fortement. Nombre de rapports gouvernementaux des pays où la pratique peine à se mettre en place ventent les mérites des expériences étrangères réussies. La question d'une comparaison internationale des pratiques de la télémédecine est ainsi posée. Elle amène à rechercher les facteurs contribuant à un niveau élevé d'utilisation. Or cela suppose la comparaison d'éléments hétérogènes, dans la mesure où la définition de la télémédecine est variable selon les pays. **Cet article propose une discussion des méthodologies de comparaison internationale et de leur application à la santé, afin d'en dégager des enseignements pour la construction d'une méthodologie de comparaison internationale d'un élément émergent du système de santé : la télémédecine.**

Les travaux visant la comparaison de systèmes de protection sociale (ESPING-ANDERSEN, 1999) et de ceux relatifs à la diversité des capitalismes (AMABLE, 2005), invitent à tenir compte de la variété des arrangements institutionnels, en particulier à travers des hypothèses de complémentarité et de hiérarchie institutionnelles. Cependant, des pays rattachés à un même ensemble dans des travaux menés à l'échelle du capitalisme ou de son système de protection sociale peuvent présenter d'importantes disparités au regard de leurs systèmes de santé. Ainsi, le Royaume-Uni et les États-Unis sont dans un même ensemble dans la plupart des typologies. Or leurs systèmes de santé sont radicalement différents : la puissance publique joue un rôle résiduel dans le système américain alors qu'elle est prépondérante au sein du *National Health Service* (NHS). Une première partie sera donc consacrée à la relecture et à l'identification des enseignements des comparaisons internationales des systèmes de santé. La seconde partie cherchera à en dégager des enseignements pour l'organisation d'une comparaison des pratiques de télémédecine. La réalisation d'une revue de la littérature sur la télémédecine mettra en évidence un nouveau niveau de problème : la polysémie du terme télémédecine, et surtout l'absence de convention de définition de la pratique. Ce *survey* confirmera également le caractère exploratoire de la comparaison en télémédecine, et appellera à discuter les comparaisons existantes dont l'objectif est essentiellement de soutenir le développement de la pratique.

1. Enseignements des comparaisons internationales des systèmes de santé

La littérature proposant des comparaisons internationales de systèmes de santé est essentiellement empirique. Elle émane des organisations de coopération internationale que sont l'OMS et l'OCDE, soit en étant directement produite par ces organismes, soit à travers les données qu'ils mettent à disposition des chercheurs. Plusieurs approches, aux objectifs et méthodologies différents, coexistent.

La première est issue des travaux établissant une comparaison basée sur la performance des systèmes de santé (1.1). La deuxième s'emploie à la recherche d'une typologie orientée vers la mise en évidence de l'influence des contextes institutionnel, historique, démographique et territorial dans la construction organisationnelle des systèmes de santé (1.2). La troisième,

développée par ANDRE (2007, À paraitre), propose une méthodologie basée sur la mise en perspective des approches « institutionnelles de la comparaison des systèmes de santé ». Cela conduit à discuter les limites d'une convergence des systèmes vers un modèle unique (1.3).

1.1. Construction et usage d'une comparaison soutenant un *one-best-way*

L'idée sous-jacente aux analyses en termes de performance est celle d'un *one-best-way*. Il s'agit alors d'identifier la meilleure performance pour ensuite organiser une convergence sur ce modèle. La littérature comparative des systèmes de santé vise ainsi à étudier les performances de différents pays en vue d'en tirer des recommandations normatives et standardisées sur la meilleure façon pour un système de santé de parvenir à l'efficience organisationnelle (ANDERSON ET HUSSEY, 2001 ; HURST ET JEE-HUGHES, 2001). Le rapport établit par l'OMS (2000) propose, dans cette lignée, de construire un classement des pays en fonction de la performance de leur système de santé, et de leur capacité à produire de la « bonne santé ».
Une vaste littérature s'interroge donc sur la manière de mesurer l'état de santé d'une population et discute la construction d'indicateurs pertinents permettant d'en rendre compte (MURRAY ET FRENK, 2000 ; OVRETVEIT, 2001). Un préalable nécessaire à cette réflexion est la définition de ce qu'est la santé. Dans l'ensemble de ces travaux, un consensus existe autour de la définition de l'OMS (1946) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La contribution de l'OMS à cette littérature va au-delà puisque l'organisme produit lui-même un classement de la performance des systèmes de santé. À cet effet, l'OMS (2000, p. 28) définit ce qu'est un « *bon système de santé* » : il s'agit de *« celui qui contribue à instaurer un bon niveau de santé* », mais dans une optique d'efficience. L'OMS fait ainsi le postulat qu'« *il existe probablement un niveau minimum de dépenses qui permet de fournir à toute une population un petit nombre de services particulièrement rentables* » (OMS, 2000, p.29). L'évaluation et le classement par l'OMS des systèmes de santé, qui serviront par la suite de supports privilégiés dans la littérature reposent ainsi sur deux groupes d'indicateurs. Le premier porte sur les méthodes d'évaluation de la bonne santé d'une population (et intègre des indicateurs tels que l'espérance de vie) et le second repose sur la mesure des dépenses de santé. Indépendamment de toute référence à un support institutionnel, historique ou démographique, la performance s'apprécie donc par l'état de santé de la population et l'efficacité allocatative des ressources financières qui lui sont dédiées. Une telle approche ne discute pas de la configuration institutionnelle dans laquelle s'inscrit le système de santé, où plutôt y accorde une attention particulièrement ténue à travers la question de l'accessibilité du système de santé à la population. Ce faisant, elle tend à soutenir l'idée d'un un *one-best-way* pour atteindre un système de santé performant. Or, les approches régulationnistes nous indiquent qu'une diversité de configurations institutionnelles « performantes » peuvent coexister, que ces configurations s'exercent au niveau macroéconomique du capitalisme (AMABLE, 2005) ou bien au niveau des firmes (BOYER ET FREYSSENET, 2000).

1.2. L'intérêt d'une typologie institutionnelle

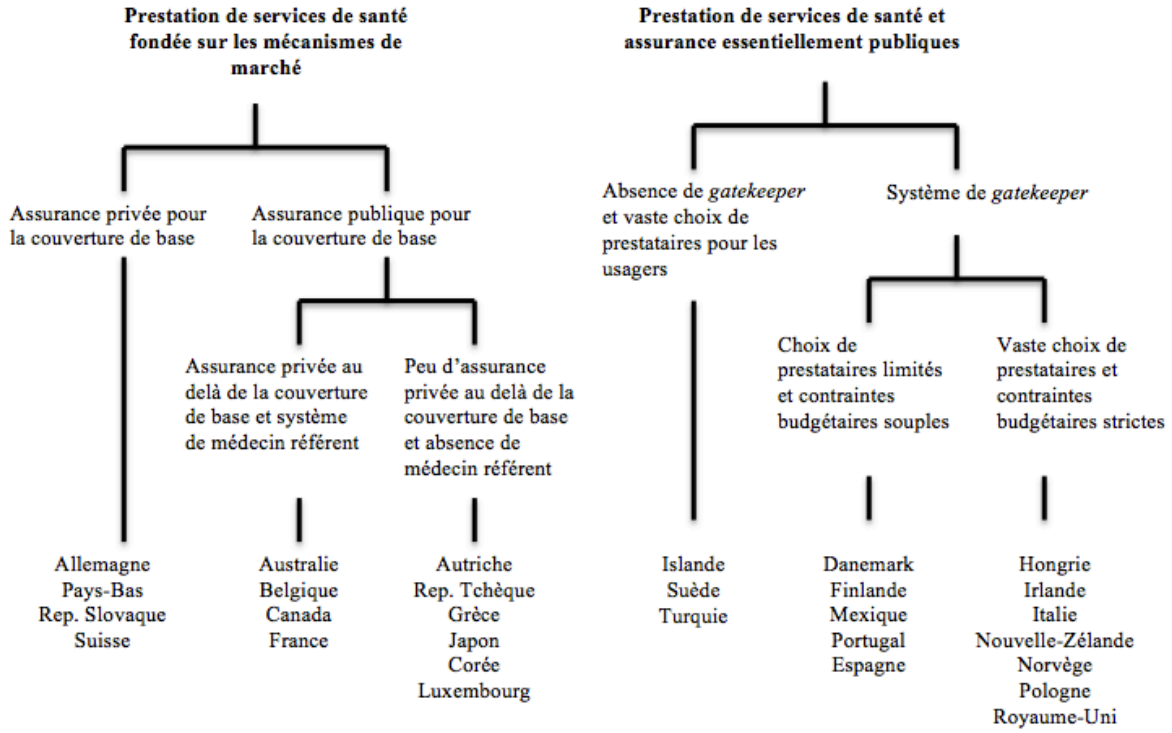
La globalisation des échanges et la mondialisation des modes de gouvernance amènent à une relative convergence des régimes providentiels, notamment à travers l'idée de *one-best-way* à même de conduire le système à la performance. Néanmoins, les sociétés capitalistes semblent toutefois conserver certains arrangements institutionnels intrinsèques hérités de la construction des sociétés modernes nées de l'après-guerre (GRIGNON, 2009 ; LETOURMY, 2000).

L'OCDE s'est employée entre 2008 et 2010 à la réalisation d'une typologie des systèmes de santé en vue d'élaborer des stratégies de réforme prenant en considération les caractéristiques institutionnelles propres à chaque pays (OCDE, 2011). Si l'Organisation accorde un intérêt majeur à la recherche des déterminants de la performance et de l'efficience des systèmes de santé, c'est qu'elle cherche à relier cette efficience à la configuration institutionnelle du système. Depuis 2002, l'OCDE publie chaque année un panorama de la santé de ses 34 pays membres et met en évidence les indicateurs constitutifs de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Ces indicateurs intègrent à la fois des dimensions ayant trait à la santé (eg. espérance de vie) mais aussi à la production de soins (eg. nombre de praticiens), la bonne santé devenant alors en partie un résultat de l'organisation du système de santé (OCDE, 2013).

Les travaux de l'OCDE mettent également en évidence que la recherche de la performance du système de santé ne peut pas être complètement détachée des caractéristiques institutionnelles propres à chaque pays. Il s'agit alors de rendre compte de la configuration institutionnelle du système et de l'intégrer dans l'analyse. À partir d'un travail par enquête, l'OCDE a identifié et catégorisé les modalités de fonctionnement de 29 pays membres, rendant ainsi compte de la diversité des institutions et des politiques de santé à travers le monde.

L'OCDE (2011) opère une distinction en fonction de la configuration institutionnelle et différencie en premier lieu les systèmes organisés par des mécanismes de marché (et le champ de ces mécanismes) relativement à ceux qui relèvent essentiellement d'une offre publique (pour les prestations de soins et la couverture assurantielle). Ces systèmes majoritairement publics assurent plus ou moins de possibilités de choix au patient (existence ou non d'un système de *gatekeeper*, choix de prestataires de soins, etc.). *In fine*, la typologie repose sur des distinctions et sous-distinctions entre marché et hiérarchie, selon le poids des mécanismes privés de marché et selon la possibilité offerte au patient de choisir des prestataires de soins dans un système de quasi-marché. De cette analyse six groupes de pays ont été constitués au regard de leurs caractéristiques institutionnelles (Figure 1).

Figure 1 : Typologie des systèmes de santé de l'OCDE



Source : OCDE (2011)

Dans ce travail de caractérisation de la performance d'un système à produire de la santé (cf. supra), il apparait que les pays les plus performants ne relèvent pas des mêmes configurations institutionnelles. Dans chaque idéal-type de configuration se trouvent des pays « efficients » et des pays qui le sont moins. Il n'existe donc pas un modèle organisationnel de performance unique, mais *a contrario*, un nombre important de facteurs externes explique les résultats de chaque pays. Il devient donc nécessaire de tenir compte d'un ensemble de variables institutionnelles intrinsèques qui ont une incidence directe sur le fonctionnement du système et dont l'évolution est confrontée à un degré de dépendance au sentier variable selon les systèmes (PALIER ET BONOLI, 1999). Ainsi, la convergence vers un modèle unique de performance semble être un argument à nuancer.

1.3. Les tentatives de théorisation des typologies de systèmes de santé

La majorité des comparaisons des systèmes de santé part du même constat : la croissance des dépenses de santé, dans un contexte de restrictions budgétaires, n'est plus soutenable à long terme. Il s'agit alors d'expliquer la dépense de santé pour ensuite pouvoir agir dessus *via* des politiques publiques. Un ensemble de variables exogènes est mobilisé à cet effet : la part des dépenses de santé dans le PIB, les modes de financements des systèmes, la part des dépenses publiques/privées, la structure des dépenses, la densité des services médicaux et leur accessibilité, la structure de la population (âge, sexe), etc. Néanmoins, des variables explicatives intrinsèques aux systèmes de santé sont souvent omises pour différentes raisons (ANDRE, 2007). La première peut s'expliquer par un souci de comparabilité. Il s'agit alors des variables institutionnelles et de contexte (sphères politico-administrative, économique et domestique mais également de variables relevant de facteurs exogènes tels que l'évolution des prix ou encore le contexte épidémiologique). La seconde trouve des explications dans l'existence de formes hybrides de systèmes de santé. C'est à dire de systèmes dont les

caractéristiques font qu'ils peuvent être rattachés à plusieurs idéaux-types de systèmes (soit au regard de leurs modalités de financement, de la structure de l'offre de soins, du statut et des modes de rémunérations des professionnels de santé, etc). Dans ces systèmes hybrides, des politiques publiques qui apparaissent identiques à plusieurs pays auraient pourtant des effets différenciés en raison des caractéristiques intrinsèques au système (ANDRE, 2006).
Dans l'absolu, la solution serait alors la mise en évidence de systèmes complexes permettant de combiner les éléments de niveau macroéconomique dans un système dynamique de long terme. Cela permettrait alors de prendre en considération les différentes boucles rétroactives des systèmes de santé et notamment l'effet des réformes et des politiques de santé sur l'évolution des dépenses et de l'état de santé des populations (DELORME, 2010). Toutefois les difficultés de modélisation des typologies des systèmes de santé sous forme de système complexe ont amené ANDRE (À paraitre) à s'interroger sur la possibilité de mobiliser le concept de *configuration* tel qu'il est définit par les approches régulationnistes (THERET, 1997). La typologie doit alors permettre de rendre compte simultanément des éléments contextuels, institutionnels et organisationnels et de leurs interactions dans les résultats entendus en termes d'indicateurs de bonne santé. Toutefois, les recherches à ce sujet n'en sont qu'à leurs débuts et seuls quelques travaux viennent proposer des pistes dans ce sens (ANDRE, À paraitre). Il convient néanmoins d'essayer d'en tirer des conclusions pour la construction de notre méthodologie de comparaison des pratiques de télémédecine.
Pour construire une typologie fondée sur des éléments empiriques rendant compte des effets des réformes sur l'évolution des systèmes de santé et des résultats sur leur efficacité, ANDRE (À paraitre) procède une analyse macrosectorielle des réformes en matière de politique de santé dans 14 pays européens[3]. La typologie identifie quatre groupes de pays aux caractéristiques homogènes en termes de compromis institutionnels et ayant des comportements similaires dans les moyens mis en œuvre pour réformer les systèmes et les conséquences en termes de résultats. Il apparaît alors que malgré une convergence des pays européens vers une politique de santé commune, une forme incompressible de dépendance au sentier subsiste. Elle traduit une influence séculaire des origines des systèmes, qui contraint toute transformation radicale de leur organisation. Les réformes apparaissent alors comme des évolutions de long terme et l'institutionnalisation de nouvelles pratiques telles que la télémédecine doit alors se faire dans un *continuum* structurel propre, si ce n'est à chaque pays, *a minima* à chaque groupe homogène de pays.

Trois grandes méthodologies de comparaison des systèmes de santé coexistent. Dans la première, l'objectif de la comparaison est de favoriser une compétitivité des systèmes de santé en vue d'une convergence des différents modèles vers un *one-best-way*. *A contrario*, la deuxième envisage la comparaison comme moyen d'examiner l'influence de différents éléments intrinsèques et extrinsèques du système de santé sur son évolution et son mode de fonctionnement. La recherche d'une typologie des systèmes de santé s'oriente alors vers la mise en évidence de l'influence des contextes institutionnel, historique, démographique et territorial dans la construction organisationnelle des systèmes de santé. La troisième s'inscrit également dans cette lignée en renforçant l'idée que les typologies n'ont pas vocation à classer ou ordonner les organisations au sein d'un jugement de valeur mais visent à comprendre leur fonctionnement et les raisons de leurs similitudes ou de leurs divergences. Ces cadres méthodologiques constituent alors une clé de lecture pour la mise en cohérence d'une comparaison des systèmes de télémédecine.

[3] Les pays de l'Union Européenne des 15 auxquels est soustrait le Luxembourg.

2. La littérature télémédicale, un support pertinent pour une comparaison internationale ?

Pour rendre compte des spécificités institutionnelles qui peuvent expliquer certaines trajectoires organisationnelles des systèmes de santé, de nouvelles pistes méthodologiques sont proposées. La complexité de la tâche mise en évidence (cf. supra) indique que la réalisation de comparaisons internationales dans le champ de la santé oblige à une grande rigueur méthodologique et théorique. Nous cherchons dès lors à confronter ces enseignements aux travaux portant sur la télémédecine.
Afin de réaliser un état des lieux de la recherche au sujet des comparaisons internationale des pratiques de la télémédecine, nous avons réalisé une revue de la littérature (2.1). Cette littérature nous enseigne que contrairement aux systèmes de santé, la télémédecine ne renvoie pas à un *corpus* théorique dont les définitions et les indicateurs font consensus au sein de l'échiquier international (2.2). Dès lors, la maigre littérature opérant des comparaisons internationales a davantage vocation à venter les mérites de la télémédecine qu'à procéder à une analyse des particularités institutionnelles et organisationnelles des pays dans lesquels elle est développée (2.3).

2.1. Méthodologie de la revue de littérature

Pour réaliser une revue exhaustive de la littérature relative aux comparaisons internationales de la pratique de la télémédecine, en tant qu'activité médicale réalisée à distance *via* les TIC, nous avons interrogé les principales bases de données électroniques de revue en économie. Une recherche par spectre large, en interrogeant les bases par 12 mots-clés relatifs à la télémédecine a été effectuée (Tableau 1). La sélection d'articles traitant de télémédecine en termes d'efficience et de performance tant organisationnelles que médico-économiques a été réalisée manuellement dans un deuxième temps.

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

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

L'agrégation des 640 résultats de recherche par mot-clé nous a conduit à identifier 96 doublons, ce qui indique que les mots clés mobilisés dans notre recherche sont fréquemment utilisés comme synonymes. Cela peut poser problème puisqu'ils sont censés renvoyer à des définitions distinctes (cf. infra). Les 544 références restantes ont ensuite été triées manuellement à partir du titre afin de dégager les articles pertinents au regard de notre

problématique. 161 articles ont été retenus après cette étape, ils ont été classés par type d'analyse et par type de problématique (Tableau 2).

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

Classement des articles par type d'analyse						
Étude de cas particulier	Étude par pays	Perspective globale	Comparaisons internationales	Total		
62	19	67	13	161		
38%	12%	42%	8%	100%		
Classement des articles par problématique						
Aspect technologique ou médical strict	Ethique / réglementaire	Perception du patient / du médecin	Evaluation	Prospective	Autre	Total
51	11	25	35	18	21	161
32%	7%	15%	22%	11%	13%	100%

Si 42% des articles cherchent à avoir une perspective globale et donc à opérer une généralisation (même s'ils sont souvent appuyés sur un seul cas), les études de cas particulier constituent une part importante de la littérature avec 38% des articles. Cela est à relier au nombre conséquent d'articles ayant encore un aspect strictement médical ou technologique malgré le tri effectué. Cela renvoie également au fait que la télémédecine reste un champ émergent de la littérature économique. L'aspect comparaison est le plus ténu puisque seuls 8% des articles d'économie relatifs à la télémédecine affichent cette dimension. Au regard de leur problématique, si l'on exclut les articles traitant de l'aspect technologique ou médical de façon stricte, un nombre conséquent se focalise sur l'évaluation.
Pour construire notre base finale, dont l'objectif est d'éclairer la construction d'une typologie internationale des pratiques de la télémédecine, nous avons retenu les 54 articles présentant une dimension de comparaison et/ou une problématique ciblée sur l'évaluation et/ou la prospective. Lors de la lecture de ces articles, 7 ont étés identifiés comme ne parlant finalement pas de pratique médicale à distance et ont été exclus *ex post*. Notre revue de littérature porte donc sur 47 articles.

2.2. La télémédecine, un terme polysémique

Notre première partie a souligné l'importance de définitions communes à l'échelle internationale pour organiser des comparaisons. Comme la santé, la télémédecine relève d'un périmètre définit par l'OMS : « *Telemedicine is the delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities* » (OMS, 1997, p. 10). La télémédecine est donc une pratique médicale réalisée à distance par des professionnels médicaux. Inscrite dans le système de santé, la télémédecine se borne à l'espace du soin.
Toutefois bien qu'il existe une définition internationale officielle, la recension de la littérature que nous avons réalisée montre l'existence d'une confusion entre les termes *télésanté* (t*elehealth*), *e-santé* (*e-health*) et *télémédecine* (*telemedicine*) et ce malgré les précisions données par le directeur général de l'OMS en 1998 : « *If telehealth is understood to mean the integration of telecommunications systems into the practice of protecting and promoting health, while telemedicine is the incorporation of these systems into curative medicine, then it*

must be acknowledged that telehealth corresponds more closely to the international activities of WHO in the field of public health. It covers education for health, public and community health, health systems development and epidemiology, whereas telemedicine is oriented more towards the clinical aspects » (DARKINS ET CARY, 2000, p. 2). *Telehealth* est donc un terme générique pour définir toute utilisation de technologies du numérique dans le domaine de la santé. Au sens de l'OMS, la télémédecine et la e-santé sont des sous-ensembles de la télésanté mais ne sont en rien des synonymes. La e-santé renvoie à l'ensemble du contenu numérique en libre accès lié à la santé et facilitant sa diffusion que ce soit dans la sphère médicale ou domestique. La télémédecine renvoie à la prise en charge clinique. Chaque terme revêt donc un caractère singulier.

Si les définitions de système de santé et de santé telles qu'elles ont été données par l'OMS font consensus au sein de la communauté mondiale, celles de la télémédecine et de la télésanté ne font pas l'objet d'une convention étymologique dans l'espace internationale (OH ET AL., 2005). Notre travail sur la littérature a permis d'identifier que les termes télémédecine, télésanté et e-santé sont non seulement utilisés comme synonymes (CRIGGER, 2006) mais aussi qu'ils revêtent également des frontières différentes selon l'article considéré. Ainsi, ces termes peuvent désigner dans certains cas une pratique médicale à distance et définissent donc l'acte de soins, la relation de service (CHANDRA ET AL., 2013), alors que dans d'autres cas ils sont utilisés pour désigner l'outils et donc l'intermédiation en vue de la production du service (KERLEAU ET PELLETIER-FLEURY, 2002). OH ET AL. (2005) ont recensé quant à eux 51 définitions différentes de la e-santé, toutes données après 1999 et qui désignent soit le processus de production de l'acte médical à distance, soit l'*output* ou encore la technologie utilisée pour la production à distance de l'acte médical. Dans notre base, le terme désigne également le commerce en ligne lié à la santé (KIRSCH, 2002).

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

La télémédecine, telle quelle est définit par l'OMS est paradoxalement à la fois extrêmement restrictive et incomplète. Restrictive dans le sens où elle est associée uniquement à l'espace du *cure* et renvoie *a priori* exclusivement à l'acte médical. Incomplète dans la mesure ou le périmètre d'action en termes de pathologies, de spécialités et d'acteurs concernés et n'est pas définit. La pratique de la télémédecine au sens de l'OMS renvoie à une organisation type du système de santé. Comparer les pratiques de télémédecine nécessite dès lors de réaliser au préalable une analyse approfondie des formes organisationnelles favorables ou au contraire hostiles à la pratique de la télémédecine afin de comparer des organisations semblables. Une méthodologie de comparaison doit dès lors être adoptée.

2.3. Les comparaisons issues de la littérature, une piste méthodologique à suivre ?

La littérature qui met en œuvre la comparaison d'organisations de télémédecine à l'échelle internationale est extrêmement restreinte (cf. supra). Le document le plus abouti recensé est la recherche dont est issu le manuel MAST (*Model for ASsement of Telemidicine*) qui est une adaptation du document *Health Technology Assesment* (HTA) (KIDHOLM ET AL., 2012). Le HTA propose une méthodologie d'évaluation de la performance des technologies du numérique utilisées dans le cadre de l'amélioration de la santé. Le HTA évalue l'outil technologique et le MAST évalue l'organisation de la pratique médicale qui y est associée. Le modèle MAST propose une analyse multicritères de la performance des programmes de télémédecine en réalisant une étude de coût-efficacité comparativement à une organisation traditionnelle de la médecine. Les seuls critères retenus comme étant des critères institutionnels sont les dépenses de santé par an et les modalités de financement du système.
La littérature recensée offre également différentes études de cas de *success story* de pays ou de projets particuliers desquels il serait possible de tirer des enseignements performatifs (DURAN-ARENAS ET COBURN, 2005). Ces documents cherchent avant tout à mettre en évidence l'efficience et la performance des projets de télémédecine à l'aide d'outils standardisés et normalisés communs à tous les projets. Cette littérature s'affranchit de l'analyse du cadre institutionnel propre à chaque système. Il est tout au plus rappelé que la télémédecine doit réduire les inégalités d'accès aux soins et doit améliorer l'efficience du système de santé. Les enseignements retenus des recherches portant sur les systèmes de santé nous amènent à ne pas retenir ces études comme support théorique d'une comparaison des organisations de télémédecine. La littérature scientifique recensée n'apparaît donc pas comme une base pertinente pour mettre en œuvre une comparaison internationale des pratiques de télémédecine. Nous proposons alors d'interroger les documents de travail issus d'organisations de coopération internationale.
À notre connaissance, la seule source répondant à nos critères de recherche est une enquête de l'OMS réalisée en 2009 dans le cadre de l'Observatoire de la *e-health* (OMS, 2010). Cette enquête a été soumise à un groupe d'experts dans chacun des 194 pays membres de l'OMS et bénéficie d'un taux de retour de 59 % (soit une base de 114 pays). Dans une optique de comparaison avec les typologies des systèmes de santé, nous proposons d'observer les résultats disponibles pour les pays membres de l'OCDE (Figure 2).
Pour valider cette base comme support empirique en vue d'une comparaison des organisations de télémédecine nous avons établi deux niveaux de d'approbation de la pertinence de l'enquête. Le premier est la cohérence des modalités de recueil des données dans chaque pays et le second est relatif au type de données recensées. Concernant les modalités de recueil, les données ont été recensées par le biais d'une approche déclarative et non objective. Or, compte tenu des problématiques liées à la polysémie des termes *telemedicine* et *e-health*, il est difficile de savoir à quelle réalité correspondent les réponse : la *e-health* correspond-elle à des mesures favorisant la formation à distance des professionnels de santé, à l'information des patients *via* des sites internet ou bien encore à l'informatisation des dossiers patients ? De la même façon, le terme *telemedicine* correspond-t-il à la production d'actes médicaux ou renvoie-t-il à des pratiques de standardisation de l'activité construites à l'aide de l'outil informatique ? La présentation de la méthodologie d'enquête ne permet pas de répondre à ces questions.
D'autre part, l'enquête s'intéresse à des politiques nationales. Or, certains pays sont constitués d'états fédérés et l'essentiel de leurs politiques de santé est déployée à ce niveau, ce qui suggère une approche en termes de territoires de santé. Par exemple, selon l'enquête de l'OMS, les États-Unis n'ont pas mis en œuvre de politique nationale de télémédecine. Or notre revue de littérature révèle que des actions sont clairement réalisées, mais à une autre

échelle. Ainsi, Medicare reconnaît et prend en charge certains actes de télémédecine depuis 1997. La prise en charge est étendue en 2001 par le *Benefits Improvement and Protection Act* qui « *attempted to encourage telehealth by reducing regulations and increasing payments and covered telehealth service* » (GILMAN ET STENSLAND, 2013, p. E5), *telehealth* étend entendu dans le sens de pratiques médicale, comprenant notamment des consultations à distance. La nature des prises en charge par *telehealth* se verra par la suite régulièrement étendue. Cette extension est encouragée dans la littérature scientifique. Ainsi, NELSON (2008) recommande la reconnaissance de la *tele-mental health* (par téléconsultation) dans la mesure où elle représente une opportunité efficiente pour les patients vivant dans des communautés rurales. Concernant le type de données recueilles, l'enquête OMS permet de rendre compte d'un certain nombre d'informations à caractère institutionnel (Figure 2). Ainsi parmi les 26 pays que nous avons retenu l'enquête nous renseigne que 92% d'entre eux ont mis en place une politique de *e-health* en 2009, et 42% ont une politique spécialement dédiée à la télémédecine. La base de donnée permet également de connaître les principaux freins à l'efficacité des politiques publiques de *ehealth* et de *telemedecine* en interrogeant les critères organisationnels historiques de chaque système de santé. De ce point de vue, ces données OMS nous semblent pertinentes.

Toutefois, l'existence d'une politique publique, ou celle de freins pré-identifiés, ne suffisent pas à la compréhension de l'existence de la pratique dans certains pays et pas d'autres (et réciproquement). Pour éclairer ce point, il serait nécessaire d'avoir des données sur les actes réalisés par dans le cadre de la télémédecine (de la même manière que l'on connaît des taux d'hospitalisation pour comparer les systèmes de santé). Aucune information n'est donnée sur les financements (publics et privés) de la télémédecine, mais aussi sur les taux d'équipement en télémédecine (comprenant les sites distants et opérationnels). La base de données issue de l'enquête OMS apparaît dès lors comme une première piste informationnelle non exhaustive dont il nous faudra compléter les résultats afin de mener à bien une comparaison des organisations de télémédecine.

Figure 2 : Principaux enseignement de l'enquête OMS 2009

Pays	national ehealth policy	National ICT procurement policy for health sector	national multiculturalism policy for eHealth	National telemedicine policy	Implemented national TM policy	Formal evaluation / publication of TM initiative since 2006
Austria	Yes	No	No	Yes	Partly	Yes
Belgium	Yes	Yes	Yes	No	-	No
Canada	Yes	No	No	No	-	Yes
Czech Republic	Yes	No	No	No	-	No
Denmark	Yes	No	Yes	Yes	Partly	No
Estonia	Yes	No	No	Yes	Yes	Do not know
Finland	Yes	No	Yes	No	-	Yes
France	Yes	No	Yes	No	-	Yes
Germany	Yes	Yes	No	No	-	Do not know
Greece	Yes	Yes	Yes	Yes	Partly	Yes
Hungary	Yes	No	No	No	-	Do not know
Iceland	Yes	Yes	No	Yes	No	No
Israel	No	Yes	No	No	-	No
Korea	Yes	Yes	No data	yes	partly	no
Mexico	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No
New Zealand	Yes	Yes	Do not know	No	-	Do not know
Norway	Yes	No	Yes	Yes	Partly	Yes
Poland	Yes	Yes	Yes	No	-	No data
Portugal	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes
Slovak Republic	Yes	Yes	No	No	-	No Data
Slovenia	Yes	Yes	Yes	No	-	Do not know
Spain	Yes	Yes	Yes	No	-	Do not know
Switzerland	Yes	Yes	Yes	No	-	Do not know
Turkey	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
United Kingdom	yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
United States	Yes	Do not know	No	No	-	Yes
Total answers	26	26	26	26	11	26
% yes[1]	92%	62%	50%	42%	36%	35%
% No[1]	8%	35%	42%	58%	18%	31%
% Partly[1]					45%	

[1] for total answers

Conclusion

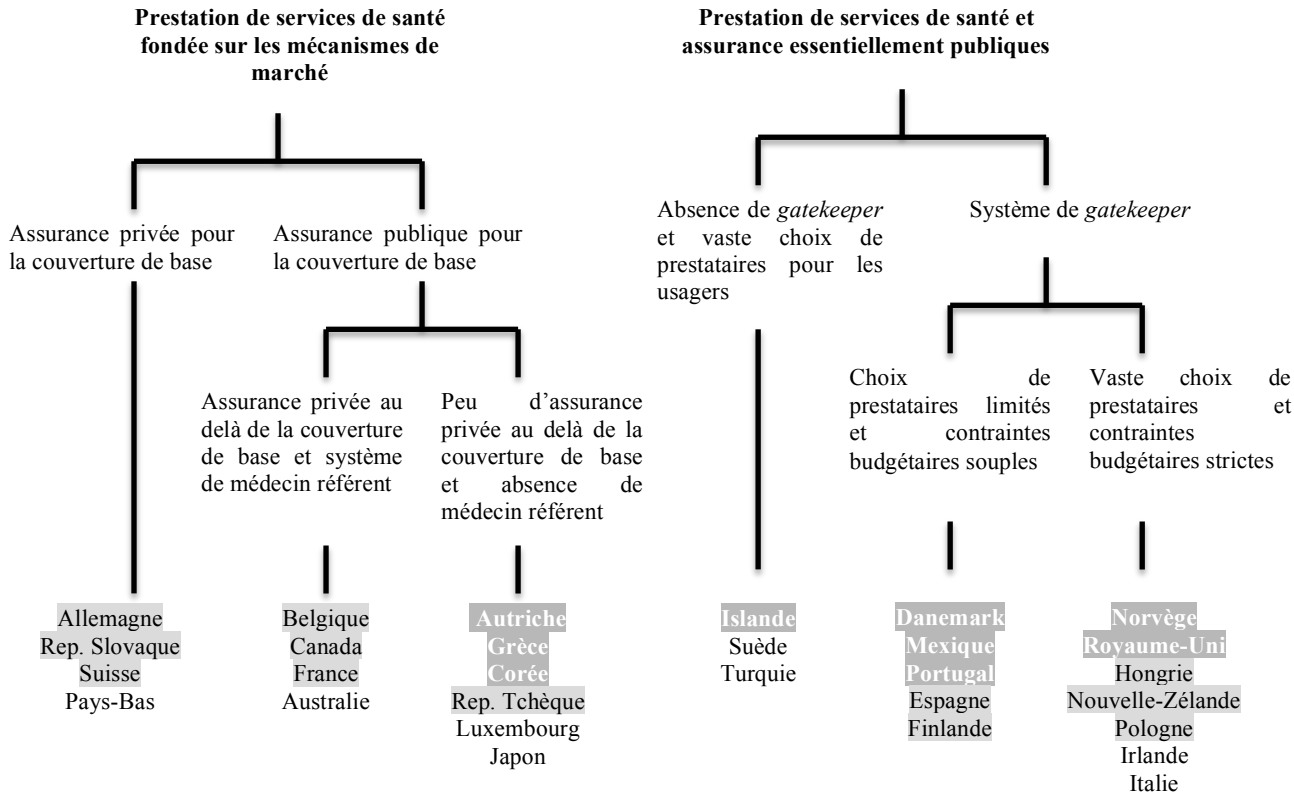
Cet article visait à proposer une méthodologie de comparaison internationale des pratiques de télémédecine. À cet effet, nous avons examiné les apports des comparaisons de systèmes de santé nationaux. Nous en avons rejeté l'idée de *one-best-way* et *a contrario* soulevé le besoin d'une prise en compte du système institutionnel et de la diversité des arrangements institutionnels, au sein même de la comparaison.

Nous avons ensuite examiné et discuté les matériaux existants pour la comparaison de la télémédecine. Nous avons tout d'abord investigué la littérature relative à cette pratique médicale sans trouver de comparaison pertinente émanant de la sphère scientifique. Cette

revue de littérature n'a pas pour autant été inutile puisque elle a soulevé la polysémie du terme télémédecine. Celui-ci peut renvoyer à plusieurs définitions, parfois confondues au sein d'un même article (CRIGGER, 2006). Or l'examen des comparaisons des systèmes de santé montre justement que ceux-ci reposent sur une définition unifiée de la santé et que cette unité est un préalable nécessaire à toute comparaison. Dans cette optique, l'OMS a cherché à construire la pratique de la *e-health* et de la télémédecine en délimitant leurs périmètres. Toutefois, la définition stricte donnée à cette forme de production de santé ne fait pas consensus au sein des pays membres et pose dès lors problème pour l'agrégation des éléments comparés. L'OMS a également construit un outil de suivi de la mise en place de la télémédecine au sein de ses pays membres : l'Observatoire de la *e-health*. L'observatoire représente une source de données empiriques brutes relatives à l'organisation de la télémédecine. Il s'intéresse notamment à l'existence ou non de politique de télémédecine au sein des pays. Toutefois, il s'agit là de la seule dimension institutionnelle recensée dans la base de données de l'Observatoire. Or, le positionnement dans la typologie de l'OCDE (2011) des pays ayant mis en œuvre une politique nationale de santé selon l'OMS suggère que les pays relevant d'une logique béveridgienne, à forte coordination par la sphère publique, ont davantage mis en œuvre une politique de TM que ceux coordonnés par des mécanismes de marché (Figure 3).

Ces résultats, certes exploratoires, invitent à poursuivre le travail et à appliquer ces enseignements à la réalisation d'une comparaison internationale des pratiques de télémédecine. Pour ce faire il sera nécessaire de s'appuyer sur les données théoriques et méthodologiques existantes mises en évidence dans cet article, mais aussi de construire des données pays au moyen de monographies. Notre comparaison reposera alors sur la mise en cohérence de matériaux hétérogènes.

Figure 3 : La typologie des systèmes de santé selon l'OCDE et politique de télémédecine



Sources : d'après OCDE (2010) et OMS (2009)

Bibliographie

AMABLE B. (2005), *Les cinq capitalismes*, Paris, Seuil.

ANDERSON G. ET HUSSEY P. S. (2001), Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.

ANDRE C. (À paraitre), Un "noyau dur" des systèmes de santé ? Le cas de l'Europe en longue période. *Revue de la régulation*.

ANDRE C. (2007), Les typologies des évolutions des systèmes de santé en Europe. Quelles évolutions ?. *Economie Appliquée*, 60(1), 37-68.

ANDRE C. (2006), Vers une norme globale des dépenses de santé en Europe ?. *Revue Sociologie Santé*, 25, 49-76.

BOYER R. ET FREYSSENET M. (2000), *Les modèles productifs*, Paris, La découverte.

CHANDRA A., PETTRY C. E., JR. ET PAUL D. P., (2013), Telemedicine from a macromarketing viewpoint: A critical evaluation with proposed licensing strategies. *in Government Policy and Program Impacts on Technology Development, Transfer and Commercialization: International Perspectives*, 111-136.

CRIGGER B.-J. (2006), Policy & Politics: e-Medicine: Policy to Shape the Future of Health Care. *The Hastings Center Report*, 36, 12-13.

DARKINS A. ET CARY M. (2000), *Telemedicine and Telehealth: Principles, Policies, Performance and Pitfalls*, Springer Publishing Company.
DELORME R. (2010), *Deep complexity and the social Sciences. Experience, modeling and operability*, Edward Elgar Pub.
DURAN-ARENAS L. ET COBURN D. (2005), The use of health technology assessment in the health-care system: Lesson from three OECD countries. *Health Technology and Decision Making*, OECD publishing.
ESPING-ANDERSEN G. (1999), *Les trois mondes de l'État-providence*, Paris, Puf.
GRIGNON M. (2009), Pourquoi les systèmes de santé sont-ils organisés différemment ?. *Revue Economique*, (60).
HURST J. ET JEE-HUGHES M. (2001), Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. *Labor Market and Social Policy Occasional Papers*, 47.
KERLEAU M. ET PELLETIER-FLEURY N. (2002), Restructuring of the healthcare system and the diffusion of telemedicine. *The European Journal of Health Economics*, (3)3, 7.
KIDHOLM K., EKELAND A., JENSEN L., RASMUSSEN J., PEDERSEN C., BOWES A., FLOTTORP S. ET BECH M. (2012), A model for assessment of telemedicine applications: mast. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28(1), 44-51.
KIRSCH G. (2002), The Business of eHealth. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, (2), 106-110.
LETOURMY A. (2000), Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble. *Sociologie du Travail*, (42), 13-30.
MURRAY C. J. L. ET FRENK J. (2000), A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, (78)6.
OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
OCDE (2011), Un nouveau regard sur les systèmes de santé de l'OCDE : Typologie, efficacité et politiques. *Réformes économiques. Objectif croissance*, (7)1, 231-249.
OH H., RIZO C., ENKIN M. ET JADAD A. (2005), What Is eHealth : A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of medical Internet Research*, (7)1.
OMS (2012), Cybersanté: où en sommes nous ?. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, (90)5, 321-400.
OMS (2010), Atlas e-Health country profiles. *Global Observatory for eHealth series*, (1).
OMS (2000), World Health Report 2000. OMS (Éd).
OMS (1997), A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics.
OMS (1946), *Préambule de la constitution de l'OMS*.
OVRETVEIT J. (2001), Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning and Management*, (16), 229-241.
PALIER B. ET BONOLI G. (1999), Phénomènes de path dependence et réforme des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique*, (49), 399-420.
THERET B. (1997), Méthodologie des comparaisons internationales, approches de l'effet sociétal et de la régulation : fondements pour une lecture structuraliste des systèmes nationaux de protection sociale. *L'année de la régulation*, (1), 163-228.