



Mécanique d'une influence : les usages sélectifs de l'Union européenne dans les politiques nationales d'e-santé

Chloé Berut

► To cite this version:

Chloé Berut. Mécanique d'une influence : les usages sélectifs de l'Union européenne dans les politiques nationales d'e-santé. Science politique. Université Grenoble Alpes [2020-..], 2020. Français. NNT : 2020GRALH014 . tel-03193741

HAL Id: tel-03193741

<https://theses.hal.science/tel-03193741>

Submitted on 9 Apr 2021

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

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

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Spécialité : **Science politique**

Arrêté ministériel : 25 mai 2016

Présentée par

Chloé BÉRUT

Thèse dirigée par **Sabine SAURUGGER**, Professeure des universités, Sciences Po Grenoble, Université Grenoble Alpes

Préparée au sein du **Laboratoire Pacte (UMR 5194)**
dans l'**École Doctorale des Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire**

Mécanique d'une influence : les usages sélectifs de l'Union européenne dans les politiques nationales d'e-santé

Gears of influence: the selective use of European Union instruments in domestic eHealth policy-making

Thèse soutenue publiquement le **1^{er} décembre 2020**,
devant le jury composé de :

Madame Sabine SAURUGGER

Professeure des universités, Sciences Po Grenoble, Université Grenoble Alpes, Directrice de thèse

Monsieur Scott L. GREER

Professeur, Université du Michigan, Rapporteur

Monsieur Patrick HASSENTEUFEL

Professeur des universités, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines et Sciences Po Saint-Germain-en-Laye, Rapporteur

Madame Claire DUPUY

Professeure, Université Catholique de Louvain, Examinatrice

Monsieur Yves SUREL

Professeur des universités, Université Paris 2 Panthéon-Assas, Président

Monsieur Jonathan ZEITLIN

Professeur, Université d'Amsterdam, Examineur



Remerciements

Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans les nombreuses personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ces années.

Ceux qui me connaissent savent déjà la chance que j'ai eue d'être guidée dans mon travail par Sabine Saurugger. Elle a su, du mémoire de master à la thèse de doctorat, me faire progresser sur un plan scientifique bien au-delà des limites que je pensais avoir. Cela a demandé un savant mélange de doutes et de confiance, qu'elle a su parfaitement doser au cours des cinq dernières années. J'ai ainsi appris à ne pas 'tuer mon interlocuteur dès l'introduction' (je l'espère), mais également que 'l'on ne peut pas plaire à tout le monde, sinon ce serait contradictoire'. Au-delà du plan scientifique, ma directrice a su me donner les clés pour évoluer dans le monde si particulier de la recherche, qui demande parfois d'avoir le cœur bien accroché.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude envers les membres du jury, qui ont généreusement accepté de donner de leur temps pour lire et discuter mon travail : Claire Dupuy, Scott L. Greer, Patrick Hassenteufel, Yves Surel et Jonathan Zeitlin.

J'adresse également un très grand remerciement à l'ensemble des relecteurs et relectrices, qui m'ont permis de largement améliorer la version brute de ce manuscrit : Céline Belot (qui aura été là 'un peu au tout début, un peu à la toute fin' !), Fabien Terpan, Antoine Machut, Romain Mespoulet. Tout au long de mon parcours, j'ai également discuté de mes travaux avec de nombreuses personnes, qui toutes ont apporté leur pierre à l'édifice de cette thèse. Je pense notamment à Claire Dupuy et Laurence Dumoulin, que je remercie pour les retours qu'elles m'ont faits durant les fameuses 'Sabinades'.

J'aimerais ensuite exprimer ma profonde reconnaissance envers l'ensemble des personnes qui ont accepté de me confier leurs précieux témoignages dans le cadre des entretiens, c'est à elles que je dois les résultats de cette recherche. Je remercie également celles et ceux qui m'ont permis de réaliser mes différents voyages de terrain dans les meilleures conditions : la famille Gaviria autrichienne qui m'a accueillie à Vienne, mon frère Clément qui m'a prêté son canapé plusieurs semaines à Paris, et le laboratoire Pacte, qui m'a permis de financer mon séjour en Irlande.

Si la thèse a été aussi agréable, c'est aussi parce que j'ai eu la chance d'avoir été très bien entourée. À ce titre, je remercie les doctorantes, les doctorants et les membres de Pacte, notamment de l'équipe Gouvernance. Ils ont été des collègues accueillants et bienveillants, et certains d'entre eux sont devenus de véritables amis. Je pense en particulier à Antoine Machut, Anton Eichberger, Cal Le Gall, Camille Duthy, Chloé Alexandre, Eva-Maria Schäfferle, Guillaume Roux, Gizemnur Özdiñç, Ismaël Benslimane, Joan Deas, Juan Duque, Léo Vennin, Marie-Aurore Ghis-Malfilatre, Marie-Charlotte Allam, Maureen Clappe, Max-Valentin Robert, Rhosnie Francius, Romain Mespoulet, Simon Varaine, Tristan Guerra. Petit

hommage spécial au bureau 49, qui a toujours égayé mon quotidien, et à Eva et Anton, pour avoir pallié mon absence de connaissances en allemand.

En dehors du laboratoire, le soutien de mes ami.e.s de longue date et de ma famille a été tout aussi important. Je tiens en particulier à remercier Victor et Mahé, qui ont accepté de vivre quelques mois avec une colocataire branchée en permanence sur son ordinateur dans son petit coin de mezzanine, mais aussi Aurélie, Mélanie et Rémy pour la meilleure semaine de rédaction de l'été 2020. Sydney, Hugo et Aurélie, merci d'avoir été les 'thésards de la vraie vie', en particulier lors des dernières semaines.

Un énorme merci également à ma mère et à Mahé, qui n'ont pas hésité à lire des heures durant du jargon scientifique à l'affût des coquilles. Votre soutien dans la dernière ligne droite a été d'un grand réconfort. Et merci à mon frère Tao d'avoir été exemplaire pendant ces quelques semaines de rédaction au domicile familial !

La thèse n'est pas qu'une recherche, c'est une expérience en elle-même. J'ai au cours de ces cinq années découvert le plaisir des discussions interminables sur toutes sortes de sujets, de la recherche du titre parfait à la difficulté d'échapper aux vendeurs de nougats.

Raul et Clara, il aura fallu cinq ans, mais sachez que je suis très heureuse de m'inviter enfin chez vous.

Simon, je suis ravie d'être maintenant une participante active à l'élaboration de tes fameuses stratégies, et j'espère que j'aurai bientôt l'occasion d'entrer dans la team très select des tueurs de zombies.

Antoine, j'espère de tout cœur que cette thèse n'est que la première d'une longue série d'attaques à base de cadre théorique. Ces derniers mois tu auras été la plus parfaite 'benne à soucis' ; jusqu'au bout j'ai pu compter sur ta patience, et sur ta manière si particulière de trouver le 'bon' mot (jusqu'au bout, j'insiste !).

Je tiens enfin à remercier Mahé, qui a été là toutes ces années malgré mon temps de 'cerveau disponible' parfois très limité ; il a su me ramener les pieds sur terre quand c'était nécessaire. Je jure solennellement de ne pas devenir une acharnée du travail !

Et pour finir, je remercie mon ordinateur pour ses six années de bons et loyaux services ; même s'il n'a pas résisté jusqu'au bout et décidé de rendre l'âme deux jours avant le dépôt du manuscrit !

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire	5
Liste des sigles et acronymes	7
Introduction	13
Partie I. Les usages de l'UE dans l'approche des courants multiples : théorie, concepts et méthodes.....	31
Chapitre 1. La théorie des courants multiples à l'épreuve de l'eupéanisation.....	37
Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative.....	73
Partie II. L'intérêt, moteur des usages de l'Union européenne	105
Chapitre 3. De l'entrepreneur 'eupéiste' à l'eupéanisation : contextes, ressources et usages	115
Chapitre 4. Les usages de l'UE comme relance d'un processus de politique publique	151
Chapitre 5. Une opportunité manquée ? Le cas des absences d'usage de l'Union européenne en France	185
Chapitre 6. Conclusion de la Partie II : L'intérêt, une condition nécessaire mais non suffisante pour expliquer les usages de l'Union européenne	227
Partie III. Les contraintes stratégiques aux usages de l'Union européenne : relation à l'UE et structure des instruments européens.....	245
Chapitre 7. Des usages 'invisibles' : les effets de la relation à l'UE sur le contexte d'utilisation des instruments européens	249
Chapitre 8. Les usages techniques de l'Union européenne : la transformation des instruments européens en outils pratiques de construction des solutions d'e-santé.....	303
Chapitre 9. Les usages de répartition : l'intégration de l'Union européenne dans les jeux de pouvoir institutionnels.....	337
Chapitre 10. Conclusion de la Partie III : Les usages stratégiques de l'UE, apports et limites d'une approche	369
Conclusion générale	403

Annexes et tables	413
Annexe 1. Liste des enquêtés.....	413
Annexe 2. Grille d'entretien.....	417
Annexe 3. Liste des sources documentaires.....	423
Annexe 4. Le renforcement de la <i>soft law</i> européenne dans l'e-santé (obligation)	445
Annexe 5. Les usages de légitimité en période de flux, le cas de l'adoption de standards internationaux d'e-santé en Autriche (2007).....	451
Liste des tableaux.....	455
Liste des figures et images	457
Liste des encadrés.....	459
Table des matières	461
Bibliographie.....	467

Liste des sigles et acronymes

ADN	Acide désoxyribonucléique	
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	
APA	Austria Presse Agentur	Agence de Presse Autrichienne
APA-OTS	Austria Presse Agentur – Originaltextservice	Agence de Presse Autrichienne – Service des communiqués de presse
ARS	Agence Régionale de Santé	
ASIP	Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé	
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	
BCE	Banque centrale européenne	
BGA	Bundesgesundheitsagentur	Agence fédérale pour la Santé
BM	Banque mondiale	
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz	Loi constitutionnelle fédérale
BZ-K	Bundes-Zielsteuerungskommission	Commission fédérale de la gouvernance par objectifs
BZÖ	Bündnis Zukunft Österreich	Alliance pour l'avenir de l'Autriche
CCAM	Classification commune des actes médicaux	
CDC	Caisse des Dépôts et des Consignations	
CE	Commission européenne	
CEF	Connecting Europe Facility	Mécanisme pour l'interconnexion en Europe
CIP	Competitiveness and Innovation Framework Programme	Programme-cadre pour la compétitivité et l'innovation
CJUE	Cour de Justice de l'Union européenne	
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie	
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins	

CPS	Carte Professionnelle de Santé	
CSG	Contribution sociale généralisée	
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français	
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et des de l'Organisation des Soins	
DMP	(2004-2016) : Dossier Médical Personnel (2016-...) : Dossier Médical Partagé	
DoH	Department of Health	Ministère de la Santé
DP	Dossier pharmaceutique	
DSI	Digital Service Infrastructures	Infrastructures de Services Digitaux
EC	European Commission	Commission européenne
eHMSEG	eHealth member states expert group	Groupe d'experts e-santé des États membres
EHN	eHealth network	Réseau e-santé
EHR	Electronic Health Record	Dossier médical électronique
eIDAS	Electronic Identification, Authentication and Trust Services	Identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte	Dossier médical électronique
ELSY	Elektronischen Verwaltungssysteme	Système de gestion électronique
eP	ePrescription	Prescription électronique
Epsos	European Patients Smart Open Services	Services ouverts et intelligents pour les patients européens
eSAG	eHealth Standards Advisory Group	Groupe consultatif sur les normes d'e-santé
EU	European Union	Union européenne
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville	
FEDER	Fonds Européen de Développement Régional	
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins	
FMF	Fédération des Médecins de France	
FMI	Fonds Monétaire International	

FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs	Parti de la liberté d'Autriche
GAFAM	Google, Apple, Facebook, Amazon Microsoft	
GIP	Groupement d'Intérêt Public	
GMSIH	Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier	
GP	General Practitioner	Médecin généraliste
HAS	Haute Autorité de Santé	
HeBE	Health Boards Executive	Comité de direction des Conseils de Santé
HiAP	Health in All Policies	La santé dans toutes les politiques
HL7	HealthLevel 7	Santé Niveau 7
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires	
HSE	Health Service Executive	Direction des services de santé
HTA	Health Technology Assessment	Évaluation des technologies de santé
HVSV	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger	Fédération des institutions autrichiennes de Sécurité Sociale
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise	Initiative d'intégration des soins de santé
INA	Institut national de l'audiovisuel	
INDS	Institut National des Données de Santé	
IRA	Irish Republican Army	Armée républicaine irlandaise
JAsEHN	Joint Action to Support the eHealth Network	Action commune pour soutenir le réseau e-santé
LFSS	Loi de financement de la Sécurité Sociale	
MAGDA- LENA	Medizinisch- Administrativer Gesundheitsdaten- austausch- Logisches und Elektronisches Netzwerk Austria	Réseau autrichien logique et électronique pour l'échange de données médico-administratives et de données cliniques
MCU	Maître de conférences des universités	
MG France	Fédération Française des Médecins Généralistes	
MISS	Mission pour l'Informatisation du Système de Santé	
MOC	Méthode Ouverte de Coordination	

MSF	Multiple Streams Framework	Théorie des courants multiples
NCP	National Contact Point	Point de Contact National
NHIS	National Health Information Strategy	Stratégie nationale d'information en santé
NHS	National Health Service	Service National de Santé
NTPF	National Treatment Purchase Fund	Fonds national d'achat de traitements
NWHB	North Western Health Board	Conseil de Santé du Nord-Ouest
OÄK	Österreichische Ärztekammer	Chambre des médecins autrichiens
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie	
ONG	Organisation non gouvernementale	
ÖVP	Österreichische Volkspartei	Parti populaire autrichien
PCF	Parti communiste français	
PIB	Produit intérieur brut	
PME	Petite ou moyenne entreprise	
PPARS	Personnel, Payroll and Related Systems	Personnel, paie et systèmes connexes
PS	Patient Summary	Résumé patient
PUPH	Professeur des université - praticien hospitalier	
RGPD	Règlement général sur la protection des données	
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique	
SAMU	Service d'aide médicale urgente	
SESAM	Système électronique de saisie de l'assurance maladie	
SGAE	Secrétariat général des affaires européennes	
SGCI	Secrétariat général du Comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne	

SHB	Southern Health Board	Conseil de Santé du Sud
SI	Système d'information	
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise	
SML	Syndicat des Médecins Libéraux	
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs	Parti social-démocrate d'Autriche
STRING	Standards und Richtlinien für den Informatikeinsatz im österreichischen Gesundheitswesen	Standards et recommandations pour l'utilisation de l'informatique dans le système de santé autrichien
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication	
UE	Union européenne	
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie	
VHI	Voluntary Health Insurance	Assurance maladie volontaire
VSM	Volet de Synthèse Médicale	
WHO	World Health Organisation	Organisation mondiale de la santé

Introduction

Parmi ses nombreuses conséquences, la crise de la Covid-19 aura contribué à mettre en lumière un fait particulier au niveau européen : en matière de santé, la prise de décision nationale demeure incontestablement la norme de référence. Dès le début de la propagation de la pandémie au continent, de nombreux articles de presse se sont ainsi faits l'écho d'une 'impuissance européenne'.¹ De fait, l'Union européenne (UE) ne dispose que de compétences d'appui : si elle peut 'compléter' les politiques nationales, toute action dans ce domaine doit être 'menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux' (article 168 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne). À la différence du secteur économique, l'intégration européenne dans la santé a toujours été remarquablement limitée – y compris en comparaison avec d'autres domaines des politiques sociales (Barcevičius *et al.* 2014; Martinsen 2012). Dans ce contexte, le manque de coordination affiché par les États membres ne surprend guère, et peut être interprété comme la conséquence logique de choix politiques opérés depuis les débuts de l'intégration européenne.

Malgré cette absence de compétences, de nombreuses problématiques de santé font l'objet de discussions au niveau européen, voire de prises de position de la part de la Commission européenne. Ces développements parallèles sont notamment permis par l'existence de tout un ensemble d'instruments relevant de la *soft law*² (ou 'loi souple') : la Commission peut ainsi s'exprimer via des Recommandations ou des Communications sur des thématiques spécifiques (maladies rares, santé et environnement, nutrition, prévention du cancer, vieillissement actif et en bonne santé...). Parfois, cette *soft law* est introduite au sein de dispositifs complexes visant à faire naître la discussion et l'échange de bonnes pratiques entre les États membres. C'est par exemple le cas de la Méthode Ouverte de Coordination (MOC,

¹ Frachon, Alain (19.03.2020). '« La crise du coronavirus doit amener l'Europe à changer de logiciel économique »', *Le Monde*, Disponible sur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/03/19/la-crise-du-coronavirus-doit-amener-l-europe-a-changer-de-logiciel-economique_6033664_3232.html ; France Info (09.04.2020). 'Coronavirus : quatre signes de l'impuissance de l'Union européenne face à l'épidémie de Covid-19', *France Info*, Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-quatre-signes-de-l-impuissance-de-l-union-europeenne-face-a-l-epidemie-de-covid-19_3906805.html ; Da Empoli, Giuliano (11.05.2020). 'L'Europe face au Covid-19, triste première impression', *Le Monde*, Disponible sur : https://www.liberation.fr/debats/2020/05/11/l-europe-face-au-covid-19-triste-premiere-impression_1787297

² La *soft law* se définit par contraste avec la *hard law*, qui est caractérisée par son caractère contraignant, et est généralement issue de la méthode communautaire classique. Alors que la non-application de la *hard law* peut mener à des sanctions, la *soft law* présente des caractéristiques plus souples (Terpan 2015).

voir : Sabel and Zeitlin 2008). Du fait de leur nature souple et non contraignante, les effets de ces types de dispositifs sont rarement visibles aux yeux du grand public. Si l'influence européenne existe, elle tend en effet à s'exercer dans le cadre restreint des personnels politiques et des administrations. Ces acteurs sont pourtant au cœur de la formulation des politiques publiques nationales, et l'objectif de cette recherche est donc de comprendre pourquoi et comment l'intégration européenne affecte le développement de ces politiques.

L'eupéanisation des politiques nationales

Cette recherche s'inscrit ainsi dans le champ des études sur l'eupéanisation, qui se développe à la fin des années 1990 en réaction à l'intégration communautaire et vise à en analyser les effets sur la politique, les politiques publiques et les structures politiques nationales (*politics, policies, polity*). Les phénomènes d'eupéanisation sont généralement définis comme des :

‘processus de (a) construction (b) diffusion et (c) institutionnalisation de règles, procédures, paradigmes de politique publiques, styles, « façons de faire » et croyances et normes partagées formelles et informelles qui sont dans un premier temps définies et consolidées lors de la formation de la politique et des politiques publiques européennes et ensuite incorporées dans la logique des discours, identités, structures politiques et politiques publiques nationales’ (Featherstone and Radaelli 2003: 17, traduction par l'auteure)

Dans cette conception, la notion de ‘processus’ est centrale, l'idée n'étant pas de quantifier l'eupéanisation en termes absolus, mais plutôt d'observer comment la logique européenne s'insère dans les politiques nationales (Radaelli 2012: 7). Dans le domaine de l'eupéanisation ‘souple’, où les instruments de *soft law* sont la norme, plusieurs stratégies de recherche se sont développées au fil des ans afin d'explorer les effets de ces nouveaux modes de gouvernance (Sabel and Zeitlin 2008). Parmi ces stratégies, la littérature portant sur les ‘usages’ de l'UE (Jacquot and Woll 2004; Graziano *et al.* 2011) invite précisément à se focaliser sur les occurrences dans lesquelles les instruments européens sont effectivement réintégrés au sein des processus politiques nationaux, au travers de leur utilisation directe par les acteurs de politique publique. Alors qu'une grande partie de la littérature s'est attachée à explorer les effets des processus cognitifs liés au développement de dispositifs européens souples (échange d'idées, délibération, persuasion, imitation, voir : Trubek and Trubek 2005; Sabel and Zeitlin 2008; Borrás and Jacobsson 2004), cette thèse vise précisément à comprendre les phénomènes d'eupéanisation à partir des utilisations concrètes des instruments européens par les acteurs des politiques publiques nationales.

La focalisation sur les usages de l'Union européenne constitue la première étape d'un questionnement qui sera central tout au long de cette recherche : dans quelle mesure l'intégration européenne souple affecte-t-elle le développement des politiques publiques au niveau national ? Pour répondre à cette question, deux perspectives d'analyse complémentaires sont mobilisées. Il s'agit d'une part, de développer des outils permettant de caractériser précisément les effets de l'Union européenne au niveau national, et ainsi de dédier une attention particulière à la question de la force causale véhiculée par les phénomènes d'intégration souple. Pour expliquer le rôle différencié de l'Union européenne sur les politiques et la politique nationales, il s'agit également d'identifier les circonstances dans lesquelles les usages de l'UE sont susceptibles de se produire. Autrement dit, sous quelles conditions les instruments européens se transforment-ils en opportunité au niveau national ? Par l'exploration de ces deux thématiques (explication des usages et caractérisation de leurs effets), nous montrerons qu'à partir du moment où les instruments européens parviennent à intégrer la 'boîte à outil' des acteurs de politique publique nationaux, l'absence de compétence n'est plus un obstacle à l'influence.

La question de l'européanisation sera analysée au travers d'une étude de cas comparative des politiques d'e-santé (santé électronique), en France, en Autriche et en Irlande. Bien que ces pays soient différents sur de nombreux aspects, ils partagent certaines similarités essentielles dans le cadre de cette recherche. Tout d'abord, les politiques nationales d'e-santé de ces trois États membres se sont développées sur une temporalité similaire. Elles débutent ainsi toutes durant la première moitié des années 2000 : tandis que le Ministre de la Santé irlandais Micheál Martin annonce dès 2001 vouloir mettre en place une 'stratégie nationale d'information en santé', Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, fait de l'introduction du Dossier Médical Personnel (DMP)³ un axe majeur de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En parallèle, en Autriche, on trouve des traces de la mise sur agenda de l'e-santé au niveau institutionnel dès 2005, dans le cadre de la réforme générale du système de santé entreprise par la coalition 'noire-bleue' (ÖVP-FPÖ). Au moment de l'enquête et des entretiens (2015-2018), on observe par ailleurs que ces politiques publiques sont toujours en cours de développement et débutent au mieux une première phase de mise en œuvre. Cette similarité dans la temporalité est essentielle, car elle indique dans les trois cas une élaboration longue et complexe, permettant d'assurer un certain niveau de

³ Version française d'un dossier médical électronique partagé, consultable par le patient et les différents professionnels de santé.

comparabilité entre les cas. Enfin, ces trois États membres font partie du groupe de pays dans lequel l'influence de l'Union européenne devrait être particulièrement faible.⁴

Le choix de l'e-santé

L'apparition des nouveaux modes de gouvernance européens a engendré de nombreux débats au sein de la communauté scientifique (Zeitlin *et al.* 2014; Kröger 2009a). Alors que certains défendent l'hypothèse d'effets importants liés à ces dispositifs (Barcevičius *et al.* 2014; Greer and Vanhercke 2010; Guigner 2007; Hassenteufel and Palier 2015), d'autres insistent plutôt sur leur inefficacité. D'un point de vue juridique, la notion même de '*soft law*' et la pertinence de la création de cette catégorie de normes ne fait pas l'unanimité (D'Aspremont 2008; Guinard 2013). Dans ce contexte, le choix de s'intéresser aux politiques de santé, et plus particulièrement à des dispositifs participant directement à l'organisation des soins, permet de donner une résonance particulière aux résultats de la recherche. En effet, le domaine de la santé est considéré comme un cas peu propice aux phénomènes d'eupéanisation :

'In various aspects health care constitutes a less likely or critical case of both European integration and Europeanization (Eckstein, 1975). [...] When a policy area may be classified as a less likely or critical case of Europeanization, this brings specific challenges to the research design, but may also bring out crucial theoretical and empirical insights regarding which causal factors mediate or limit the processes of Europeanization and its outcome. [...] By choosing one's case strategically along the continuum of 'least likely' and 'most likely', the case study becomes a highly suitable method for testing and improving theories and existing studies: "A single crucial case may certainly score a clean knockout over a theory" (Eckstein, 1975: 127).'⁵ (Martinsen 2012: 141–145)

Plusieurs recherches empiriques confirment par ailleurs cette classification du cas des politiques de santé vis-à-vis de l'intégration européenne (voir par exemple les études comparées sur la Méthode Ouverte de Coordination de Barcevičius *et al.* (2014), ou les constats de Patrick Hassenteufel et de Bruno Palier (2015) sur le cas français). Ainsi, observer des phénomènes d'eupéanisation dans ce secteur apporte une contribution nette en faveur de la thèse selon laquelle les instruments européens 'souples' présentent un important potentiel

⁴ Voir chapitre 2 pour plus de détails sur ce processus de sélection des cas.

⁵ 'À de nombreux égards la santé constitue un cas peu probable ou critique à la fois pour l'intégration européenne et pour l'eupéanisation (Eckstein, 1975). [...] Quand un secteur de politique publique peut être catégorisé de cas peu probable ou de cas critique, cela pose des problèmes spécifiques en termes de design de recherche, mais cela peut également mettre en évidence des apports empiriques et théoriques à propos des facteurs déterminants qui limitent ou interviennent dans le processus d'eupéanisation et son résultat. [...] En choisissant stratégiquement un cas sur le continuum des cas les 'moins probables' aux 'plus probables', l'étude de cas devient une méthode très appropriée pour tester et améliorer les théories et les analyses existantes : « un unique cas crucial peut certainement porter un coup net à une théorie » (Eckstein, 1975: 127)' (Traduction par l'auteur)

de transformation des politiques publiques nationales. En conséquence, l'utilisation d'un design de recherche similaire dans d'autres cas plus 'ouverts' à l'influence européenne devrait révéler les effets significatifs et parfois peu explorés de ces dispositifs.

Néanmoins, la catégorisation de la santé en cas 'peu probable' ou 'crucial' pour l'eupéanisation ne doit pas oblitérer le fait que l'intégration par le marché affecte déjà l'organisation des systèmes de santé des États membres (Martinsen and Vrangbæk 2008; Greer 2006), bien que ceux-ci aient lutté 'avec ferveur' pour conserver leur autonomie dans ce domaine et 'refusé toute tentative d'harmonisation de la part de l'UE' (Martinsen 2012: 149). Les politiques de santé et l'organisation des soins sont par exemple affectées par les directives sur la régulation du temps de travail (Greer 2006), par les directives sur la réglementation de la vente des produits du tabac (Guigner 2011) ou de l'alcool et par les règles de taxation des produits en provenance de l'UE (Mäkelä and Osterberg 2009). La réalisation du marché intérieur a également conduit à la production d'une jurisprudence non négligeable concernant les systèmes de protection sociale. En effet, la libre circulation des personnes a modifié les conditions dans lesquelles s'exercent les activités de santé en rentrant en contradiction avec le principe de territorialité des systèmes de protection sociale des États membres (Martinsen and Vrangbæk 2008). Cette contradiction a donné lieu à plusieurs arrêts de la Cour de Justice de l'Union européenne (arrêts Kohll et Decker du 28 avril 1998 ; arrêts Vanbraekel et Smits et Peerbooms du 12 juillet 2001), et a favorisé l'adoption d'une réglementation assurant un minimum de coordination entre les différents systèmes de protection sociale (carte européenne d'assurance maladie). Enfin, le dispositif du 'semestre européen' (Zeitlin and Vanhercke 2018) est appliqué depuis 2011 au secteur de la santé, avec de potentiels effets sur la hiérarchisation des problèmes dans les stratégies de santé nationales (Azzopardi-Muscat et al. 2015) .

Parmi les nombreuses problématiques nationales de santé abordées par l'Union européenne se trouvent les dispositifs de santé électronique, ou d'e-santé. Cette thématique connaît un essor important depuis le développement des *smartphones*, et de nombreuses applications sont aujourd'hui dédiées à la promotion de la santé et au bien être. Certains dispositifs médicaux associent également des solutions d'e-santé, comme par exemple dans le cas du diabète et de la gestion du taux d'insuline.⁶ Pour la Commission européenne,⁷ l'e-santé correspond ainsi à

⁶ Haute Autorité de Santé (2016). 'Diabète : deux nouvelles technologies pour faciliter le suivi et la prise en charge', *Communiqués de presse de la Haute Autorité de Santé*, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2669921/fr/diabete-deux-nouvelles-technologies-pour-faciliter-le-suivi-et-la-prise-en-charge

l'introduction des Technologies de l'Information et de la Communication dans le domaine de la santé, dans le but 'd'améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement, la surveillance et la gestion de la santé et du mode de vie'. Toujours selon cette institution, 'ces outils peuvent permettre d'innover et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins, et de renforcer l'efficacité globale du secteur de la santé'.

En parallèle des nombreux développements du secteur privé, l'e-santé fait également l'objet de politiques publiques au niveau des États membres. L'État peut ainsi prendre en charge le déploiement de plusieurs types de dispositifs : télémédecine, prescription électronique ('ePrescriptions'), cabines médicales connectées⁸... Une attention particulière est généralement accordée à l'élaboration de dossiers médicaux électroniques (*Electronic Health Records*, EHR), qui constituent un premier 'bloc' sur lequel peuvent ensuite se greffer tout un ensemble d'applications d'e-santé. Le dossier médical électronique, loin d'être un simple dossier numérisé uniquement destiné à l'usage de son créateur, a vocation à être entièrement connecté, accessible par le patient et par différents professionnels de santé. Les avantages d'un tel dossier sont multiples : renforcement de la sécurité des soins (limitation du risque iatrogène), meilleure prise en charge grâce à l'historique (notamment en cas d'urgence ou de rencontre avec un nouveau praticien), limitation des examens inutiles, meilleure coordination du parcours de soins, accès des patients aux informations les concernant... A l'heure du 'Big Data' et du développement de l'intelligence artificielle, la numérisation des données de santé présente également un potentiel important pour la recherche médicale. Du fait de ces nombreuses qualités, le dossier médical électronique peut également, à terme, contribuer à l'instauration d'un système de soins plus efficient, bien que les économies réalisées par ce type de dispositif soient difficilement calculables à l'échelle d'un pays. Comme nous le verrons tout au long de cette thèse, ces multiples objectifs en font un outil adaptable à tout un ensemble de problèmes et de contextes très différents. Du fait de cette malléabilité et de son caractère moderne et technologique, le dossier médical électronique est ainsi susceptible d'être adopté et promu pour des motifs très différents qui dépassent souvent la simple résolution des problèmes auquel il est directement rattaché.⁹ Son développement est de ce fait

⁷ Source : Site officiel de la Commission européenne, consulté le 26.06.2020. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/ehealth/home_fr

⁸ Les cabines médicales connectées sont équipées d'un ensemble d'instruments (thermomètre, stéthoscope, tensiomètre...), qui, utilisées par le patient, permettent à un médecin à situé distance de poser un diagnostic.

⁹ Voir à ce sujet le cas présenté par Hassenteufel *et al.* (2010) à propos des acteurs programmatiques et de leur capacité à faire adopter des solutions similaires au sein de pays rencontrant des problèmes très différents. Certains auteurs parlent également de '*pet solutions*' à propos de ce type d'instruments de politique publique (Béland and Howlett 2016).

particulièrement sensible à l'engagement des acteurs politiques, plus qu'il ne semble guidé par l'apparition de problèmes spécifiques qu'il s'agirait de traiter.

Malgré ces nombreuses qualités, le dossier médical électronique et l'e-santé en général soulèvent des débats importants, notamment au sein de la communauté scientifique. Ainsi, certains déplorent que les bénéfices de l'e-santé soient davantage postulés que prouvés scientifiquement :

'There is a large gap between the postulated and empirically demonstrated benefits of eHealth technologies. In addition, there is a lack of robust research on the risks of implementing these technologies and their cost-effectiveness has yet to be demonstrated, despite being frequently promoted by policymakers and "techno-enthusiasts" as if this was a given. In the light of the paucity of evidence in relation to improvements in patient outcomes, as well as the lack of evidence on their cost-effectiveness, it is vital that future eHealth technologies are evaluated against a comprehensive set of measures, ideally throughout all stages of the technology's life cycle. Such evaluation should be characterised by careful attention to socio-technical factors to maximise the likelihood of successful implementation and adoption.'¹⁰ (*Conclusions*, Black *et al.* 2011, voir également Eden *et al.* 2018)

Au-delà de la question de leur efficacité, de nombreux chercheurs et chercheuses en sciences humaines proposent une vision critique de ces technologies, en dénonçant les risques d'une surveillance accrue des individus du fait de la récolte constante de leurs données (Del Río Carral *et al.* 2017). D'autres au contraire soulignent que les technologies de santé peuvent contribuer à créer de nouveaux rapports au corps, et montrent que les usages qui en sont faits sont souvent loin d'être conformes à ceux attendus par les industriels (Ruckenstein and Schüll 2017). Un autre groupe de chercheur.e.s insiste enfin sur l'émancipation (*empowerment*) des patients permise par la reprise en main de leurs données de santé et par le rééquilibrage des pouvoirs dans leur relation avec les praticiens de santé (Dumez and Minvielle 2017).

Cette thèse ne cherche en rien à trancher ce débat, au demeurant particulièrement riche, mais vise plutôt à montrer par quels processus les États se sont emparés de cette thématique en s'investissant dans la création de politiques publiques d'e-santé. Dans ce cadre, l'analyse de

¹⁰ 'Il y a un large fossé entre les bénéfices de l'e-santé postulés et ceux qui sont prouvés empiriquement. De plus, il y a un manque de recherches robustes sur les risques associés à ces technologies, et leur rapport coût-efficacité doit encore être démontré, malgré le fait qu'il soit régulièrement promu par les décideurs politiques et les 'technophiles' comme si c'était une évidence. À la lumière du manque de preuves en lien avec l'amélioration des résultats pour les patients, et du manque de preuve sur leur rapport coût-efficacité, il est vital à l'avenir que les technologies d'e-santé soient évaluées au regard d'un ensemble de mesures complètes, idéalement tout au long des étapes du cycle de vie de la technologie. Une telle évaluation devrait être caractérisée par une attention particulière aux facteurs sociotechniques pour maximiser les chances de succès de mise en œuvre et d'adoption' (Traduction par l'auteure)

l'adoption et du développement du dossier médical électronique, dispositif central de ces politiques, sera au cœur de cette recherche. D'autres solutions publiques d'e-santé seront également abordées (télémédecine par exemple ou messagerie de santé sécurisée) ; néanmoins, il convient de souligner que les dispositifs reposant sur des technologies plus anciennes (telles que les cartes à puce) et ayant une visée essentiellement administrative ne feront partie de cette étude qu'à titre historique. De même, les problématiques liées à l'informatisation des hôpitaux ne seront pas spécifiquement abordées.

La sélection de l'e-santé comme cas d'étude présente de nombreux avantages. Tout d'abord, ce domaine touche directement à l'organisation des soins, et fait donc partie des cas peu probables d'euphémisation. Ensuite, l'e-santé est, encore aujourd'hui, un enjeu qui paraît relativement dépolitisé sur un plan partisan : il est rare que de telles technologies fassent leur apparition dans les programmes politiques, et rien n'indique que les positionnements des acteurs soient structurés sur un axe droite-gauche. Nous avons pu confirmer ce constat en France, en Autriche et en Irlande lors de l'enquête de terrain :

'Ben c'est pas idéologiquement tranché. C'est-à-dire que, il n'y a pas, **on n'a pas une position quand on est de gauche et une autre position quand on est de droite**. Donc c'est un premier sujet, donc c'est pas un sujet sur lequel on peut, se marquer à droite ou se marquer à gauche, enfin en général les gens n'aiment pas se marquer à droite mais aiment se marquer à gauche, et deuxièmement, ce n'est pas un sujet grand, enfin c'est pas un sujet qui fait pleurer Margot, c'est pas un sujet grand public quoi.' (Entretien, fonctionnaire e-santé français, 25.11.2016)

'C'est bien qu'il y ait des aiguillons et c'est toujours positif, mais alors pour le coup sur ce dossier-là moi j'étais convaincue, vous voyez c'est-à-dire que c'était pas, j'avais soutenu des Ministres précédent euh en considérant que, voilà **c'était pas un sujet euh, partisan** [Silence].' (Entretien, ex-Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20.06.2018)

'– Mmh I know. So hum I don't know for example when a new political party is in power, is there any change in the eHealth public policy or it's quite the same all the time?

–Hum... I would say **it's, more or less hum, the same, there's a continuation...** Maybe for one Minister it's a higher priority than for the other, but in principle the way and the direction is clear.

–OK, good. So you would not say that eHealth is a politicized issue?

–Hum, it is politicized but not from the political parties, politicized by the Chamber of Doctors.'¹¹ (Entretien, principal rédacteur de 'l'initiative e-santé' en Autriche, 20.02.2017)

¹¹ '–Mmh je sais. Donc, je ne sais pas par exemple, quand un nouveau parti politique est au pouvoir, est-ce qu'il y a des changements dans la politique d'e-santé ou c'est plutôt la même chose tout le temps ?

‘eHealth is **not a particularly political subject**, not yet.’¹² (Entretien, représentant des patients irlandais, 05.12.2017)

Cette apparente ‘dépolitisation’¹³ ne signifie pas pour autant que les développements de l’e-santé ne relèvent pas de choix politiques, ou ne génèrent pas d’oppositions parfois particulièrement marquées (comme le montre le troisième extrait d’entretien ci-dessus). Seulement, l’aspect ‘non partisan’ de cette politisation et son caractère souvent peu publicisé en font un terrain particulièrement propice à l’étude de l’influence de l’UE. En effet, dans le cas de sujets plus sensibles aux politiques partisanes et/ou à l’opinion publique, la question de l’influence européenne aurait pu être perçue comme particulièrement problématique aux yeux de nos enquêtés, avec le risque de largement compromettre l’accessibilité au terrain.

L’intégration européenne en matière d’e-santé

Depuis les années 1990, nombreux sont les États membres à développer des politiques d’e-santé et à s’investir pour le développement de dossiers médicaux électroniques. On remarque en particulier que seize d’entre eux ont adopté des initiatives en ce sens entre 2001 et 2005, ce qui constitue une temporalité remarquablement resserrée pour des pays avec des systèmes de santé différents et confrontés à des problèmes de natures variées. Cette période correspond en parallèle aux premiers investissements politiques européens dans le domaine de l’e-santé. Ainsi, dès 1999, les soins de santé en ligne font partie des actions prioritaires à mener dans le cadre des plans d’action ‘eEurope – une société de l’information pour tous’.¹⁴ En 2004 est publié un plan d’action uniquement axé sur le développement de l’e-santé, qui, entre autres,

–Mmh.. Je dirais que c’est, plus ou moins, similaire, il y a une continuité... Peut-être que pour un Ministre c’est une priorité plus importante que pour un autre, mais en principe le chemin et la direction sont clairs.

–OK bien. Donc vous ne diriez pas que l’e-santé est un sujet politisé ?

–Mmh c’est politisé, pas de la part des partis politiques, c’est politisé par la Chambre médicale.’ (Traduction par l’auteure)

¹² ‘L’e-santé n’est pas un sujet particulièrement politique, pas encore’ (Traduction par l’auteure)

¹³ Les termes ‘politisation’ et ‘dépolitisation’ sont employés pour désigner un ensemble de phénomènes empiriques parfois très différents (Beaudonnet and Mérand 2019; Hassenteufel 2011: 181–184). Nous employons le terme ‘dépolitisation’ ici pour désigner le fait que l’e-santé ne fait pas l’objet d’un enjeu prééminent au niveau des partis politiques.

¹⁴ Communication du 8 décembre 1999, concernant une initiative de la Commission pour le Conseil européen extraordinaire de Lisbonne des 23 et 24 mars 2000: eEurope - Une société de l’information pour tous [COM(1999) 687 final - Non publié au Journal officiel] ; Version préliminaire du plan d’action eEurope 2002 – Une société de l’information pour tous, préparé par la Commission européenne en vue du Conseil européen de Feira du 19 et du 20 juin 2000 [COM (2000) 330 final] ; Communication du 28.05.2002 de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité Economique et Social et au Comité des régions, ‘eEurope 2005 – Une société de l’information pour tous’, plan d’action à présenter en vue du Conseil européen de Séville des 21 et 22 juin 2002 [COM(2002) 263 final]

invite les États membres à ‘élaborer une feuille de route nationale ou régionale pour la santé en ligne’.¹⁵

Depuis, l’Union européenne a continué à développer de nombreux instruments dans le domaine de l’e-santé, notamment via le financement en 2008 du projet Epsos (*European Patient Smart Open Services*), qui vise à préparer l’échange de certains éléments des dossiers médicaux électroniques au niveau européen (résumé patient¹⁶ et prescription électronique). Ces initiatives ont contribué à la formation d’une gouvernance volontaire de l’e-santé au niveau européen dans le cadre du ‘réseau e-santé’ (*eHealth network*), officiellement introduit par la Directive de 2011 sur les soins transfrontaliers.¹⁷ Depuis, dix-sept États membres se sont engagés dans le programme *Connecting Europe Facility eHealth*, dont l’objectif est de produire les infrastructures permanentes autorisant la transmission de données de santé au niveau européen. Ces nombreux travaux ont débouché sur la publication d’orientations européennes très précises en matière de structuration et de contenu du dossier médical électronique et de la ePrescription.

Cette conjonction temporelle entre initiatives européennes et nationales, si elle invite à questionner les potentielles relations entre ces deux niveaux de gouvernement, ne doit pas mener à la conclusion automatique de l’existence d’une influence européenne sur les politiques nationales (Radaelli 2012; Erhel *et al.* 2005). Deux stratégies s’offrent alors au chercheur : soit produire une analyse quantitative, afin d’observer si la relation entre initiatives européennes et initiatives nationales se maintient sur un grand nombre de cas, soit développer une analyse qualitative, qui permettra de récolter un grand nombre de données à l’intérieur d’un ou de plusieurs cas et d’observer s’il existe effectivement des traces d’une influence européenne au niveau national. À ce jour, la première option ne paraît pas particulièrement pertinente : la plupart des études montrent que les effets des instruments souples européens doivent se comprendre en conjonction avec tout un ensemble de facteurs nationaux, dont les catégorisations sont encore mal connues et souvent difficilement ‘mesurables’ sur un plan numérique. Par ailleurs, une telle stratégie s’intéresserait

¹⁵ Communication de la commission au conseil, au parlement européen, au comité économique et social européen et au comité des régions, ‘Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d’action pour un espace européen de la santé en ligne’, 30.04.2004, [COM (2004) 356 final]

¹⁶ Le ‘résumé patient’ (*Patient Summary* en anglais et ‘Volet de Synthèse Médicale’ dans sa version française) a vocation à contenir les informations essentielles à la prise en charge du patient : maladie et traitement en cours, antécédents, allergies etc. Il est particulièrement utile dans le cadre de la prise en charge en cas d’urgences ou de la rencontre entre un professionnel de santé et un nouveau patient.

¹⁷ Directive 2011/24/UE relative à l’application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

exclusivement au rôle de l'Union européenne dans l'existence des politiques d'e-santé ; or, l'influence de l'Union européenne peut s'exercer de multiples manières : temporalité, contenu des politiques publiques, jeux de pouvoir entre les acteurs. La conduite d'une analyse de type qualitative semble donc particulièrement adaptée à l'étude de l'eupéanisation dont elle permettra de révéler toute la palette de nuances.

L'analyse du changement en politique publique : des outils pour comprendre les phénomènes d'eupéanisation

Une première étape pour atteindre cet objectif est de disposer d'outils d'analyse permettant une interprétation stable des phénomènes d'eupéanisation (Zeitlin *et al.* 2014). À de nombreux égards, la problématique de l'eupéanisation entretient des liens étroits avec la question plus générale du changement en politique publique. Sabine Saurugger et Yves Surel (2006) notent ainsi les proximités de ce champ (au moins en termes de questionnement) avec les études sur le transfert des politiques publiques. Les études sur l'eupéanisation sont par ailleurs régulièrement appelées à être 'normalisées' (Hassenteufel and Surel 2000), afin que les outils plus classiques des politiques publiques puissent y être introduits. C'est précisément en répondant à cette exigence que nous avons construit une approche théorique permettant d'analyser dans un même cadre la grande diversité empirique des phénomènes d'eupéanisation.

Le premier chapitre de la partie I vise ainsi à présenter cette approche, construite à partir de la théorie des courants multiples initialement développée par John W. Kingdon en 1984 pour expliquer la mise sur agenda des politiques américaines (Kingdon 2002; Zahariadis 2003a; Herweg *et al.* 2018; Béland and Howlett 2016). Kingdon décrit le système politique au travers de trois courants (le courant de la politique, le courant des problèmes et le courant des solutions), qui évoluent de manière relativement indépendante avant de se retrouver lors de l'ouverture de 'fenêtres d'opportunité'. Le succès de la mise sur agenda dépend alors des compétences stratégiques 'd'entrepreneurs de politique publique' et de leur capacité à 'joindre' les trois courants ('*coupling*'). Cette théorie, qui explique le changement en politique publique, a rencontré un succès important et est depuis utilisée dans de nombreuses études empiriques (Jones *et al.* 2016).

Les phénomènes d'eupéanisation n'étant cependant pas limités à l'étape de mise sur agenda, cette recherche nous amène à proposer une version révisée du cadre conceptuel initial qui intègre l'ensemble des étapes de politique publique. Cette version révisée de la théorie des

courants multiples est utilisée tout au long de la thèse afin de décrire l'influence des usages de l'Union européenne sur le développement des politiques nationales.

Nous distinguerons ainsi les usages réalisés dans le courant des solutions, qui affectent directement la manière dont sont formulés les contenus de la politique publique, des usages réalisés dans le courant des problèmes, qui influent sur la création et la hiérarchisation de ces derniers, et des usages réalisés dans le courant politique qui ont pour principal effet de modifier les relations de pouvoir entretenues par les acteurs de politique publique. Ce modèle permettra également de faire des hypothèses distinctes selon la 'période' de réalisation des usages. En effet, alors que certains usages affectent directement la jonction des courants dans des périodes de 'synthèse', d'autres interviennent lorsque ces mêmes courants évoluent de manière relativement séparée, c'est-à-dire en période de 'flux'. Dans ces deux cas, la causalité attribuable à l'Union européenne diffère, ce qui nous conduira à identifier différents types d'eupéanisation des politiques nationales.

La formulation de ce cadre théorique nous permet ainsi, dans un premier temps, de développer les outils analytiques nécessaires à la caractérisation des phénomènes d'eupéanisation au niveau national. Cette première étape, bien que nécessaire, ne permet néanmoins de répondre qu'à une section de la chaîne d'explication de l'eupéanisation. En effet, pour qu'elle soit complète, l'analyse doit également s'intéresser aux causes de ce phénomène ; en somme, quelles sont les conditions qui rendent probable l'apparition d'usages de l'UE au niveau national ? Nous suivons en ce sens les recommandations de Dolowitz et Marsh, initialement développées dans le cadre de l'analyse du transfert de politiques publiques (*policy transfer*) :

'Of course, policy transfer can be treated as either a dependent or an independent variable; we can seek to explain the process of policy transfer or we can use policy transfer to explain policy outcomes. However, the two exercises are related. Put simply, if one wishes to use policy transfer to explain policy outcomes, then one also needs to explain what causes transfer; so, a full analysis would treat transfer as both a dependent and an independent variable.'¹⁸ (Dolowitz and Marsh 2000: 8)

¹⁸ 'Bien sûr, le transfert de politique peut être traité soit comme une variable dépendante soit comme une variable indépendante ; on peut chercher à expliquer le processus de transfert de politique ou on peut utiliser le processus de transfert politique pour expliquer la politique publique. Néanmoins, ces deux exercices sont liés. Pour dire les choses simplement, si l'on veut utiliser le transfert de politique pour expliquer la politique publique, il est également nécessaire d'expliquer ce qui cause le transfert ; par conséquent, une analyse complète traiterait le transfert à la fois comme une variable dépendante et indépendante.' (Traduction par l'auteure)

Le deuxième chapitre de la première partie présente ainsi la distinction entre ces deux étapes analytiques (expliquer l'apparition des usages de l'UE puis en analyser les conséquences sur le développement des politiques publiques nationales), et décrit les méthodes et techniques mises en place pour les mener à bien. Pour ce faire, ce chapitre commence par la présentation des hypothèses centrales de cette thèse. Nous identifions ainsi trois conditions susceptibles d'affecter les usages de l'UE au niveau national : l'intérêt des acteurs pour les usages de l'UE, la relation d'un pays avec l'Union européenne et la structure des instruments européens.

Dans la perspective du constructivisme stratégique,¹⁹ cette recherche porte ainsi une attention particulière à l'intérêt des individus et aux stratégies qu'ils mettent en place pour poursuivre leurs objectifs. Autrement dit, nous considérons que le recours aux instruments européens ne constitue pas une 'routine' ou une norme mais au contraire une action stratégique reposant sur un motif. Dans ce cadre, les contextes propices aux usages sont ceux dans lesquels les acteurs perçoivent un intérêt à puiser dans des ressources externes au niveau national pour poursuivre leur agenda. Nous postulons que de telles conditions sont réunies lorsque les acteurs ne trouvent pas suffisamment de ressources ou d'appui au niveau national : l'UE n'étant pas un 'acteur naturel' de la santé, le recours aux instruments européens devrait demeurer une option secondaire. En somme, moins les acteurs disposent de ressources au niveau national, plus il est probable qu'ils se saisissent des instruments européens dans leur travail politique national.

L'existence d'un tel intérêt pour les usages de l'UE, s'il est une condition nécessaire, n'est pas pour autant une condition suffisante pour assurer l'émergence de phénomènes d'européanisation. Ainsi, la littérature suggère que d'autres éléments sont susceptibles de moduler cet intérêt, en augmentant ou réduisant le champ des possibilités de transformation des instruments européens en opportunité pour les acteurs nationaux. Dans cette optique, la seconde variable explorée dans cette thèse est celle de la relation à l'Union européenne. Si cette explication a déjà été en partie abordée par la littérature sur les usages (Graziano *et al.* 2011), nous montrerons plus précisément en quoi la relation à l'UE affecte la 'visibilité' des usages de l'UE au niveau national (Chapitre 7). Nous nous intéresserons dans ce cadre aux mobilisations 'dicrètes' de l'Union européenne qui s'opèrent au cours du travail quotidien des acteurs de politique publique. Ces activités sont susceptibles d'impacter fortement les politiques publiques, comme le montre l'abondante littérature sur le rôle des fonctionnaires

¹⁹ Ou 'constructivisme centré sur les acteurs', voir : Saurugger 2013; Jabko 2009 ainsi que les introductions de la Partie I et de la Partie II de cette thèse pour plus de détails.

dans les politiques publiques (Hassenteufel 2011; Hassenteufel *et al.* 2010; Genieys and Hassenteufel 2012; Spire 2007).

Nous développerons dans un dernier temps une troisième variable explicative relative à la structure des instruments européens (Chapitres 8, 9 et 10). Si la question du choix des instruments et de leur design a déjà été largement abordée dans la littérature sur l'action publique (Lascoumes and Le Galès 2005; Halpern *et al.* 2014; Capano and Lippi 2017; Linder and Peters 1989; Howlett 2004; Bruno *et al.* 2006), le lien entre instruments souples européens et usages au niveau national n'a pas encore fait l'objet de recherches spécifiques. Pourtant, les instruments européens ne véhiculent pas tous le même type d'opportunité pour les acteurs nationaux. Il s'agira ainsi d'analyser les mécanismes par lesquels l'UE est transformée en opportunité, notamment en s'intéressant aux types de logiques qui sous-tendent les usages observés (usage de légitimité, usage technique ou usage de répartition) et aux liens que ces logiques entretiennent avec les instruments européens mobilisés.

L'analyse empirique des phénomènes d'eupéanisation

Au fur et à mesure de l'exploration de ces différentes hypothèses, nous serons amenés à analyser des cas empiriques d'eupéanisation d'une grande diversité. Si les usages reposant sur une logique de légitimité font l'objet de la Partie II et du Chapitre 7, les Chapitres 8 et 9 seront quant à eux dédiés à l'analyse de deux types d'usages spécifiques, les usages techniques et de répartition. C'est notamment par cette entrée que nous nous intéresserons plus précisément au travail quotidien des acteurs de politique publique (experts et fonctionnaires), que ce soit via l'analyse des usages de l'UE dans la construction des standards d'e-santé (Chapitre 8) ou de l'utilisation de l'intégration européenne comme argument dans les jeux de pouvoirs des acteurs institutionnels de l'e-santé (Chapitre 9).

Pour explorer chacune de ces hypothèses, une méthode comparative est mobilisée (Hassenteufel 2005). Il ne s'agit pas de revenir sur une littérature déjà abondante à propos de l'analyse comparée d'un petit nombre de cas et des liens entre cette méthode et la problématique de la généralisation et de la construction de théories (Lijphart 1971; Gerring 2009; Boussaguet and Dupuy 2014; Blatter and Haverland 2012). Seulement, on observe que la 'comparaison systématique' fait partie des critères méthodologiques centraux dans l'analyse des phénomènes d'eupéanisation (Zeitlin *et al.* 2014: 10). Cela étant posé, la méthode comparative recouvre elle-même tout un sous-ensemble de méthodes utilisées avec des visées parfois très différentes. Le deuxième chapitre de la première partie détaille ainsi

l'usage que nous faisons de la méthode de la co-variation et des techniques de *process tracing* (Blatter and Haverland 2012; Beach and Pedersen 2019; Surel 2018a). La méthode de la co-variation, qui structure l'ensemble de la comparaison, permet à partir d'une sélection contrôlée des cas et par l'observation de la variation des variables dépendantes et indépendantes autour de 'scores', 'd'isoler' les effets de certains éléments (X) sur le résultat attendu (Y). Les techniques de *process tracing* permettent quant à elles (dans le cadre de cette étude), de compléter ces premières observations par la recherche de traces des mécanismes causaux en jeu, comme autant d'éléments contribuant au faisceau d'indices de démonstration de la preuve. Le *process tracing* structure également la recherche autour de la mesure de la variable dépendante, à savoir les usages de l'UE. C'est en effet via un travail de repérage systématique des traces laissées par ces usages et leur interprétation à l'aide de la théorie révisée des courants multiples que nous définissons les effets de l'Union européenne sur le niveau national. Les techniques de *process tracing* viennent donc, dans le cadre de cette thèse, compléter la méthode de la co-variation, tout en structurant notre approche du terrain.

Alors que le *process tracing* est régulièrement comparé à un travail d'enquête policière, nous avons, à la manière d'un enquêteur, mis en place un dispositif routinisé afin de récolter les données nécessaires à l'analyse : recherche documentaire (documents de stratégie politique, lois, rapports, archives de presse etc.)²⁰, et conduite de soixante-douze entretiens²¹ avec les principaux acteurs des politiques publiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Ces données ont ensuite été compilées et triées à l'aide du logiciel d'aide à l'analyse qualitative Nvivo. La méthode de la co-variation, puisqu'elle guide la comparaison, est également à l'origine de la sélection de nos trois cas. Le second chapitre de la première partie présente ainsi le processus qui nous a amenée à choisir ces trois pays, qui, bien qu'étant différents sur certains plans, partagent des caractéristiques similaires essentielles pour le présent cas d'étude.

Dans les parties suivantes, les variations constatées sur ces trois cas autour des hypothèses générales présentées plus haut (intérêt, relation à l'UE, structuration des instruments européens) seront explorées, de même que les mécanismes causaux qui les sous-tendent.

La Partie II revient ainsi sur la question de l'intérêt des acteurs, et sur leur rôle de 'moteur' de l'européanisation. Elle détaille les implications de cette conception sur le design de la recherche et propose une façon de tester la pertinence de cette variable. Un dispositif

²⁰ L'Annexe 3 détaille la liste des sources documentaires mobilisées par pays dans un ordre chronologique.

²¹ Quarante dans le cas français, treize dans le cas autrichien, dix-neuf dans le cas irlandais (voir Annexe 1).

spécifique de ‘scores’ est ainsi mis en place, afin d’objectiver au maximum la comparaison de contextes nationaux différents et d’examiner les probabilités d’apparition d’un intérêt pour l’usage de l’UE de la part des acteurs nationaux de politique publique. C’est avec cette méthode que sont ensuite détaillés six cas, qui correspondent à six moments-clés des politiques d’e-santé en France, en Autriche et en Irlande (Chapitres 3, 4 et 5). La comparaison proposée dans cette première partie est ainsi réalisée sur trois dimensions parallèles : interne, externe et temporelle. En Autriche, nous nous intéresserons successivement à la mise sur agenda de l’e-santé au niveau national en 2005, via l’introduction de cette thématique dans la réforme globale du système de santé, et à la loi ELGA²² de 2012, dont l’objectif est d’adopter les dispositions législatives nécessaires à la mise en œuvre du dossier médical électronique autrichien. En Irlande, l’analyse empirique se concentre sur la mise sur agenda de l’e-santé par le Ministre de la Santé Micheál Martin en 2001, et sur le développement de cette politique publique qui aboutit à la publication de la stratégie nationale d’information de santé en 2004. Enfin, le cas de la France est abordé via une comparaison du contexte de la mise sur agenda du Dossier Médical Personnel en 2004, et de la ‘relance’ (ou ‘mise sur agenda secondaire’) de ce même dossier en 2009 par la Ministre Roselyne Bachelot.

Si l’analyse de ces six cas souligne les apports d’une approche basée sur les intérêts des acteurs (notamment au regard de l’explication par la ‘socialisation à l’Union européenne’), elle révèle également la nécessité de prendre en compte des variables supplémentaires pour comprendre les phénomènes d’européanisation (Chapitre 6). Ainsi, la diversité des usages de l’UE invite à considérer le potentiel explicatif de conditions supplémentaires, qui, combinées à l’intérêt des acteurs, permettent d’expliquer l’apparition de phénomènes d’européanisation de multiples natures.

C’est précisément avec cet objectif que nous explorons ensuite les effets de la relation à l’Union européenne sur l’expression des usages de l’UE (Chapitre 7). Il s’agit en particulier de déterminer et de tester la présence d’un mécanisme causal associant la ‘relation à l’UE’ à la période de réalisation des usages (flux ou synthèse). Quatre cas différents seront ainsi analysés, les deux premiers correspondant à des périodes de synthèse, les deux derniers à des périodes de flux. Les deux premiers cas d’usages de l’UE se déroulent en Autriche et en Irlande, lors du lancement de l’initiative e-santé en 2005 dans le premier cas et de la mise sur agenda secondaire de l’e-santé en 2013 dans le second. Nous verrons que les usages de l’UE sont alors réalisés dans un cadre très ouvert, impliquant un grand nombre d’acteurs et le

²² ELGA est l’acronyme allemand signifiant ‘dossier médical électronique’ (*Elektronische Gesundheitsakte*).

personnel politique, ce qui explique que les individus se reposent sur une notion diffuse de l'importance de l'UE (la relation à l'UE) afin de prévoir les conséquences de leurs usages. Par contraste, les deux cas d'usages analysés en France, observés lors de l'élaboration des politiques d'e-santé à la fin des années 2000 et de la mise en œuvre du DMP à partir de 2016, se déroulent dans un environnement beaucoup plus restreint et spécifique. Dans ces derniers cas, les acteurs peuvent alors se reposer sur leur connaissance précise d'un milieu, ce qui explique une importance moindre de la relation à l'UE dans l'explication des usages en période de flux. Ainsi, nous montrerons pourquoi une relation positive à l'UE est particulièrement importante dans le cas de la réalisation d'usages en période de synthèse.

Enfin, les Chapitres 8 et 9 s'intéresseront aux effets des changements de structure des instruments européens sur les usages de l'UE, et nous entrerons ainsi dans la nature du lien causal unissant ces deux éléments. En ce sens, le Chapitre 8 s'intéresse plus particulièrement au cas des usages techniques de l'UE réalisés dans le cadre de la construction des standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Nous verrons en quoi ces usages témoignent d'une insertion particulière de l'Union européenne dans les politiques nationales, et pourquoi ils requièrent un certain niveau de complexité des instruments européens pour être opérés. Les usages techniques reposant sur l'idée d'une utilité ou d'une valeur ajoutée des instruments européens, il est en effet nécessaire que ces derniers comportent des contenus suffisamment développés pour représenter un intérêt pour les acteurs nationaux.

Dans le même ordre d'idées, le Chapitre 9 traite des effets d'un renforcement de la *soft law* sur les usages réalisés dans les jeux de pouvoirs institutionnels. Nous montrerons ainsi pourquoi le nombre d'activités croissant accompagnant l'intégration souple européenne constitue une base pour les usages reposant sur l'idée que l'UE est un acteur perturbant la distribution des ressources au niveau national (logique de répartition). Dans le cas de l'e-santé, l'approfondissement de l'intégration européenne donne donc de nouvelles opportunités d'usages aux acteurs institutionnels participant à l'intégration européenne et souhaitant stabiliser leur position ou avancer leur agenda.

À l'aide de la méthode de la co-variation, le chapitre conclusif de la troisième partie (Chapitre 10) reviendra sur les apports d'une explication qui combine intérêt, relation à l'UE et structure des instruments européens. Nous observerons ainsi comment ces trois éléments rendent compte des variations globales d'usages entre les cas mais aussi au cours du temps. Ce chapitre sera également l'occasion de revenir sur les phénomènes qui semblent échapper

au prisme d'analyse développé tout au long de cette recherche, notamment dans le cadre d'un renforcement de la *soft law*. Nous explorerons ainsi les limites et le potentiel de développement d'une approche basée sur les usages stratégiques de l'UE.

La conclusion générale résume les principaux résultats de cette recherche, et détaille ainsi les mécanismes de l'influence de l'Union européenne dans des secteurs situés en dehors de sa juridiction. Au cœur de cette mécanique se trouvent les usages stratégiques de l'Union européenne, qui permettent aux acteurs de sélectionner les contraintes qu'ils appliquent ensuite au niveau national. La conclusion permettra à la fois de discuter des implications de ces résultats, mais aussi d'en proposer plusieurs prolongements.

Partie I. Les usages de l'UE dans l'approche des courants multiples : théorie, concepts et méthodes

Cette recherche s'inscrit dans le champ des études portant sur l'eupéanisation, dont l'objectif principal est d'analyser la manière dont l'intégration européenne affecte les politiques et la politique au niveau national. Plus précisément, il s'agit de s'intéresser aux instruments européens caractérisés par leur souplesse (*soft law*), qui relèvent généralement de domaines dans lesquels l'UE n'a pas ou peu de compétences. Le développement de ce type d'instruments a, depuis le début des années 2000, généré une abondante littérature scientifique visant à en identifier les effets au niveau national. En particulier, la Méthode Ouverte de Coordination, dispositif sans doute le plus visible et le plus abouti de la 'nouvelle gouvernance' européenne (Sabel and Zeitlin 2008), a fait l'objet de nombreuses analyses, et ce au sein de divers secteurs des politiques sociales. Les recherches portant sur l'eupéanisation via la *soft law* ont ainsi contribué à mettre au jour une grande variété de phénomènes empiriques en lien avec l'intégration européenne (Kröger 2009a; Barcevičius *et al.* 2014; Zeitlin *et al.* 2005; Zeitlin 2009; Jacquot and Woll 2004; Graziano *et al.* 2011). Cette diversité, si elle permet de saisir la richesse des processus à l'œuvre, constitue également un écueil pour l'analyse : face à des observations de nature très différente, il est souvent difficile de définir et de qualifier précisément les effets de l'intégration européenne souple sur la construction des politiques nationales. La définition d'un périmètre clair d'observation empirique semble donc être une étape essentielle dans la construction et la stabilisation d'une stratégie d'analyse. La limitation de la focale à un type particulier de manifestation de l'eupéanisation permet d'une part d'appréhender les phénomènes observés dans un même cadre théorique, et d'autre part de construire une méthodologie de recherche susceptible de permettre une comparaison systématique des cas.

Cette recherche se concentrera ainsi sur l'analyse des 'usages de l'Union européenne' (Jacquot and Woll 2004), qui correspondent aux occurrences dans lesquelles des éléments européens sont réincorporés au sein de la construction des politiques nationales. Dans cette perspective, les instruments européens sont analysés au travers des utilisations pratiques qui en sont faites par les acteurs de politique publique. L'avantage de cette approche est qu'elle

permet d'identifier clairement les situations dans lesquelles l'Union européenne est effectivement mobilisée au niveau national, ce qui est souvent difficile dans le cadre de perspectives mettant davantage l'accent sur la question des processus cognitifs.

Jusqu'à présent, de nombreux travaux se sont ainsi principalement intéressés à la question des 'mécanismes cognitifs' induits par l'intégration européenne souple.²³ Dans ce cadre, il s'agit généralement de déterminer si des processus tels que la Méthode Ouverte de Coordination génèrent des phénomènes d'échange d'idées, de délibération, de persuasion ou encore d'imitation (Trubek and Trubek 2005; Sabel and Zeitlin 2008; Borrás and Jacobsson 2004; Zeitlin *et al.* 2014). Une telle perspective théorique, si elle permet parfois de mettre en exergue des transformations au niveau national, souffre également du fait que ces transformations ne soient pas le point central de l'analyse. Ainsi, relier l'existence de ces mécanismes cognitifs à un changement précis au niveau national est possible mais souvent difficile (Kröger 2009b). Autrement dit, la focalisation sur les processus cognitifs est souvent peu compatible avec l'objectif d'identifier le rôle causal spécifique de l'Union européenne dans l'élaboration des politiques publiques. En laissant de côté la question des processus cognitifs pour s'intéresser aux situations dans lesquelles l'UE est effectivement mobilisée par les acteurs, nous nous assurons que nous nous intéressons à des cas où l'UE produit des effets

²³ La structuration de ce champ autour de ces mécanismes spécifiques trouve de nombreuses explications. Tout d'abord, contrairement à la *hard law*, les effets de la *soft law* sont, en termes de résultats, difficilement mesurables. La *soft law* est ainsi caractérisée par un faible degré de précision et/ou l'absence de mécanismes contraignants de mise œuvre (Terpan 2015), ce qui résulte en deux conséquences. Dans un premier temps, l'absence de précision de la règle peut conduire à la production de modèles européens peu clairs, ce qui rend difficile la comparaison entre les structures européennes et les structures nationales (Bergeron 2005). Ensuite, l'absence de mécanismes contraignants de mise en œuvre exclut le recours à la Cour de Justice de l'Union européenne en cas de non application des règles européennes. Or, l'analyse de ces procédures et de leur nombre est souvent utilisée comme un indicateur du niveau d'adaptation des États membres à la *hard law* européenne (Falkner *et al.* 2004; Giuliani 2003). Dans le cas de la *soft law*, il est ainsi particulièrement difficile d'évaluer les effets de l'intégration sur les contenus des politiques publiques (absorption, transformation, inertie ou rejet, Radaelli 2003). Face à ces difficultés, les recherches sur l'eupéanisation souple se sont tournées vers l'analyse de mécanismes dont l'identification sur le terrain constituerait un effet en lui-même ; ainsi, si les chercheurs arrivent à démontrer que le contact avec l'Union européenne a transformé les cadres cognitifs des décideurs politiques, mécanisme et effets sur la politique et les politiques publiques se fondent dans une même perspective analytique. Ce type d'approche présente plusieurs avantages. D'une part, les mécanismes mis en évidence, de nature variée (pression, socialisation, apprentissage, imitation etc.), autorisent l'exploration empirique de nombreuses hypothèses. Ensuite, ces mécanismes correspondent précisément aux attentes initialement attachées à l'intégration européenne souple. Selon Jonathan Zeitlin et Charles S. Sabel, la MOC était ainsi envisagée par ses créateurs comme une 'troisième voie', 'encourageant l'émulation mutuelle et l'apprentissage expérimental au travers de la comparaison de différentes approches pour répondre à des problèmes similaires' (Sabel and Zeitlin 2008: 292, traduction par l'auteure). On retrouve ainsi des similarités fortes entre la manière dont l'instrument est conçu au niveau européen et l'analyse qui en a été faite par les chercheurs ; et on peut par conséquent faire l'hypothèse que la première a, au moins partiellement, influencé la seconde. Claudio Radaelli décrit d'ailleurs un développement similaire à propos des premières études sur l'eupéanisation, qu'il qualifie de *top-down* : avant les années 1990, leur objectif était avant tout d'évaluer l'efficacité de la mise en œuvre de la *hard law* au niveau national (Radaelli 2004), suivant ainsi les attendus rattachés à ce type d'instrument. Dans ce contexte, la nature de la 'pression' européenne et des variables intervenantes ne recevait que peu d'attention.

observables sur le niveau national. Cet aspect est particulièrement important au regard de la question centrale de cette recherche, qui consiste non seulement à expliquer l'apparition des phénomènes d'eupéanisation, mais également à en caractériser précisément les effets sur la politique et les politiques publiques nationales (voir Introduction, p. 15).

De manière plus générale, prendre les usages de l'UE comme focale principale d'analyse implique de considérer les actions et stratégies des individus comme causales dans l'explication des phénomènes observés (en l'occurrence, la construction et le développement des politiques publiques). Nous nous appuyons à ce titre sur l'approche du constructivisme centré sur les acteurs, qui prend en compte à la fois la logique constitutive des institutions et des facteurs contextuels (au sens où ils façonnent les préférences) et la logique causale de l'agence des individus. Ce 'constructivisme stratégique' (Jabko 2009) invite ainsi à s'intéresser à la manière dont les idées et normes sont mobilisées par certains acteurs afin d'atteindre leurs objectifs (Saurugger 2013). De ce fait, la possibilité d'attribuer un rôle causal à l'Union européenne dans l'élaboration des politiques publiques dépend directement de la capacité à identifier la présence de cette institution au sein des stratégies menées par les acteurs de politique publique. L'approche par les usages constitue donc une opérationnalisation pratique du constructivisme centré sur les acteurs (Zeitlin and Vanhercke 2018), les stratégies des individus étant conceptualisées comme le principal vecteur de l'eupéanisation. Loin de se limiter à l'observation de similarités entre politiques européennes et politiques nationales (Erhel *et al.* 2005), cette thèse vise ainsi à s'approcher au plus près des mécanismes de causalité de l'eupéanisation, en s'intéressant à la manière dont l'Union européenne devient un outil directement mobilisable dans la construction des politiques publiques.

Si la délimitation d'une focale d'analyse empirique constitue une première étape nécessaire à la construction d'une stratégie de recherche, elle n'est pas suffisante pour répondre à la problématique de cette thèse, qui vise entre autres à caractériser précisément les effets de l'intégration européenne sur les politiques nationales. En effet, les usages doivent faire l'objet d'une analyse qui prenne en compte la question de leurs 'impacts' :

'Without usage, there is no impact. Still, it is important to note that usage does not necessarily imply impact. Usage does not imply automatic results – their

failures are always possible and need to be considered.’²⁴(Jacquot and Woll 2003: 6)

Le premier chapitre de cette partie vise précisément à présenter les outils conceptuels utilisés tout au long de la thèse afin de procéder à une interprétation systématique des effets des usages de l’UE sur la politique et les politiques publiques nationales. Alors que les usages de l’Union européenne se manifestent de manière parfois très différente, il s’agit de développer un cadre compréhensif et dynamique susceptible d’intégrer l’ensemble des éléments empiriques observés au cours de la recherche. Dans cet objectif, nous nous appuyons sur la théorie des courants multiples initialement développée par John W. Kingdon (1984) afin de décrire les processus de formulation des politiques publiques nationales en France, en Autriche et en Irlande. Après avoir discuté la pertinence de cette approche au regard des autres théories de la littérature scientifique, certaines modifications seront proposées afin d’étendre l’application de ce cadre à l’ensemble des phases de politique publique (mise sur agenda, élaboration, décision, mise en œuvre). Nous présenterons ainsi les différents éléments conceptuels de cette version révisée de la théorie des courants multiples. Ce faisant, trois types d’eupéanisation seront distingués, en fonction de la relation causale établie entre les usages de l’UE et le processus de développement de la politique publique au niveau national. Enfin, ce premier chapitre précise de quelle manière les usages de l’UE sont intégrés dans cette nouvelle version de la théorie des courants multiples. En plus d’une typologie des usages centrée sur les stratégies des acteurs, une ‘matrice descriptive’ permet, à partir de la description stylisée des usages observés sur le terrain, de déterminer le courant dans lequel ces usages sont réalisés.

Le premier chapitre de cette partie présente ainsi les outils permettant de caractériser les effets de l’intégration européenne sur les politiques nationales. L’explication globale des phénomènes d’eupéanisation ne peut cependant se limiter à l’analyse de tels effets, et c’est en s’intéressant aux conditions de leur apparition que le mécanisme causal exploré pourra être considéré comme complet. Le second chapitre de cette partie détaille ainsi les hypothèses explicatives liées à l’apparition des usages de l’UE au niveau national. Leur articulation, ainsi que les méthodes mises en œuvre pour les explorer, seront présentées, afin de développer le schéma d’analyse appliqué tout au long de cette recherche. Plus spécifiquement, ce chapitre abordera la question de l’utilisation combinée de différentes méthodes : alors que la co-

²⁴ ‘Sans usage, il n’y a pas d’impact. Cependant, il est important de noter que les usages n’impliquent pas nécessairement un impact. Les usages n’impliquent pas de résultats automatiques – les échecs de ces usages sont toujours possibles et doivent être pris en compte’ (Traduction par l’auteur)

variation (Blatter and Haverland 2012) permet de structurer la comparaison entre les cas (notamment en guidant leur sélection), les techniques de *process tracing* (Blatter and Haverland 2012; Beach and Pedersen 2019) sont quant à elles mobilisées afin de collecter certaines données et de renforcer le faisceau d'indices reliant variables dépendantes et indépendantes.

Chapitre 1. La théorie des courants multiples à l'épreuve de l'eupréanisation

Afin d'étudier les effets de l'intégration européenne souple sur la politique et les politiques publiques nationales, les phénomènes analysés dans cette thèse se concentrent sur les usages de l'Union européenne réalisés par les acteurs nationaux. Ces usages correspondent aux occurrences dans lesquelles les instruments européens sont mobilisés dans la construction des politiques nationales, et permettent d'observer au plus près les mécanismes de l'eupréanisation. Cependant, ces usages n'interviennent pas dans un vide contextuel et institutionnel, et leurs effets dépendent directement de la manière dont ils agissent sur des processus de politique publique déjà en cours au niveau national. Par conséquent, pour qualifier de manière précise l'eupréanisation observée, le ou la chercheur.e doit être capable de décrire, et ce de manière systématique, l'ensemble du contexte qui entoure les usages.

Ces derniers peuvent intervenir dans de nombreuses circonstances, être opérés au sein de différentes 'phases' (Jones 1970) ou étapes des politiques publiques, et être mobilisés par divers acteurs lors d'actions variées en lien avec la politique publique (Graziano *et al.* 2011). Une partie du travail de cette thèse vise ainsi à développer un cadre théorique susceptible d'englober la diversité de ces usages et de leur contextualisation dans une même conceptualisation dynamique du processus de formulation de la politique publique.

Le principe de caractériser et de classer les effets de l'intégration européenne sur le niveau national a longtemps fait l'objet d'une attention particulière au sein des études sur l'eupréanisation. Ainsi, Claudio Radaelli (2003) s'attache à décrire les quatre résultats possibles de ce processus : l'inertie, l'absorption, la transformation ou le rejet. De même, une partie de la littérature travaillant plus spécifiquement sur la Méthode Ouverte de Coordination (MOC) distingue deux grands types de changements : ceux qualifiés de 'substantifs' (influence idéationnelle et programmatique, mise sur agenda) et les autres dits 'procéduraux' (changements dans la gouvernance et les dispositifs d'élaboration de la politique publique) (Zeitlin 2009; Barcevičius *et al.* 2014). Une autre partie de la littérature indique que les usages de l'UE peuvent être réalisés lors de l'exécution de différents types de travail politique : argumentation, cadrage de l'action politique, mobilisation des ressources, justification, délibération (Graziano *et al.* 2011: 15). Dans ce foisonnement, il peut paraître difficile

d'apporter une réponse claire et synthétique à la question des effets de l'eupéanisation par les instruments de *soft law*. En effet, les catégories descriptives mobilisées sont relativement nombreuses et renvoient parfois à des types d'effets très différents. Ensuite, elles ne permettent pas toujours de montrer comment ces effets peuvent éventuellement s'opérer en relation les uns avec les autres sur une période relativement étendue, dans l'idée d'une politique publique 'en trajectoire' (Bezes and Palier 2018). Enfin, ces catégorisations se focalisent spécifiquement sur l'eupéanisation qu'elles conceptualisent comme une forme 'd'insert' dans les processus nationaux, mais sans que ce qui entoure ces inserts, à savoir les processus domestiques, ne soient réellement appréhendés dans leur globalité. Or, une compréhension fine des effets de l'eupéanisation ne peut s'effectuer que dans la mesure où l'incorporation des instruments européens est directement mise en perspective avec la construction globale d'une politique publique nationale.

La littérature propose depuis de nombreuses années diverses approches théoriques permettant de conceptualiser le processus de développement des politiques publiques (Hassenteufel 2011; Maillard and Kübler 2009; Muller *et al.* 2005; Boussaguet *et al.* 2015). Dès 1999, Paul Sabatier publie un ouvrage réunissant les principales avancées dans ce domaine, rassemblant les théories les plus utilisées (ou les plus prometteuses) dans le secteur des politiques publiques (pour la dernière édition en date, voir : Weible and Sabatier 2017). Parmi elles, se trouve la théorie des courants multiples (*Multiple Streams Framework*), initialement proposée par John W. Kingdon en 1984. Cette approche, qui fait désormais partie des cadres les plus mobilisés dans l'analyse des politiques publiques (Jones *et al.* 2016; Cairney and Jones 2016; Herweg *et al.* 2018),²⁵ présente plusieurs avantages dans le cadre de cette recherche.

En premier lieu, les catégories d'analyse attachées à cette théorie, qui s'intéressent à la fois aux conditions dans lesquelles évoluent les acteurs (les 'courants') et à la manière dont ceux-ci mobilisent leur environnement pour agir sur les politiques publiques (*policy entrepreneurship*), présentent une concordance forte avec le projet analytique du constructivisme centré sur les acteurs (voir Introduction de la Partie I, p.31). En effet, dans cette perspective, les 'idées et les normes ne constituent pas seulement l'environnement dans lequel les acteurs sont intégrés (logique constitutive), mais sont également des outils utilisés consciemment par ces mêmes acteurs pour atteindre leurs objectifs (logique causale)'

²⁵ Entre 2000 et 2013, plus de trois cent articles publiés au sein de revues scientifiques présentaient une utilisation d'un ou de plusieurs concepts issus du MSF, le tout appliqué à soixante-cinq pays différents, dont la majorité en Europe (Jones *et al.* 2016).

(Saurugger 2013: 890). La compréhension et la reconstruction des stratégies des acteurs doit ainsi prendre en compte les idées, mais également les institutions, les contextes et les intérêts des individus. On retrouve ici les points d'attention déjà soulignés par l'approche 'des trois I' (Palier and Surel 2005), l'avantage de la théorie des courants multiples étant d'en proposer une articulation spécifique.

Kingdon (2002) identifie ainsi trois 'courants', qui évolueraient la plupart du temps de manière indépendante : le courant de la politique, qui correspond aux jeux de pouvoirs et influences qu'entretiennent les acteurs de politiques publiques, le courant des solutions, qui correspond au processus de développement des différents contenus de politiques publiques, et enfin le courant des problèmes, dans lequel sont construits les enjeux nécessitant l'intervention des pouvoirs publics. Lors de l'ouverture de fenêtres d'opportunités, et sous l'action spécifique d'un entrepreneur de politique publique, les trois courants peuvent se rejoindre (*coupling*), ce qui résulte dans la mise sur agenda d'une politique publique. Plus que des 'lieux' ou des types d'acteurs spécifiques, les courants constituent des catégories analytiques à part entière, qui regroupent un tissu d'éléments, d'événements et d'actions qui contribuent soit à la dynamique des relations de pouvoir établies entre les acteurs, soit à l'élaboration de solutions, soit à la construction de problèmes de politiques publiques. On note par ailleurs qu'à l'instar du constructivisme centré sur les acteurs, la théorie des courants multiples considère les stratégies des acteurs (c'est-à-dire la manière dont ils utilisent leur environnement pour poursuivre leurs objectifs) comme causales dans la construction des politiques publiques. Cette conception est particulièrement utile lorsqu'il s'agit d'analyser l'eupréanisation au travers des usages des instruments européens, pour au moins trois raisons.

Premièrement, au contraire de perspectives mettant davantage l'accent sur le changement (ou la stabilité) à un niveau systémique, la théorie des courants multiples s'intéresse aux processus et aux conditions expliquant l'avènement d'un phénomène particulier (la mise sur agenda des politiques publiques). Ainsi, les recherches s'intéressant plus systématiquement à la différence entre périodes de stabilité et périodes de changement ou à la nature de transformations s'opérant à un niveau macrosociologique seront sans doute plus à même de mobiliser des cadres tels que la *Punctuated Equilibrium Theory* (Baumgartner and Jones 1993; Jones and Baumgartner 2012), l'*Advocacy Coalition Framework* (Sabatier 1991; Jenkins-Smith and Sabatier 1994) ou encore les outils issus du néo-institutionnalisme (Thelen

2014; Mahoney and Thelen 2015; Pierson 2002) ou de l'approche cognitive des politiques publiques (Muller 1985, 2000).

Lorsqu'il s'agit au contraire d'expliquer un évènement particulier, la théorie des courants multiples permet de mobiliser un nombre relativement limité de concepts traitant à la fois des conditions structurelles, contextuelles, et de l'agence (les trois courants, la fenêtre d'opportunité, l'entrepreneur de politique publique). La conceptualisation et le repérage des usages de l'UE au sein de ce système causal permettront de décrire avec précision les effets de l'intégration européenne sur les politiques nationales, en analysant la manière dont les opportunités européennes participent effectivement à la structuration des processus et conditions nécessaires au développement des politiques publiques.

En second lieu, le niveau d'abstraction des catégories d'analyse proposées par Kingdon semble particulièrement pertinent dans le cadre de l'approche comparative mobilisée dans cette recherche, dont un défi majeur consiste à être capable de mobiliser des catégories d'analyse équivalentes pour un ensemble de situations empiriques très diverses. Les catégories issues de la théorie des courants multiples sont à la fois suffisamment fines pour apporter un degré d'explication ou d'intelligibilité du monde satisfaisant, tout en étant assez abstraites pour pouvoir se raccorder à des éléments et situations empiriques très divers, ce qui donne à ce cadre son caractère 'universel' (Cairney and Jones 2016).

Enfin, la théorie des courants multiples est particulièrement adaptée dans le cadre d'une approche 'configurationnelle' de la causalité, qui 'suppose que les effets causaux sont toujours un résultat de la combinaison ou de l'interaction de différentes causes' (Blatter and Haverland 2012: 41, traduction par l'auteure). Cette approche nous semble en effet particulièrement pertinente pour comprendre les phénomènes d'eupréanisation par les usages, qui interviennent toujours dans un contexte où de nombreux éléments doivent être pris en compte pour comprendre le résultat final de la politique publique. L'objectif de cette recherche n'est donc pas d'ériger l'UE comme facteur causal unique de phénomènes de politique publique, mais bien au contraire de montrer comment cet élément s'articule avec un ensemble de processus nationaux, qui constituent la trame causale majeure des phénomènes observés.

Une telle conception du rôle de l'Union européenne permet de repenser la question du contrefactuel dans les études sur l'eupréanisation. Lorsque la recherche a pour objectif de déterminer précisément le rôle de chacun des facteurs en relation les uns avec les autres, ce

sont en réalité autant d'hypothèses alternatives qui sont testées pour expliquer le résultat final (voir également Chapitre 2, p.82). Dès 2000, Klaus H. Goetz avait déjà souligné ce point de manière particulièrement claire :

‘Evidently, the relative importance of European integration as a source of executive change can only be assessed if it is systematically compared with rival or complementary explanations. Put differently, having “disentangled” the European effect, Europeanisation research has to contextualise it and explore its interactions with other sources of change.’²⁶ (Goetz 2000: 227–228)

L'utilisation de la théorie des courants multiples nous permettra de décrire précisément le rôle de l'Union européenne en relation avec l'ensemble des autres facteurs nationaux à l'œuvre dans la construction de la politique publique. Mais pour que celle-ci soit opérante dans les différents cas analysés, certaines modifications doivent être apportées au modèle initial. La première partie de ce chapitre présentera ces modifications conceptuelles et la dynamique du nouveau cadre qui en résulte. La seconde partie s'intéressera plus précisément à l'intégration des usages de l'Union européenne dans cette version révisée de la théorie des courants multiples.

I. La ‘chimie’ des politiques publiques : processus, synthèse et structuration des flux

Afin d'analyser les phénomènes d'eupéanisation dans leur globalité, la théorie des courants multiples doit être adaptée à l'ensemble du processus de formulation des politiques publiques. Pour ce faire, nous mobilisons la métaphore de la réaction chimique, qui permet de clarifier les rapports de causalité établis entre les différents éléments du modèle. Une version modifiée de la théorie intégrant les différentes étapes de politiques publiques est ensuite proposée et directement appliquée à la description du développement des politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande.

A) Des flux à la synthèse, et inversement : les avantages de la métaphore chimique

Dans sa version initiale, la théorie des courants multiples a été développée avec pour objectif principal d'expliquer la phase de mise sur agenda gouvernemental des politiques

²⁶ ‘De toute évidence, l'importance relative de l'intégration européenne comme source de changement au niveau des gouvernements ne peut être évaluée que si elle est systématiquement comparée avec d'autres explications plausibles ou complémentaires. Autrement dit, une fois l'effet européen identifié, toute recherche sur l'eupéanisation doit le contextualiser et explorer ses interactions avec d'autres sources de changement’ (Traduction par l'auteure)

publiques (Kingdon 2002); elle laisse ainsi de côté l'ensemble des processus qui découlent de cette première étape et qui contribuent fortement à la structuration des politiques. La compréhension et l'explication d'une politique publique ne peuvent cependant faire l'économie de l'analyse de l'ensemble du processus de formulation, de l'élaboration à la mise en œuvre, en passant par la décision. De ce fait, plusieurs travaux proposent, depuis quelques années, d'adapter la théorie des courants multiples aux différentes 'phases' (Jones 1970) des politiques publiques (Herweg *et al.* 2018; Howlett *et al.* 2015, 2016; Howlett 2018).

Pourtant, l'idée d'une politique publique constituée de 'phases' a été régulièrement critiquée, notamment pour son caractère 'ascientifique' (Sabatier 1991). Bien qu'identifier des étapes claires dans le déroulement d'une politique publique ne soit pas toujours aisé, la caractérisation de différentes séquences dans son processus de développement demeure néanmoins utile (Howlett *et al.* 2016). En effet, ces étapes sont susceptibles de présenter certaines spécificités, qui attireront le regard du chercheur sur différents acteurs, processus, ou événements. Par exemple, lorsque l'on s'intéresse à la phase de mise sur agenda, il est probable que les acteurs politiques (Ministres, députés), de même que les groupes d'intérêt, ou encore l'opinion publique (voir Kingdon 2002) aient une influence importante au sein du courant politique. En revanche, on peut imaginer que durant une phase d'élaboration plus précise, les acteurs administratifs et institutionnels (fonctionnaires des Ministères, agences, etc.) jouent un rôle prédominant. Enfin, la phase de mise en œuvre comporte généralement toute une panoplie d'acteurs encore différents, des cours de justice (O'Leary 1989; Alter 1996) aux '*street-level bureaucrats*' (Lipsky 2010; Spire 2007; Dubois 2010).

Différents auteurs ont ainsi travaillé à l'intégration des étapes de politiques publiques dans la théorie des courants multiples. Michael Howlett *et al.* (2015) résument ces travaux dans une nouvelle version comportant non plus trois mais cinq courants circulant sur deux phases différentes ('*policy formation*' et '*decision-making*'). Ils ajoutent par ailleurs de nouveaux éléments conceptuels, toujours en empruntant à la métaphore hydraulique : confluences, subconfluences et phases de turbulences. Ce modèle, s'il a l'avantage d'étendre la logique des courants multiples à d'autres étapes du processus de formulation de la politique publique, présente néanmoins un inconvénient, puisque le critère de parcimonie semble avoir été délaissé au profit de la création de nouvelles catégories d'analyse. Cette création doit néanmoins faire l'objet d'une attention particulière, au risque d'entraîner une perte de lisibilité

du cadre théorique.²⁷ On note à ce titre que dans les travaux les plus récents à ce jour, c'est une approche parcimonieuse qui a été privilégiée pour adapter la théorie des courants multiples à l'étape de décision (voir (Herweg *et al.* 2018: 31).

Par la suite, Howlett *et al.* (2016, voir également Howlett 2018) ont proposé une autre adaptation de la théorie des courants multiples. Laissant de côté la métaphore hydraulique, ils présentent désormais cinq 'fils' (*threads*) s'entremêlant tout au long du processus de 'tissage' (*weaving*) de la politique publique. Bien que présentant un potentiel heuristique non négligeable, cette nouvelle métaphore ne semble pas complètement adaptée lorsqu'il s'agit de s'intéresser plus en détail à la question de la causalité en politique publique.

Par exemple, la représentation encore très complexe du développement de la politique n'accorde qu'une attention limitée à ce qu'ils nomment les '*critical junctures*'²⁸, censées représenter les transitions d'une étape de politique publique à une autre. Or, bien qu'il existe des similarités entre le concept de *critical juncture* et les périodes de jonction des courants (notamment vis-à-vis du rôle crucial de l'agence, voir Capoccia 2015; Capoccia and Kelemen 2007, et pour un exemple d'approche empirique : Greer 2008), nous pouvons remarquer que le type de changement qui correspond au passage d'une phase à une autre est en réalité d'une ampleur moindre par rapport aux cas typiquement analysés avec cette approche. En effet, les '*critical junctures*' s'opposent en principe à des périodes de stabilité institutionnelle, et structurent la dépendance au sentier qui s'opère par la suite. La nature des périodes de jonction des trois courants mérite donc que l'on s'y attarde, afin de définir plus précisément ses caractéristiques au regard des autres périodes durant lesquelles les courants sont 'séparés'. Ensuite, la manière dont les fils s'entremêlent ou se libèrent semble particulièrement difficile à rattacher à des éléments empiriques concrets : comment mesure-t-on un tel 'rapprochement', ou un 'éloignement' ? En quoi ces mouvements influencent-ils précisément l'avancement ou le contenu de la politique publique ?

L'objectif de cette thèse étant d'identifier précisément le rôle causal de l'Union européenne dans la formulation des politiques, le cadre proposé doit viser explicitement à caractériser les

²⁷ À l'inverse, le fait pour un concept de recouvrir des réalités empiriques trop différentes peut faire perdre à ce même cadre toute sa substance analytique (sur la question plus générale de la formation des concepts, voir : Sartori 1991).

²⁸ Bien qu'il existe des similarités entre le concept de *critical juncture* et les périodes de jonction des courants (notamment vis-à-vis du rôle crucial de l'agence, voir Capoccia 2015; Capoccia and Kelemen 2007, et pour un exemple d'approche empirique : Greer 2008), nous pouvons remarquer que le type de changement qui correspond au passage d'une phase à une autre est en réalité d'une ampleur bien moindre par rapport aux cas typiquement analysés avec cette approche. En effet, les '*critical junctures*' s'opposent en principe à des périodes de stabilité institutionnelle, et structurent la dépendance au sentier qui s'opère par la suite.

différents éléments qui le composent au regard de leurs effets sur la politique publique. C'est pourquoi nous empruntons à la métaphore de la réaction chimique de synthèse afin de compléter le cadre initial de la théorie des courants multiples : cette métaphore comporte en effet plusieurs concepts qui permettent de clarifier le rôle causal de chaque élément du modèle.

En premier lieu, et de manière très simple, la réaction de synthèse désigne la réorganisation d'éléments auparavant existants en un nouveau composé. Cette logique semble très proche de l'idée de jonction des trois courants proposée par John Kingdon, qui résulte en la mise sur agenda d'une politique publique. De manière plus générale, on pourrait considérer ce résultat comme un 'précipité solide', puisqu'il correspond à un élément empirique directement observable (projet de loi, stratégie politique, loi, programme d'investissement etc). Les transitions entre les différentes étapes de politique publique se caractérisent ainsi par des périodes de synthèse qui donnent lieu à un précipité solide, lequel participe ensuite directement à la structuration des courants de l'étape suivante. Par exemple, la mise sur agenda en France du Dossier Médical Personnel par Philippe Douste-Blazy en 2004 structure le courant des solutions dans la phase d'élaboration suivante : c'est à partir de cette décision initiale que les acteurs participant au processus de formulation de la solution discuteront des différents moyens techniques de réaliser ce dossier numérisé. Via la notion de précipité, la métaphore de la réaction chimique permet donc de clarifier le lien qui unit les périodes de synthèses et les autres périodes durant lesquelles les courants ne sont pas en jonction, que nous nommons 'périodes de flux'.

Ces deux types de périodes correspondent par ailleurs à des processus relativement différents, qui n'impactent pas de la même manière le développement de la politique publique. Lors des périodes de flux, les courants évoluent de manière relativement séparée, au moins sur un plan analytique. Durant ces périodes, les actions analysées correspondent au travail quotidien des acteurs de politique publique, qui participent à la structuration des courants sans que l'on puisse toujours relier directement leurs stratégies au contenu final de la politique publique. Les périodes de flux correspondent ainsi à des dynamiques continues dans le temps, et peuvent concerner un large nombre d'acteurs, ce qui explique que les actions entreprises durant cette période ne soient pas toujours coordonnées.

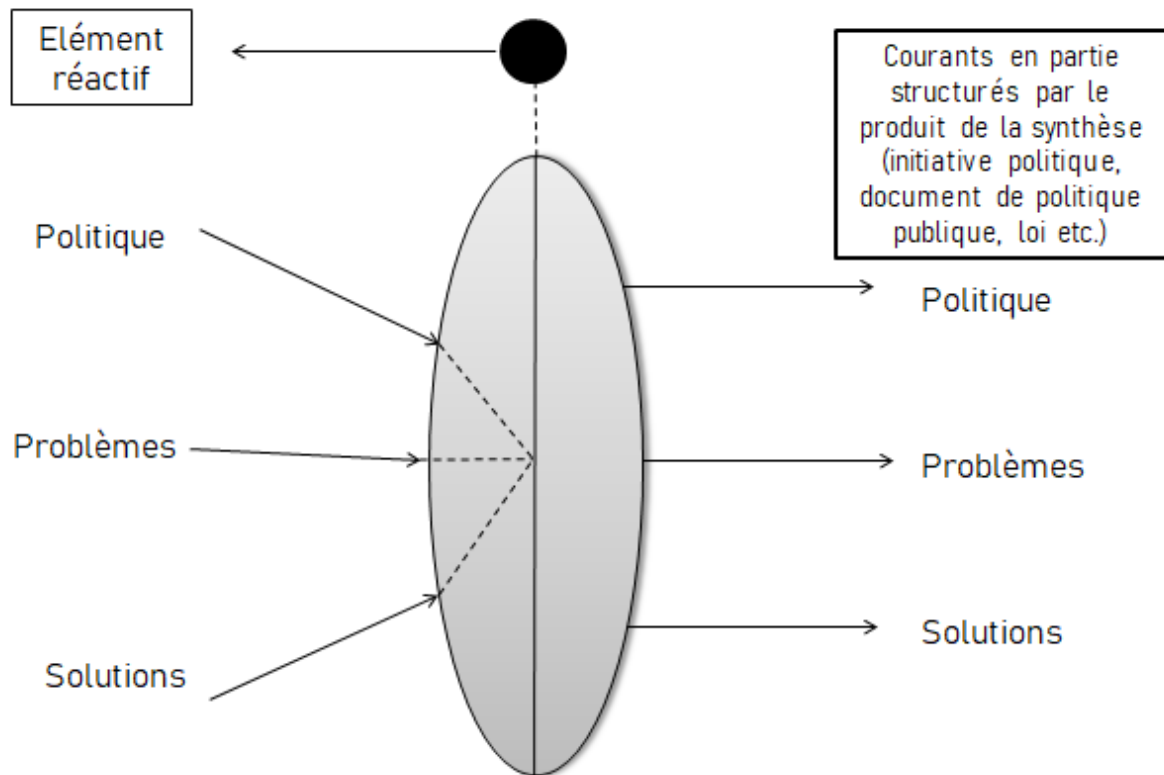
Les périodes de synthèses sont au contraire marquées par un rapport spécifique à la temporalité, puisqu'elles sont d'une durée relativement courte. À l'instar d'une réaction chimique, elles correspondent à des occurrences dans lesquelles la politique publique se

sédimente fortement, c'est-à-dire où sa forme se stabilise pour alimenter la suite du processus (précipité solide). Si cette sédimentation peut également s'opérer partiellement durant les périodes de flux, les périodes de synthèses sont particulières au sens où elles clôturent une étape de politique publique, assurant sa transition vers l'étape suivante. Ces périodes, puisqu'elles occupent une fonction spécifique dans l'avancement de la politique publique, sont généralement particulièrement visibles aux yeux du public (et du ou de la chercheur.e au début de sa recherche). En effet, elles impliquent souvent le personnel politique directement élu, dont la responsabilité est généralement engagée durant ces phases de transition. Elles constituent donc des événements politiques majeurs dans l'avancement de la politique publique, et se distinguent des périodes de flux qui prennent place de manière plus discrète.

Les périodes de synthèse sont par ailleurs déclenchées par un élément spécifique qui en organise la temporalité, et que nous appelons élément réactif. C'est cet élément, combiné à la dynamique des courants, qui génère la synthèse et son précipité. Cet 'élément réactif', qui correspond au principe de fenêtre d'opportunité dans la théorie initiale des courants multiples, peut prendre diverses formes, de l'élément catalyseur (*focusing event*) à l'échéance fixée par un Ministre, conduisant par exemple à la clôture d'une phase d'élaboration.

En somme, plusieurs caractéristiques permettent de repérer une période de synthèse : une temporalité relativement resserrée, durant laquelle les 'flux' se rejoignent et permettent à la politique publique de prendre une forme relativement stabilisée (précipité). Ce précipité (initiative politique, plan d'action, loi...), qui marque la clôture d'une étape, alimente la phase suivante de développement de la politique publique. On peut par ailleurs identifier un élément 'déclencheur' de ces types de période (l'élément réactif), qui joue un rôle causal sur la temporalité du développement de la politique publique. Le poids politique de cet élément réactif est particulièrement important, puisqu'il permet à lui seul de justifier et de motiver une action spécifique des acteurs de politique publique.

Figure 1. La période de synthèse dans la théorie révisée des courants multiples



Durant ces périodes de synthèse, on arrive généralement à identifier un (ou un groupe d') entrepreneur de politique publique (Kingdon 2002; Mintrom and Norman 2009; Deruelle 2016; Mintrom and Vergari 1996; Weissert 1991; Huitema and Meijerink 2010), dont l'action est déterminante dans la jonction de ces courants. Le repérage empirique de ces acteurs n'est pourtant pas toujours évident. Concrètement, ce que le ou la chercheur.e appelle 'entrepreneur de politique publique' est l'acteur dont il arrive le mieux à lier analytiquement les actions entreprises avec les transformations de politique publique analysées. Cette désignation, valable du point de vue du chercheur, ne doit pas oblitérer le fait que d'autres acteurs ont probablement joué un rôle important dans les événements en question. L'identification de l'entrepreneur de politique publique relève donc souvent d'une opération de stylisation de la part du ou de la chercheur.e.

Durant les périodes de synthèse se déploient des actions politiques d'un genre particulier, qui sont celles qui visent précisément à 'joindre' les courants. Ces types d'actions diffèrent fortement de celles opérées en période de flux, qui sont alors beaucoup plus diverses et correspondent à l'ensemble des activités que les acteurs de politique publique peuvent entreprendre au quotidien. Pour cette raison, l'identification d'un ou de plusieurs entrepreneurs de politiques lors des périodes de flux n'est pas toujours pertinente. Il s'agit

plutôt de repérer la constellation d'acteurs qui participent aux différents aspects de la construction de la politique publique. Si certaines des actions entreprises par ces acteurs ont un effet direct sur la structuration du contenu de la politique publique, il est souvent plus difficile d'établir un lien causal étroit entre activité en période de flux et précipité final (voir la seconde partie de ce chapitre, p.68).

L'utilisation de la métaphore de la réaction chimique permet ainsi de mobiliser un certain nombre de concepts (élément réactif, synthèse, flux, sédimentation, précipité solide) susceptibles de décrire tout un ensemble d'éléments empiriques et de clarifier les relations que ces éléments entretiennent entre eux. Cette conceptualisation permet de préciser la manière dont peuvent s'articuler théorie des courants multiples et étapes des politiques publiques.

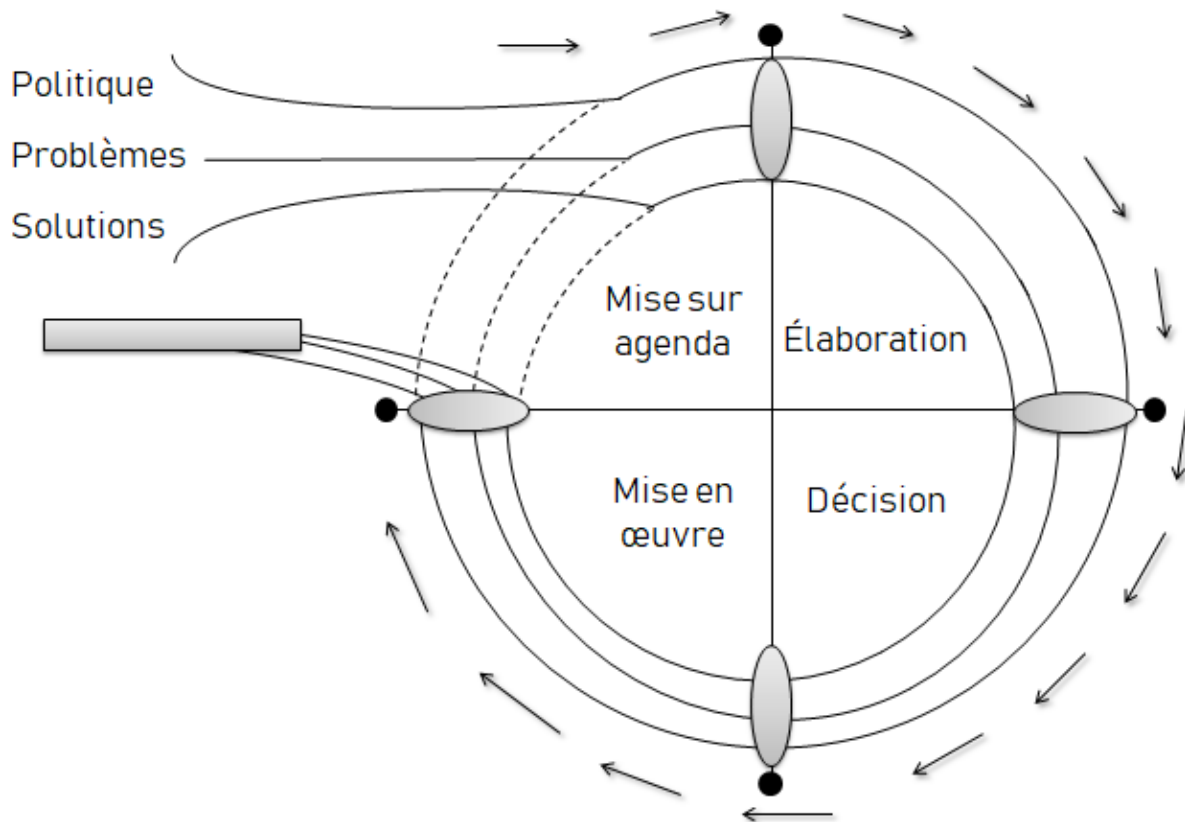
B) Le cycle des politiques publiques au travers de la théorie des courants multiples

Dans un objectif de parcimonie, la version révisée que nous proposons de la théorie des courants multiples conserve les éléments originaux du cadre tels que développés par J.W. Kingdon. Pour ce faire, les catégories mobilisées deviennent à la fois plus génériques (elles s'adaptent désormais à toutes les phases), mais également plus spécifiques : les éléments empiriques qui s'y rattachent sont intrinsèquement liés au type d'étape analysé. Paradoxalement donc, la fusion entre deux approches analytiques permet un double phénomène d'extension et de spécialisation des catégories utilisées.

Présentation du modèle

Afin d'intégrer le processus d'élaboration des politiques publiques à la théorie des courants multiples, nous considérons les 'étapes' de politique publique comme des unités distinctes, à l'instar de différents cas. Au sein de ces différentes unités, les processus décrits par Kingdon ont toujours cours, même si les acteurs et les objets matériels comme immatériels qui les composent diffèrent. Ainsi, de même que comparer deux processus de mise sur agenda au sein de deux pays différents implique d'observer des acteurs nécessairement différents, les courants ne sont pas composés d'éléments identiques au cours des différentes phases. Le schéma de cette conceptualisation, élaboré en forme de boucle, peut être présenté comme suit :

Figure 2. La théorie des courants multiples adaptée aux étapes de politique publique



La mise en œuvre 'réussie' est ici schématisée par une sortie de la boucle. Cependant, une telle 'sortie' peut en réalité intervenir à n'importe quelle étape de la politique publique.

La phase de mise sur agenda étant celle traditionnellement analysée par la théorie des courants multiples, les exemples pour illustrer la partie du modèle qui s'intéresse à cette étape sont nombreux (pour des méta-analyses, voir : Jones *et al.* 2016; Cairney and Jones 2016 ; quelques exemples d'usages empiriques : Zahariadis 1996, 2003; Zohlnhöfer 2016; Cairney 2009; Saurugger and Terpan 2016; Ackrill and Kay 2011; Bache and Reardon 2013). La version modifiée de la théorie que nous proposons implique seulement une transformation du concept de fenêtre d'opportunité, qui devient un 'élément réactif'. De manière classique, l'élément réactif peut ainsi être relativement prévisible et routinisé (cas des élections et des changements de majorité qui offrent généralement des opportunités pour l'avancement de certaines politiques publiques), ou plus soudain et imprévu. John W. Kingdon parle alors de *focusing event*, ou évènement catalyseur, qui présente généralement une dimension urgente et dramatique : attentats, épidémies, crises économiques majeures etc. Tout un ensemble d'éléments plus discrets peuvent également provoquer la mise sur agenda d'une politique

publique : changements d'indicateurs, *feedbacks* négatifs des politiques précédentes (Kingdon 2002). Lors de cette phase, le rapport à la temporalité peut être particulièrement ouvert, le hasard et l'imprévisible faisant partie intégrante de la théorie.

Dans le courant politique, John W. Kingdon évoque tout un ensemble d'acteurs pouvant éventuellement jouer un rôle important dans la mise sur agenda d'une politique : le gouvernement, les administrations, les parlements, groupes d'intérêt, médias, opinion publique. Ce courant est généralement conceptualisé de manière très différente (Ackrill *et al.* 2013), puisque selon les secteurs de politiques publiques, les pays et périodes considérés, les acteurs qui 'comptent' sont susceptibles de varier. Ainsi, Pepper Culpepper (2010) établit une distinction entre les domaines relevant des *quiet politics*, dans lesquels les groupes d'intérêt sont des acteurs majeurs aux yeux des décideurs politiques, et les autres domaines dans lesquels la saillance de l'enjeu donne un pouvoir accru à l'opinion publique.

Au stade de la mise sur agenda, le courant des problèmes se réfère aux problèmes généraux que la politique publique entend régler. La construction des problèmes est en ce sens un processus social relativement long, qui peut être abordé par le prisme de la science politique et de la sociologie (Gusfield 1984; Cefaï 2016; Boussaguet 2009). Enfin, le courant des solutions correspond également à des développements qui s'étendent sur la durée, durant lesquels les idées 'flottent, se rencontrent et se combinent' (Kingdon 2002), avant de se transformer en solutions viables. J.W. Kingdon identifie ainsi plusieurs critères pour que ces solutions deviennent des alternatives plausibles de politique publique : faisabilité technique, acceptabilité des valeurs véhiculées, anticipations des contraintes futures (budget, public, groupes d'intérêts etc.). Certains auteurs tels que Nikolaos Zahariadis ont par la suite insisté sur les éléments institutionnalisés de ce courant, qui tend à produire de la dépendance au sentier par rapport aux solutions précédemment adoptées (Zahariadis 2003b). Enfin, le précipité issu de la phase de mise sur agenda peut prendre plusieurs formes : déclaration publique d'un Ministre, inclusion de la thématique dans une politique plus large, annonce de lancements de travaux d'élaboration d'une politique publique.

Il s'ensuit généralement une phase de formulation plus approfondie,²⁹ qui mobilise directement les acteurs de la 'communauté de politique publique' analysée. Selon Kingdon,

²⁹ Le fait de délimiter une étape de 'formulation' précise ne signifie pas que la construction de la politique publique ne se réalise que dans cette phase. C'est au contraire tout au long du processus que des instruments de politique publique sont sélectionnés ; de manière sans doute relativement abstraite ou générique au moment de la phase de mise sur agenda, par opposition à la phase d'élaboration qui traite de questions plus précises et

cette communauté comprend des acteurs internes et externes à l'État, qui ont en commun d'être des spécialistes de la politique publique et de travailler en interaction les uns avec les autres. Ces communautés peuvent par ailleurs être plus ou moins fragmentées. Les phases d'élaboration impliquent généralement de manière active les acteurs au sein des Ministères, les membres des cabinets ministériels, employés d'agences spécialisées, associations, universitaires ou groupe d'intérêt. Le courant de la politique est donc constitué des relations de pouvoir établies entre ces différents acteurs : poids des groupes d'intérêt, relations entre cabinets ministériels et administration, politique intra et inter institutionnelle. Lors de cette seconde étape, le courant des problèmes prend une dimension plus spécifique ; ainsi, il ne s'agit plus seulement de savoir quels problèmes vont être traités par la politique publique, mais de voir comment les instruments de la politique publique peuvent être construits afin de répondre à toute une série de problématiques qui la précèdent ou lui sont intrinsèques. De nombreux types d'enjeux peuvent alors émerger : insertion dans l'arsenal juridique préexistant, prise en compte de la législation pertinente, adéquation des instruments avec certains principes... Par exemple, l'idée relativement générique d'un dossier médical électronique pose un certain nombre de problèmes, qui doivent être traités lors de cette phase d'élaboration : quel acteur doit être en charge de la production du dossier ? Comment assure-t-on la protection et la sécurité des données ? Comment recueillir le consentement du patient ? Faut-il rendre son alimentation obligatoire ? Le patient doit-il pouvoir masquer certaines informations ? Comment structurer ce dossier ? Quels standards techniques utiliser ?

Le courant des solutions a vocation à apporter des réponses à ces problèmes, qui sont alors d'un ordre plus spécifique et technique que 'l'idée' de politique publique telle qu'elle est mise sur l'agenda. Cette dimension technique ne doit pas oblitérer le fait que la plupart des choix opérés ont une dimension fortement politique, ce qui explique l'intervention des cabinets ministériels ou des Ministres eux-mêmes lors de ces phases lorsqu'il s'agit de trancher entre l'une ou l'autre option. Par exemple, la question du masquage des informations par le patient impacte fortement la manière dont l'instrument est conçu sur un plan politique : est-ce avant tout un outil pour le patient, qui doit disposer librement des données qui le concernent ? Ou un outil pour le professionnel de santé afin d'améliorer sa pratique, dans le cadre de laquelle le masquage des données nuit à la qualité de l'information dont il dispose ?

techniques. Jusqu'à la phase de mise en œuvre, de nombreux choix sont opérés, et c'est notamment ce qui conduit Lipsky à qualifier les *street-level bureaucrats* de 'policy-makers' (voir Dubois 2012).

Les actions entreprises lors de la période d'élaboration en flux participent toutes à la construction de la politique publique, qui se 'sédimente' donc au fur et à mesure du temps passé dans ce courant. On peut néanmoins observer des périodes de synthèses au cours desquelles cette sédimentation est plus importante, et où le produit de ce travail de formulation se 'fige' dans un précipité qui alimente l'étape suivante : projet de loi, stratégie politique, programme d'investissement etc. L'élément réactif de la période de synthèse de l'étape de formulation peut être de différente nature. C'est parfois un événement spécifique qui va être responsable de l'accélération de ce processus (voir par exemple Chapitre 4 sur le cas de l'Irlande), qui peut également être clôturé par la volonté d'un acteur, comme par exemple une Ministre qui fixerait une échéance aux acteurs ministériels pour publier une stratégie d'e-santé.

Après une phase d'élaboration, le produit de la synthèse peut mener à une étape de décision parlementaire, dans la mesure où la politique publique requiert l'adoption de dispositions législatives. Lors de cette phase, la temporalité est réglementée par des règles plus définies que dans les phases précédentes, puisqu'il existe généralement un protocole précis qui régit l'examen, l'amendement et l'adoption des lois.³⁰ Le courant politique est alors fortement structuré par les politiques partisans, mais les fonctionnaires des Ministères ou les groupes d'intérêt peuvent également jouer un rôle important (bien que souvent moins visible) lors de cette étape. Nicole Herweg *et al.* (2018) identifient par ailleurs des 'entrepreneurs politiques', qui jouissent d'une position politique favorable et jouent un rôle crucial dans les processus de marchandage et de construction de consensus ou de coalition. Si le processus parlementaire permet souvent de soulever un certain nombre de problématiques propres à la politique publique qui peuvent être relativement similaires à ceux rencontrés lors de la phase d'élaboration, la recherche de consensus peut également faire émerger de nouvelles problématiques qui seront alors traitées par l'introduction ou la modification d'instruments spécifiques. L'adoption de certaines solutions peut alors répondre à un impératif plus

³⁰ Ainsi, plus on avance vers le vote parlementaire, plus l'aspect temporel est régulé par des règles clairement établies, au point que la nécessité d'un élément réactif peut disparaître (la dimension temporelle devient parfaitement intégrée dans le processus : au parlement, les nombres de navettes sont limitées par exemple). À l'inverse, la temporalité de la mise sur agenda n'est pas régie par des règles mais par des événements, ce qui la rend plus aléatoire. La phase de mise en œuvre et d'élaboration quant à elle a un caractère moins prévisible, et leur élément réactif très souvent lié au précipité de la phase précédente. Plus la dimension temporelle est intégrée au processus, plus la compréhension fine des différentes étapes dudit processus seront importantes pour expliquer le résultat, car elles y seront plus directement liées. Ainsi, si l'on part de l'idée que l'analyse du processus de politique publique correspond à une 'photographie' à un instant T, le nombre de photographies nécessaires augmente à mesure que la dimension temporelle est inscrite dans des règles rigides.

directement politique que 'technique'. La loi est typiquement le précipité issu de la synthèse de cette phase.

Enfin, à l'étape de décision peut succéder une étape de mise en œuvre, qui sera elle aussi très marquée par les spécificités du secteur analysé. Cette phase implique généralement toute une panoplie d'acteurs très différents, dont les actions peuvent fortement impacter le contenu de la politique. Par exemple, dans le cas du Dossier Médical Partagé, l'acteur principal de la mise en œuvre est la CNAMTS, qui doit en favoriser l'usage auprès des professionnels de santé. Les syndicats de médecins constituent donc des acteurs à part entière de la mise en œuvre, de même que les professionnels de santé à titre individuel, puisque c'est leur utilisation des outils mis à disposition par l'État qui détermine directement le niveau de déploiement de la politique. Dans ce contexte, différentes problématiques peuvent émerger : inadéquation de la loi aux pratiques quotidiennes, manque de précision des dispositions, manque de budget adéquat... Pour chacun de ces problèmes, les acteurs sont susceptibles de trouver des solutions qui contribueront au façonnement de la politique publique. Ainsi, Alexis Spire (2007) montre comment un ensemble de problématiques (relations bureaucratiques, conditions matérielles, manque de moyens) contribue à donner un fort pouvoir discrétionnaire à certains agents de terrain, qui transforment alors le contenu de la politique publique.

Lors de cette étape, certains événements ou éléments réactifs peuvent également contribuer à stabiliser la politique publique. Ainsi, des problèmes de mise en œuvre peuvent conduire à des processus de judiciarisation (Commaille and Dumoulin 2009), dans lesquels les cours de justice sont amenés à se prononcer sur la manière dont la politique publique est supposée être mise en œuvre. Les problèmes seront alors sans doute posés en termes juridiques, de même que les solutions mises en place pour y répondre. Ensuite, l'ensemble des entreprises d'évaluation des politiques publiques, dans la mesure où elles parviennent à trouver un écho politique, peut conduire à la mise en exergue de problèmes susceptibles d'alimenter une nouvelle phase d'élaboration et/ou de mise sur agenda au niveau national.

Enfin, certains événements imprévus peuvent également jouer un rôle important dans la mise en œuvre. À ce titre, l'épidémie de la Covid-19 pourra sans doute être considérée comme un élément réactif de la mise en œuvre de la télémedecine. Alors que ce dispositif est disponible depuis 2018, la période de confinement au printemps 2020 a très fortement augmenté son usage en France : auparavant de dix mille par semaine, le nombre de téléconsultation s'est

élevé à plus de quatre cent quatre-vingt mille lors de la semaine du 23 au 29 mars.³¹ Si ce chiffre a vocation à diminuer avec le retour des consultations en présentiel, il n'en demeure pas moins que cette période a été à l'origine d'un premier contact avec le dispositif pour de nombreux patients et médecins, ce qui pourrait encourager son usage à l'avenir. Il est ainsi possible que la crise sanitaire ait contribué à la mise en œuvre de ces dispositifs, en exacerbant leur intérêt dans le cadre d'une problématique rendue saillante par une situation exceptionnelle (maintenir les consultations tout en limitant les risques de contamination).

Application au cas des politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande

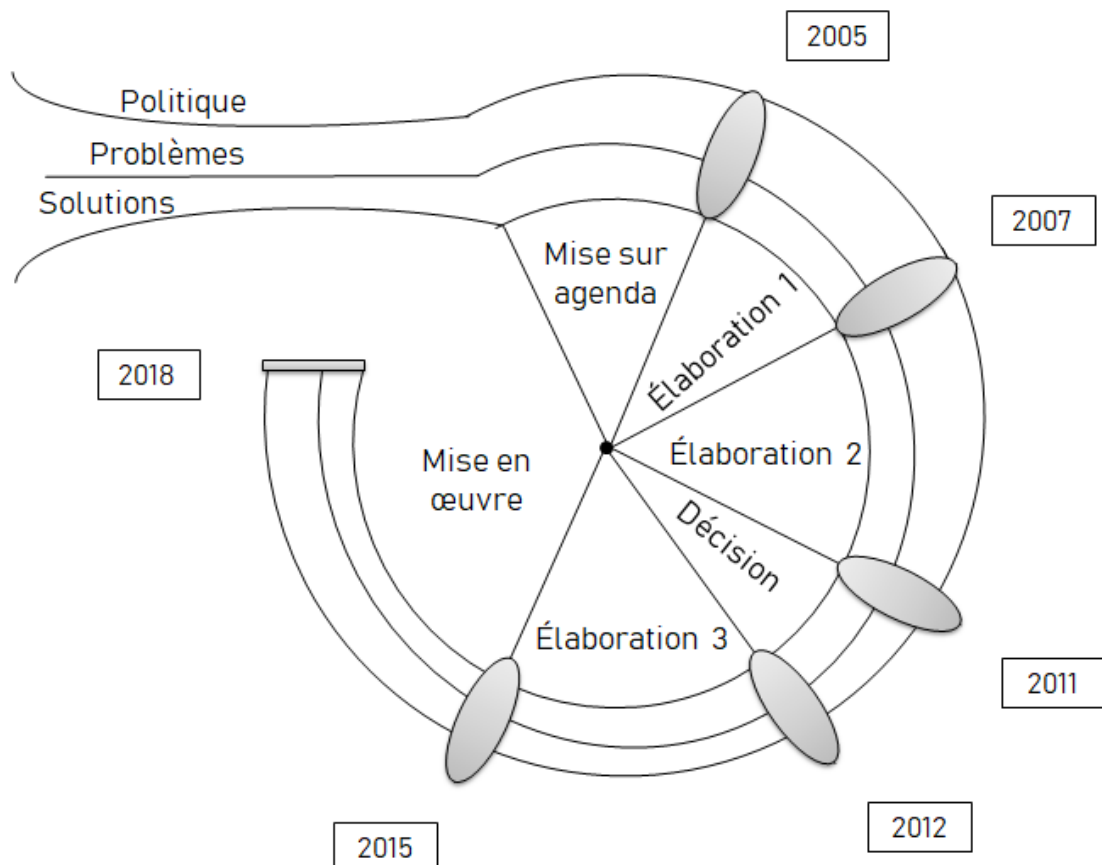
Si nous avons ici décrit l'enchaînement de ces phases de manière relativement schématique, il convient de rappeler que la réalité empirique correspond rarement à un tel déroulement. Souvent, les différentes étapes s'enchaînent, s'allongent, s'essoufflent, se superposent, ou s'alimentent dans un processus en boucle. De même, une élaboration difficile ou une mise en œuvre incomplète peuvent donner lieu à des phases de mise sur agenda 'secondaires', durant lesquelles la politique publique est de nouveau mise en jeu sur l'agenda gouvernemental. Enfin, comme le montre la littérature sur les *policy feedbacks* (Pierson 1993; Palier and Bonoli 1999; Hacker 2004), la mise en œuvre d'une politique peut fortement agir sur les jeux de pouvoir qui détermineront ses transformations futures, d'où l'intérêt de concevoir ce schéma en forme de boucle. Cette version révisée de la théorie des courants multiples permet par ailleurs de schématiser les différents cycles d'une politique publique lorsque cela est nécessaire, participant à la conception d'une politique 'en trajectoire' (Bezes and Palier 2018). À ce titre, la comparaison du développement des politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande montre à quel point ces trajectoires sont différenciées.

Ainsi, le cas autrichien est sans aucun doute celui qui se rapproche le plus d'un cycle politique 'classique'. En effet, les différentes étapes se sont déroulées dans un ordre relativement linéaire, sans que la politique publique ne connaisse de remise en cause majeure de la part des personnels politiques. La mise sur agenda des politiques d'e-santé débute en 2005, lorsque cette thématique est incluse dans la réforme globale du système de santé (élément réactif) portée par la coalition noire-bleue (ÖVP-FPÖ), qui vise par ailleurs à réguler de manière drastique les coûts du système de santé. Le précipité de cette phase se matérialise par un article de loi qui donne une base légale à la volonté politique du gouvernement de s'impliquer

³¹ Arama, Valentine (2020). 'Face au coronavirus, le boom des téléconsultations', Le Point, Disponible sur : https://www.lepoint.fr/sante/face-au-coronavirus-le-boom-des-teleconsultations-02-04-2020-2369810_40.php

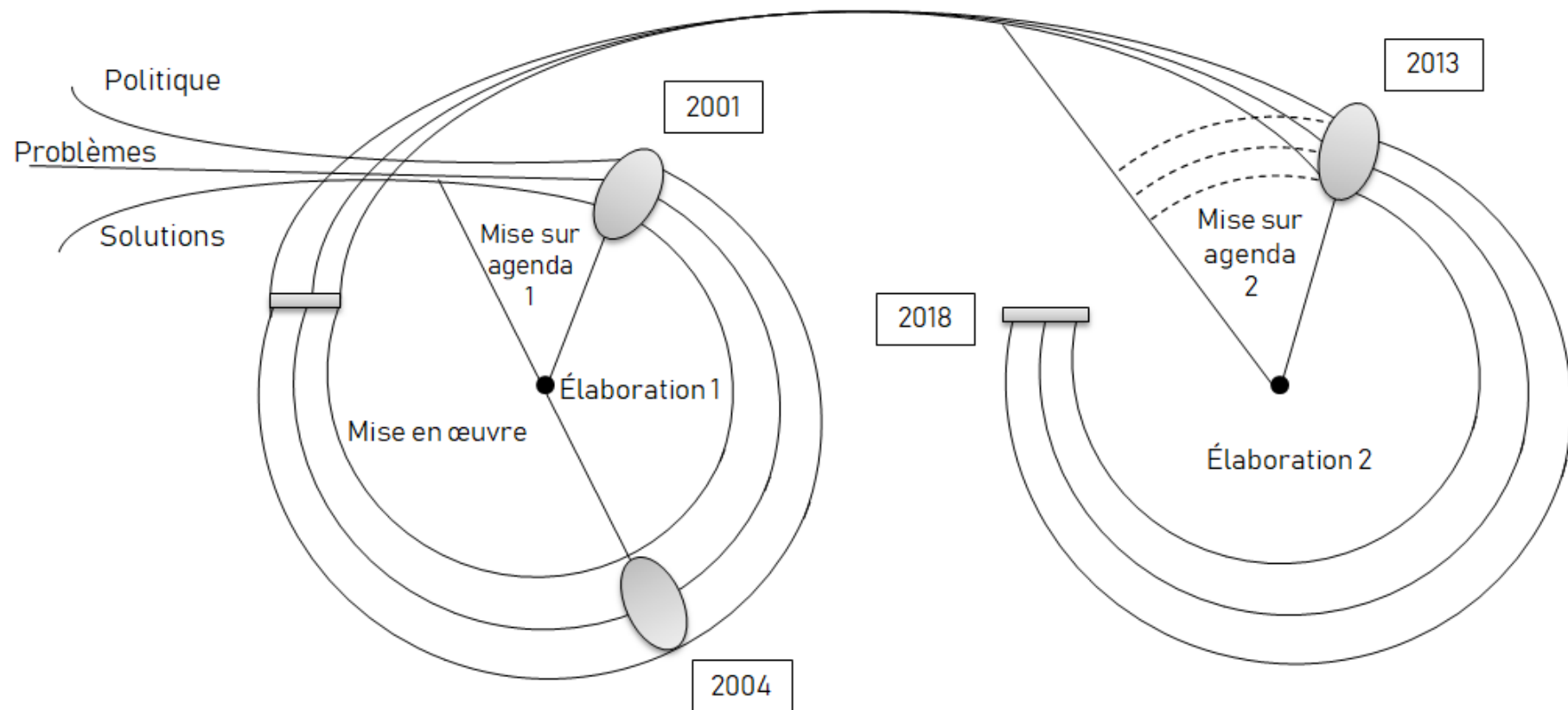
dans ce secteur (voir Chapitre 3, p.116). Cet article préfigure notamment le lancement de 'l'initiative e-santé', qui constitue une première phase d'élaboration impliquant un vaste panel d'acteurs de la communauté autrichienne de l'e-santé. Cette première phase d'élaboration se clôturait par la production d'une stratégie d'e-santé, qui alimente par la suite les travaux de formulation autour du dossier médical électronique ELGA (Élaboration 2). Suite à plusieurs années de travail d'élaboration, la loi ELGA est adoptée par le Conseil National en 2012. Cette loi est ainsi le précipité d'une phase de décision, durant laquelle le projet de dossier médical informatisé rencontre une opposition importante de la part du corps médical (Chapitre 3, p.133). Elle permet néanmoins d'entériner un ensemble de décisions nécessaires à la poursuite de l'élaboration du dossier ELGA, et donne donc lieu à une dernière phase d'élaboration qui vise à intégrer ces dispositions. Dès 2015 débute la mise en œuvre progressive du dossier.

Figure 3. Les politiques d'e-santé autrichiennes, 2005-2018



Par contraste, le cas irlandais présente un développement des politiques d'e-santé moins linéaire, bien qu'il se déroule sur une temporalité similaire au cas autrichien. En effet, les politiques d'e-santé irlandaises connaissent deux cycles différents. Le premier débute par la mise à l'agenda de l'e-santé par le Ministre de la Santé et de l'Enfance Micheál Martin en 2001, à l'occasion de son arrivée au pouvoir lors d'un remaniement ministériel (élément réactif). L'objectif est alors d'augmenter les investissements dans le système de santé irlandais, afin de le rendre plus 'centré sur le patient' (voir Chapitre 4). Concrètement, on observe que le développement des solutions d'e-santé fait partie du document stratégique de réforme du système de santé présenté par le Ministre, *Quality and Fairness : a Health System for You* (2001), qui constitue alors le précipité de cette étape. La phase de formulation qui s'ensuit, supposée aboutir dès 2001, connaît pourtant un essoufflement important. La première étape de formulation se clôture malgré tout en 2004, et donne lieu à la rédaction d'une stratégie nationale de santé intitulée *Health Information. A National Strategy*. La mise en œuvre de cette première stratégie se révèle au mieux partielle, et pâtit de la réorganisation majeure du système de santé qui prend place à cette période (création du *Health Service Executive*, voir Chapitre 7, p.269). Après une période d'incertitude, les politiques d'e-santé sont réinsérées dans l'agenda politique en 2013 à l'occasion d'une 'mise sur agenda secondaire', qui résulte en la publication d'une seconde stratégie nationale d'e-santé (précipité de la mise sur agenda n°2). Depuis, les politiques d'e-santé irlandaises sont en cours d'élaboration, et l'attente d'un financement pérenne des dispositifs d'e-santé au niveau étatique entrave (au moment de l'enquête) le lancement de l'étape de mise en œuvre (voir Chapitre 9, p.341).

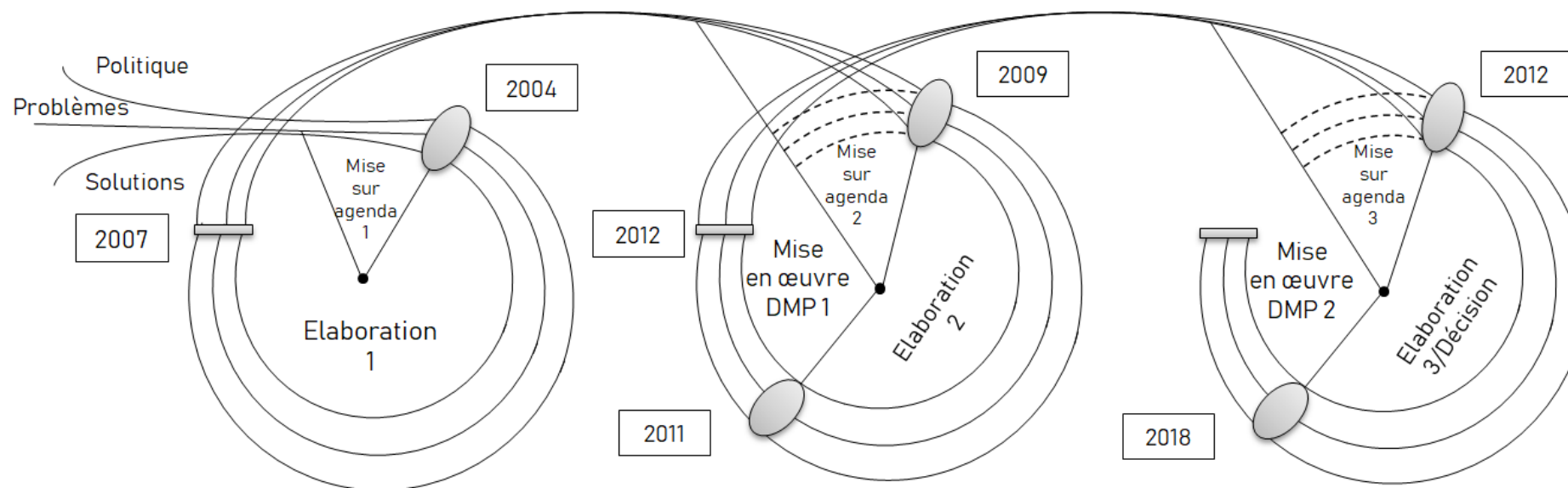
Figure 4. Les politiques d'e-santé irlandaises, 2001-2018



Enfin, le cas français présente un déroulement de la politique publique assorti d'un degré de complexité supplémentaire : ce n'est plus deux mais trois cycles de politique publique que nous avons pu identifier, les politiques d'e-santé ayant connu deux phases importantes de 'relance' durant lesquelles la pertinence de la politique publique a directement été réinterrogée.

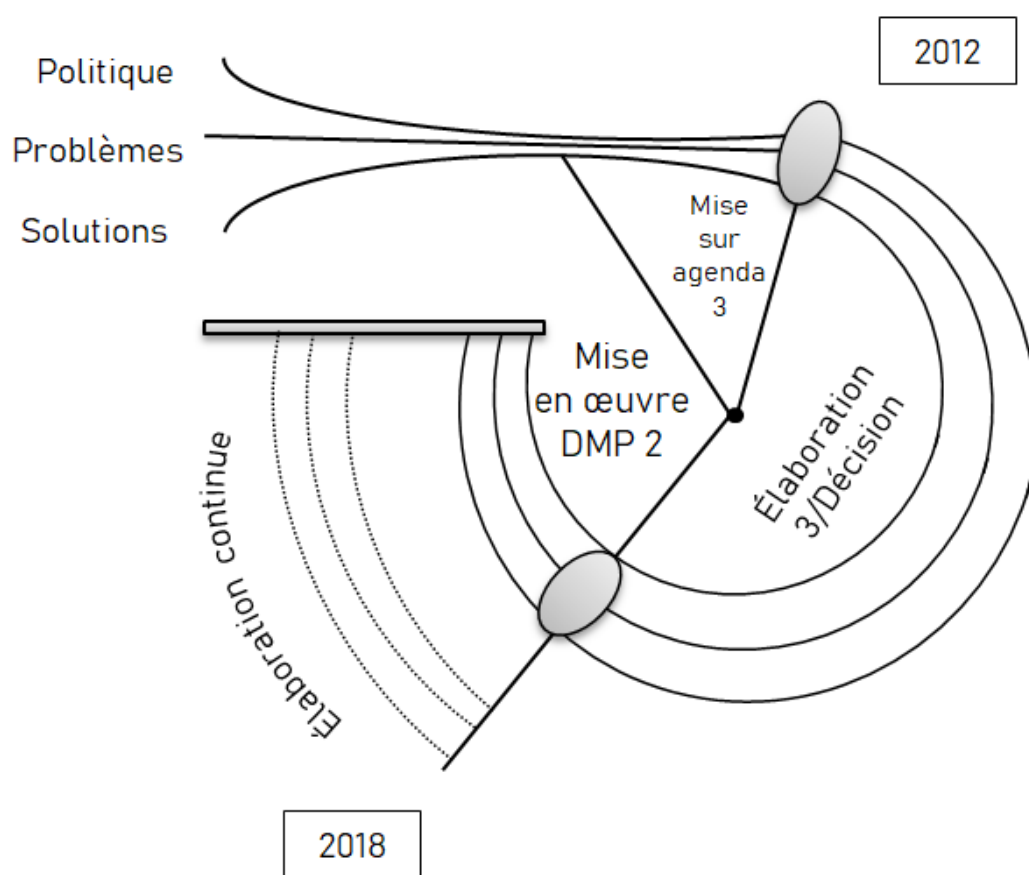
La première étape significative des politiques d'e-santé françaises prend place dans un contexte particulier de crise des comptes de l'Assurance Maladie : le Dossier Médical Personnel (DMP), version française du dossier médical électronique, est ainsi présenté comme un dispositif majeur de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (voir Chapitre 5). La rationalisation du parcours de soins permise par ce dispositif (non redondance des examens, meilleure visibilité du parcours de soins, limitation du risque iatrogène) est alors un argument essentiel de l'introduction du DMP dans la réforme soutenue par Philippe Douste-Blazy, qui constitue l'élément réactif de cette mise sur agenda. Par la suite, le DMP connaît de nombreux problèmes d'élaboration, et fait l'objet d'une réévaluation complète lors de l'arrivée de Roselyne Bachelot au Ministère de la Santé en 2007. Après avoir pris la décision de relancer le Dossier Médical Personnel, une nouvelle période d'élaboration est entreprise, et aboutit à un début de mise en œuvre. Pour différentes raisons (voir p. 345), cette mise en œuvre n'est que partielle, et conduit la nouvelle Ministre de la Santé Marisol Touraine en 2012 à interroger de nouveau la pertinence du projet. Un nouveau souffle politique est finalement donné au DMP, dont la mise en œuvre est, dès 2016, transférée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). C'est donc, de nos trois cas, le pays qui connaît le plus de cycles différents dans le développement des politiques d'e-santé.

Figure 5. Les politiques d'e-santé françaises, 2004-2018



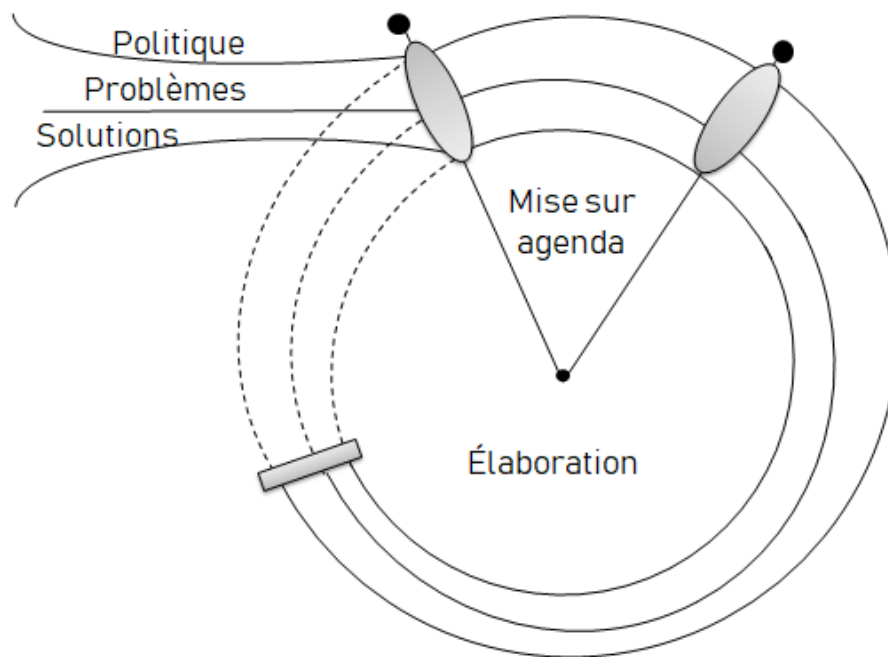
Lorsqu'il s'agit d'entrer plus en détail dans la description des cycles, le modèle peut être utilisé pour décrire des processus qui se déroulent en parallèle. Par exemple, en France, la dernière phase de mise en œuvre du Dossier Médical Partagé se double d'un processus d'élaboration qui est toujours en cours. Celui-ci n'a d'ailleurs pas vocation à être stoppé de manière définitive, puisque les cadres d'interopérabilité des systèmes d'information en santé sont en constante évolution. Si jamais le chercheur s'intéresse à ces processus continus de formulation, rien ne l'empêche d'ajouter un second 'rail' au schéma, en réalité imbriqué dans le processus général de la politique publique :

Figure 6. Les politiques d'e-santé en France, 2012-2018



Les représentations présentées ci-dessus intègrent directement une visualisation des différentes temporalités des politiques publiques. Lorsque cela est nécessaire, la dimension temporelle peut être mise de côté, afin de représenter les phénomènes de manière plus schématique. Par exemple, jusqu'en 2018, les politiques françaises d'e-santé alternent principalement entre phases de mise sur agenda et élaboration, sans aboutir à une étape de mise en œuvre généralisée. Une représentation stéréotypée de ce type de cycle de politique publique pourrait être la suivante :

Figure 7. Représentation stéréotypée des politiques françaises d'e-santé, 2004-2018



Cette version révisée de la théorie des courants multiples permet donc de représenter de nombreux aspects des politiques publiques, et peut constituer un outil heuristique utile à la génération de nouvelles hypothèses et questions de recherche. Dans le cadre de cette thèse, il s'agit plus précisément de caractériser les effets des usages de l'UE sur les politiques nationales, tout en explorant des hypothèses susceptibles d'expliquer leur apparition. Alors que ce modèle sera utile dans le cadre de ces deux enjeux (voir Introduction du Chapitre 2, p.73), il s'agit dans un premier temps de préciser comment les usages de l'UE s'intègrent dans cette nouvelle représentation.

II. Causalité et eupréanisation : les usages de l'UE dans la version révisée de la théorie des courants multiples

Comment intégrer les usages de l'Union européenne au sein de cette version révisée de la théorie des courants multiples ? Pour répondre à cette question, les différentes caractéristiques des usages devant faire l'objet d'une analyse détaillée sont présentées dans une première sous-partie. La prise en compte de ces différentes caractéristiques donnera lieu à la création d'une 'matrice descriptive' permettant précisément de faire le lien entre observation empirique et intégration des usages dans le modèle. La seconde sous-partie traitera plus en détail de la question de la causalité dans les phénomènes d'eupréanisation, en lien avec les modifications apportées à ce sujet à la version initiale de la théorie des courants multiples.

Nous distinguerons ainsi plusieurs types d'eupéanisation selon les périodes d'apparition des usages et leur 'proximité causale' avec le précipité de politique publique.

A) Classer les usages : des caractéristiques à la matrice descriptive

Les usages de l'Union européenne constituent la principale focale d'analyse empirique de cette recherche. Il s'agit ici de développer les outils conceptuels permettant d'intégrer ces usages au sein de la version révisée des courants multiples. Pour ce faire, nous proposons une matrice descriptive des usages, qui permet précisément d'établir le lien entre observation empirique et 'classement' des usages parmi les différents éléments conceptuels de la version révisée des courants multiples (Blatter and Haverland 2012; Beach and Pedersen 2019). Cette matrice permet également, comme nous le verrons par la suite, de développer certaines hypothèses relatives à l'explication des usages au niveau national. Il s'agit alors d'y intégrer les caractéristiques des usages considérées comme pertinentes au regard de leur apparition. De nouveau, la perspective du constructivisme centré sur les acteurs (voir p.31) est mobilisée afin d'orienter le choix de ces caractéristiques.

En effet, en invitant à se focaliser sur la manière dont les individus utilisent stratégiquement des idées issues de leur environnement afin d'avancer leur agenda, cette perspective pose directement la problématique de l'inclusion effective de l'Union européenne dans cet environnement. Autrement dit, pour que les instruments européens soient effectivement mobilisés, il est nécessaire qu'ils fassent au préalable partie du paysage stratégique dans lequel évoluent les individus. Or, puisque l'Union européenne ne dispose pas de compétences dans le domaine de la santé, cette présence n'est pas 'automatique'. Il s'agit alors de s'intéresser aux différents canaux par lesquels l'UE est susceptible d'intégrer la 'boîte à outil' des acteurs nationaux et ainsi d'être transformée en opportunité stratégique.

À partir de la littérature et de l'analyse inductive du terrain de cette thèse, nous proposons une typologie basée sur la 'logique' d'usage, qui s'intéresse directement au rapport stratégique des acteurs à l'Union européenne. Cette logique renvoie à une idée abstraite relative à la manière dont l'UE intervient (ou est supposée intervenir) dans les systèmes politiques nationaux. Ainsi, la logique n'est ni un motif d'usage (conditions qui amènent un acteur à réaliser un

usage de l'UE), ni ne désigne un effet des usages (eupréanisation). Trois logiques d'usages ont pu être distinguées au cours de cette recherche :³²

1. **Les usages reposant sur une logique de légitimité** : dans ce type d'usage, l'UE est mobilisée car elle est perçue comme un acteur politique pertinent dont les opinions méritent d'être prises en compte. Ce type d'usage pourrait paraître paradoxal dans le cadre de l'eupréanisation souple, qui correspond aux cas où l'UE ne dispose justement pas de compétences. Malgré cela, l'UE peut parfois occuper une place importante sinon prépondérante dans la gouvernance de certaines politiques publiques.
2. **Les usages reposant sur une logique technique** : dans ce type d'usage, l'UE est mobilisée parce qu'elle est considérée non pas comme légitime, mais utile dans la réalisation d'une action spécifique au niveau national. Le caractère proprement européen de l'instrument mobilisé, à moins qu'il ne renforce sa pertinence technique, est relativement secondaire dans cet usage. En somme, on ne mobilise pas le niveau européen parce qu'il est, précisément, européen (cas de l'usage de légitimité) mais simplement parce qu'il est jugé comme un moyen utile pour atteindre une fin. À ce titre, des instruments similaires provenant d'autres organismes ou institutions sont susceptibles d'être utilisés avec une logique identique.
3. **Les usages reposant sur une logique de répartition** : dans ce dernier cas, le fait que l'UE soit considérée comme légitime sur un plan politique ou utile sur un plan technique importe peu. L'usage de répartition repose plutôt sur l'idée que l'UE est un acteur qui intervient directement dans la répartition des ressources au niveau national, dont elle 'perturbe' l'état antérieur. C'est donc l'intervention de l'UE dans la distribution des ressources qui permet aux acteurs de mobiliser les instruments européens dans le cadre de leur travail politique national.

³² Nous laissons ainsi de côté la typologie développée par Graziano *et al.* (2011: 15) qui distingue trois types d'usages sur la base de trois critères combinés : les usages cognitifs (ressources cognitives mobilisées par les entrepreneurs ou réseaux de politiques publiques dans l'argumentation ou le cadrage des politiques publiques), les usages stratégiques (ressources légales, financières ou institutionnelles utilisées par les acteurs institutionnels dans le but de mobiliser des ressources) et les usages de légitimation (ressources politiques mobilisées par les acteurs politiques dans la délibération ou la justification). Un quatrième critère implicite est celui des étapes de politiques publiques, puisque les auteurs indiquent que les usages cognitifs sont essentiellement réalisés durant la phase de cadrage de la politique publique, les usages stratégiques durant la phase de formulation interne, les usages de légitimation étant liés à la justification des réformes ex-post. Sans rentrer dans le détail des catégories mobilisées, une telle typologie implique une différence de nature des usages selon le type d'acteur et l'étape de politique publique durant laquelle ils sont réalisés. L'explication des usages par les intérêts et les stratégies des acteurs nécessiterait alors le développement d'hypothèses spécifiques à chaque étape et chaque type d'acteur de politique publique. C'est au contraire une approche plus générique que nous adoptons dans cette thèse, puisque nous focalisons notre attention sur des conditions très générales susceptibles de produire des usages chez les acteurs, peu importe le type de travail politique qu'ils réalisent ou la position qu'ils occupent dans le système politique.

Chapitre 1. La théorie des courants multiples à l'épreuve de l'eupéanisation

Ces logiques d'usage, relativement génériques, sont susceptibles de s'appliquer à un grand nombre de cas empiriques très différents, et permettront de développer des hypothèses relatives aux conditions de possibilité d'émergence des usages, indépendamment des étapes de politiques publiques durant lesquelles ils sont réalisés ou du type d'acteurs qui les mobilise. Par ailleurs, elles constituent une partie importante de la description des usages au plan empirique, et participent donc à la construction de la matrice visant à relier observation et classement des usages dans la théorie révisée des courants multiples.

Après avoir identifié la logique d'usage à l'œuvre, il s'agit en effet de s'interroger sur le courant que l'usage affecte principalement. Les courants sont ici conceptualisés comme des processus ; ainsi, pour classer les observations de manière adéquate, il est nécessaire de s'interroger sur les effets les plus manifestes des usages observés :

- L'usage affecte-t-il les rapports de force entre les acteurs ?
- L'usage affecte-t-il la construction du contenu des solutions de politique publique ?
- L'usage affecte-t-il la définition ou la hiérarchisation des problèmes liés à la politique publique ?
- L'usage affecte-t-il la temporalité de la jonction des trois courants ?

En s'intéressant à la fois à la logique d'usage et à la manière dont celui-ci affecte les courants, il devient possible de classer les observations au regard de la version révisée de la théorie des courants multiples. La matrice descriptive ci-dessous montre comment cette classification s'opère à partir d'exemples stylisés, et devient ainsi un outil méthodologique d'inférence descriptive (Blatter and Haverland 2012, voir également p. 82).

Tableau 1. Matrice descriptive des usages de l'UE

	Mode d'intervention des usages	Exemples selon les types de logiques
Courant politique L'usage affecte en premier lieu les jeux de pouvoir entre les acteurs	Argument (A)/Intervention (I)	Légitimité (A) 'L'action est nécessaire car demandée/recommandée au niveau européen' (I) Les processus européens sont utilisés pour augmenter le potentiel d'intervention de certains acteurs dans la formulation des politiques publiques
		Répartition (A) 'L'action est nécessaire car l'UE intervient dans la distribution des ressources' (I) En distribuant plus de ressources à certains acteurs, l'UE augmente leur marge de manœuvre au niveau national
		Technique (A) 'L'action est nécessaire car l'UE a montré/prouvé sa pertinence' (I) : Les solutions de gouvernance d'origine européenne sont utilisées car considérées comme pertinentes
Courant des problèmes L'usage affecte en premier lieu la construction des problèmes	Argument (A)/Intervention (I)	Légitimité (A) : 'L'UE reconnaît cette situation comme un problème' (I) : Les processus européens sont utilisés comme des moyens pour donner plus de visibilité à un problème
		Répartition (A) : 'L'intervention de l'UE dans les ressources contribue à créer le problème' (I) : L'usage des dispositifs européens est réalisé dans l'objectif de provoquer un problème dans la répartition des ressources
		Technique (A) : 'Les instruments européens montrent qu'il y a un problème' (I) : Les instruments européens révèlent l'existence d'un problème aux acteurs de politique publique
Courant des solutions L'usage affecte en	Argument (A)/Intervention (I)	Légitimité (A) : 'Cette solution doit être adoptée car c'est celle qui est promue au niveau européen'

Chapitre 1. La théorie des courants multiples à l'épreuve de l'europanisation

premier lieu la construction des solutions		(I) : La solution est adoptée car c'est celle qui prévaut au niveau européen Répartition (A) : 'Cette solution doit être adoptée car elle pourra être financée grâce à des instruments européens' (I) : L'UE, en agissant dans la répartition des ressources, favorise la construction/ l'adoption de certaines solutions Technique (A) : 'Les données produites au niveau européen montrent que cette solution doit être adoptée' (I) : Les solutions européennes sont adoptées car elles sont considérées comme pertinentes sur un plan technique
Elément réactif L'usage affecte la temporalité de la jonction des trois courants	Générateur d'action	Légitimité L'importance politique de l'UE suffit à motiver l'action Répartition L'intervention de l'UE dans les ressources nationales génère l'action Technique Les données produites au niveau européen permettent d'engendrer l'action

Dans un but de clarification, nous avons distingué plusieurs modes d'usages de l'UE au niveau national. Un premier mode est l'argumentation, travail politique dans lequel l'UE est mobilisée comme un argument par les acteurs afin d'intervenir dans le courant politique, le courant des problèmes ou le courant des solutions. Un second mode correspond à l'intervention directe, dans laquelle les instruments européens contribuent à une transformation matérielle de la structure des courants. Le troisième mode, enfin, est spécifique à la phase de synthèse et s'intéresse au pouvoir des instruments européens en tant que générateur d'actions.

L'usage peut ainsi être classé selon le courant qu'il affecte principalement : l'équilibre des pouvoirs (courant politique), la transformation d'une situation en problème (courant des problèmes), la construction des solutions (courant des solutions). Il existe néanmoins une ambiguïté dans le modèle ; en effet, certains usages peuvent directement affecter la construction des problèmes ou des solutions en donnant un pouvoir spécifique à certains acteurs au sein de ces courants, et il peut ainsi être difficile de trancher entre un classement dans le courant politique ou dans les deux autres courants. Dans cette recherche, nous avons choisi de classer les usages dans le courant politique lorsque ceux-ci affectaient les relations de pouvoir entre les acteurs de politique publique sur un plan relativement général. Au contraire, lorsque l'équilibre des pouvoirs était modifié lors d'un processus directement en relation avec la construction d'un problème ou d'une solution, nous avons classé l'usage dans l'un ou l'autre de ces courants. C'est à chaque fois l'analyse détaillée des éléments empiriques qui permet de déterminer la classification la plus appropriée pour un usage donné.

Le courant politique regroupe tous les éléments qui organisent ou influent sur les jeux de pouvoir établis entre les différents acteurs d'une politique publique. L'Union européenne peut à ce titre servir d'argument pour certains acteurs qui l'utilisent comme un *boost* de légitimité pour avancer leur agenda (argumentation). Les acteurs peuvent alors souligner la congruence entre leur initiative avec les orientations européennes (logique de légitimité, voir Graziano *et al.* 2013; Weishaupt 2009; Caune 2015; Caune *et al.* 2011; Visser 2005; Vanhercke 2009, 2014; Zeitlin 2005; Jacquot and Woll 2004), insister sur le rôle causal de l'UE dans une transformation de l'équilibre des ressources (logique de répartition),³³ ou encore utiliser les

³³ À ce titre, Morten Kallestrup (2002) montre comment certaines réformes danoises ont été menées suite à l'usage de l'argument du 'besoin d'adaptation' au marché européen (l'intégration européenne agissant ici dans la redistribution des ressources via la régulation de la compétition). Selon l'auteur, ces changements ne correspondaient pas à des dispositions légales au niveau européen, l'argument du 'besoin d'adaptation' ayant été

données fournies par le niveau européen afin d'appuyer leur argumentation (logique technique, voir Erhel *et al.* 2005; Duina and Raunio 2007). C'est également dans ce courant que certains acteurs peuvent utiliser l'argument européen afin de solliciter l'attribution de ressources supplémentaires (logique de répartition, voir Zeitlin 2005, 2009, Salais *et al.* 2002). Enfin, on note que les usages de ce courant peuvent aussi s'opérer en version 'négative', ce qui correspond aux cas où l'UE est utilisée comme repoussoir pour disqualifier des opposants (Reungoat 2014, logique de légitimité), ou pour soutenir des processus d'évitement du blâme (Weaver 1986).

En parallèle, les dispositifs européens eux-mêmes peuvent être directement mobilisés afin d'augmenter le pouvoir de certains participants (intervention directe, logique de légitimité). C'est par exemple le cas lorsque la mise en place de la Méthode Ouverte de Coordination permet à certaines ONG ou groupes d'intérêt de faire entendre leur voix au niveau national (Jacobsson 2005; Zeitlin 2005). Dans ce même cadre, la rédaction des Plan d'Action Nationaux peut également engendrer une coopération interministérielle accrue favorisant l'introduction de différents acteurs dans la construction de la politique publique nationale (Erhel *et al.* 2005; Vanhercke 2009; Zeitlin 2005, 2009). Elle conduit parfois à une intégration verticale des acteurs, et ainsi à une meilleure prise en compte des différents niveaux de gouvernance d'une politique (Zeitlin 2005; López-Santana 2009). Ainsi, la MOC n'aurait 'pas simplement renforcé les configurations institutionnelles et de pouvoir existantes, mais aurait également renforcé le pouvoir d'acteurs plus faibles à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement' (Zeitlin 2009: 232, traduction par l'auteure).

La littérature présente par ailleurs plusieurs exemples dans lesquels l'UE intervient dans la construction des problèmes au niveau national. Caroline De la Porte (2014) détaille en ce sens un cas d'intervention directe de l'UE dans une logique technique, dans lequel les revues par les pairs (*peer reviews*) organisées dans le cadre de la MOC auraient transformé la conception du problème des personnes sans domicile fixe des acteurs danois de politique publique. Le passage d'un cadrage axé sur le problème social à un cadrage davantage centré sur l'accès au domicile aurait permis à ces acteurs de développer une nouvelle grille d'identification des personnes sans domicile fixe, ces dernières devenant alors une catégorie d'action publique particulière. Dans ce cas, les instruments européens ont ainsi été utilisés pour transformer le cadrage d'un problème de politique publique. De manière similaire, Laure Bereni (2004)

utilisé par certains acteurs dans le but de promouvoir des changements nationaux situés en dehors de la juridiction européenne.

montre comment les données produites au niveau européen peuvent contribuer à 'révéler' (ou du moins objectiver) l'existence d'un problème au niveau national, en l'occurrence celui de la sous-représentation politique des femmes. Enfin, l'utilisation du niveau européen sur un principe de *venue-shopping* (Guiraudon 2000) peut permettre à certains acteurs nationaux de s'exprimer dans des arènes plus favorables à leur cause (intervention directe, logique de légitimité), leur offrant par la suite une opportunité de réutiliser leur 'respectabilité européenne' au niveau national pour appuyer la reconnaissance d'un problème (Bereni 2004).

Les usages de l'UE dans le courant des solutions peuvent également prendre plusieurs formes. Ainsi, l'UE, au travers ses différents programmes de financement, peut agir sur le développement ou la mise en œuvre de certaines solutions spécifiques (logique de répartition, voir Salgado 2009 ou encore le cas des stratégies régionales d'e-santé en Irlande p. 151). Timo J. Weishaupt (2009) montre à cet égard l'importance des financements associés à la Stratégie européenne pour l'emploi mobilisés via le Fonds Social européen. Selon lui, ces financements expliqueraient une partie importante du développement de dispositifs d'activation de l'emploi en Irlande (intervention directe, logique de répartition). Dans cette thèse sera par ailleurs développé un ensemble d'exemples relatifs aux usages de l'UE dans la construction des standards d'e-santé (logique technique, voir Chapitre 8, p.303).

Enfin, l'usage de l'UE peut se faire sur le mode du 'générateur d'action', dans lequel son impact ne porte plus sur la structuration des courants mais sur leur jonction dans une temporalité particulièrement resserrée. Caroline De la Porte (2014) montre ainsi comment 'l'année européenne de la pauvreté' a été perçue par certaines ONG danoises comme une opportunité temporelle pour agir et avancer leur cause auprès du gouvernement.

La matrice descriptive proposée ci-dessus permet ainsi de situer la grande variété empirique des usages de l'UE au sein de la version révisée des courants multiples. Alors que cette thèse vise entre autres à définir le rôle causal que ces différents usages occupent dans la formulation des politiques publiques nationales, il s'agit à présent de revenir sur les principales caractéristiques du modèle afin de proposer une typologie des différents types d'eupréanisation à l'œuvre au niveau national.

B) L'eupréanisation au prisme de la proximité causale

Dans la première partie de ce chapitre, la métaphore de la réaction chimique a été mobilisée afin de clarifier les liens causaux unissant les différents éléments du modèle de la théorie des

courants multiples. Cette clarification implique que les usages, selon les périodes durant lesquelles ils sont réalisés (période de flux ou de synthèse), n'entretiennent pas le même rapport de causalité avec le processus de formulation de la politique publique. Ces différents rapports constituent autant de formes différentes d'eupéanisation, que nous allons nous attacher à décrire dans cette sous-partie.

Initialement, la focale d'analyse présentée par J.W. Kingdon s'intéresse presque exclusivement à la période de jonction des courants, autrement dit, à la période de synthèse. Dans cette perspective, les développements antérieurs au sein des courants ne font l'objet que de peu d'attention ; cet aspect de la recherche est par ailleurs revendiqué par l'auteur lorsqu'il indique s'intéresser aux conditions permettant la mise sur agenda de certaines politiques et non aux origines de ces phénomènes (Kingdon 2002: 71–76). Pourtant, une fois la formulation de la politique publique enclenchée, ces périodes de flux, dans lesquelles les courants correspondent à des processus que l'on peut délimiter dans l'analyse,³⁴ méritent une attention particulière. En effet, bien que les périodes de synthèse soient celles qui stabilisent le plus fortement la politique publique (production d'un précipité), les périodes de flux participent également à sa sédimentation. Une des difficultés cependant est qu'il n'est pas toujours possible d'établir un lien empirique étroit entre ces périodes de flux et le précipité de politique publique. Il n'en demeure pas moins que les activités qui s'y déroulent contribuent à structurer le courant dont l'état sera par la suite déterminant au moment de la synthèse. Ainsi, les différents éléments du modèle, s'ils sont constitutifs de la compréhension de la politique publique, n'entretiennent pas tous la même relation causale avec son contenu final (le précipité). Trois types de causalités peuvent alors être distingués :

1. **La causalité relâchée** : Le premier niveau de causalité correspond aux actions et événements en période de flux qu'il est difficile de relier à une transformation spécifique du précipité de politique publique. Cela ne signifie pas que ces éléments ne disposent d'aucun pouvoir causal (ils font bien partie du processus qui nous intéresse) ; seulement, les méthodes d'analyse utilisées ne permettent pas de relier directement cet événement à un effet observable sur la politique publique. La principale raison de l'existence de cette causalité 'relâchée' est que le pouvoir causal d'un grand nombre d'éléments passe par de nombreux intermédiaires avant d'atteindre

³⁴ Si les éléments qui composent les courants avant la phase de mise sur agenda peuvent correspondre à des processus sociaux se déroulant sur le long terme, impliquant un vaste nombre d'acteurs très différents, la littérature montre que les acteurs et activités qui prennent plus directement part à la formulation de la politique publique sont souvent en nombre plus restreint, d'où la forme 'd'entonnoir' donnée au schéma.

l'objet 'politique publique'. Ces intermédiaires peuvent être de différente nature et contribuent à la 'dilution' d'un pouvoir causal dont il est ensuite difficile d'analyser les effets : processus décisionnels séquencés, processus cognitifs, multiples séquences d'actions etc. Par ailleurs, en période de flux, le travail autour d'une politique publique ne s'avère pas toujours parfaitement coordonné ; il est ainsi possible que des initiatives prises par un petit groupe d'acteurs soient par exemple mises par la suite de côté ou 'fondues' au sein d'autres initiatives plus englobantes. Il devient dès lors très difficile sinon impossible d'identifier la 'trace' de ces éléments dans le précipité de politique publique.

2. **La causalité rapprochée** : le second niveau de causalité correspond aux actions et événements réalisés en période de flux, dont on peut directement identifier les effets sur le précipité de politique publique grâce au repérage d'une ou de plusieurs traces. Le chercheur peut donc établir un lien théorique entre l'observation d'un événement ou d'une action et ses effets sur le contenu de la politique publique. Ce type de causalité, plus resserré que le premier, correspond aux multiples processus de sédimentation qui prennent place au cours du cycle de la politique publique.
3. **La causalité de jonction** : enfin, la causalité de jonction correspond aux effets des éléments participant aux périodes de synthèse. Ce type de causalité est spécifique, au sens où les éléments n'influencent pas seulement le contenu de la politique publique mais l'ensemble d'un événement constitutif de l'existence de celle-ci. Lors des périodes de synthèses, les différents éléments sont ainsi étroitement liés dans une configuration causale resserrée dans le temps.

Si l'on part du principe que la causalité n'est pas observable, l'analyse des traces (*process tracing*, voir Chapitre 2, p. 73), faite en tenant compte des types de causalité présentés ci-dessus, permet néanmoins de déterminer différents niveaux de rapprochement entre la cause et ses effets imputés. C'est donc à l'aune de cette 'proximité' que nous évaluons la force causale d'un événement ou d'une action. Ces différents types de causalité permettent de mieux caractériser les effets de l'Union européenne sur les politiques publiques nationales, et nous définissons ainsi trois types d'eupéanisation témoignant d'une proximité causale différente avec les précipités de politique publique. En nous appuyant sur le système de gradation développé par Peter Hall (1993), nous distinguons ainsi :

1. **L'eupéanisation de premier ordre** : qui correspond à l'introduction d'éléments européens en période de flux, dont les effets ne sont pas directement discernables sur

le contenu de la politique publique. Les processus qui donnent lieu au précipité sont néanmoins eupréanisés.

2. **L'eupréanisation de second ordre** : qui correspond à l'introduction d'éléments eupréens en période flux dont les effets sont directement observables sur le contenu de la politique publique, ce qui témoigne de leur participation à son processus de sédimentation.
3. **L'eupréanisation de troisième ordre** : qui correspond aux cas où l'Union eupréenne fait partie des éléments constitutifs de la période de synthèse. Elle joue ici un rôle direct dans l'existence et l'avancement de la politique publique.

De l'approche théorique au type d'eupréanisation, ce chapitre a permis de présenter les différents éléments conceptuels qui structureront l'analyse tout au long de la thèse. Loin d'être anecdotiques, ces développements sont essentiels dans la réponse à la problématique générale de cette recherche : quels sont les effets des usages de l'UE au niveau national, et comment expliquer leur apparition ?

Pour répondre à la première partie de cette question, la théorie des courants multiples a été révisée afin d'y incorporer les différentes étapes des politiques publiques. Ce faisant, certains éléments du modèle ont fait l'objet d'un travail conceptuel permettant de mettre en valeur le schéma de relations causales dans lequel ils sont insérés. Ce travail nous a amenée à mobiliser la métaphore de la réaction chimique, qui, couplée à la théorie des courants multiples, a permis de formuler de nouveaux concepts : période de flux, période de synthèse, élément réactif, précipité de politique publique. Au-delà de son potentiel analytique, ce cadre conceptuel sera également mobilisé de manière heuristique. En effet, cette nouvelle représentation des phénomènes d'eupréanisation permet d'éclairer certaines différences entre les cas de la France, de l'Autriche et de l'Irlande (voir conclusion de la Partie II, p.241), participant ainsi au processus d'explication de l'apparition des usages au niveau national.

De manière plus générale, un tel cadre permet d'aborder pleinement la question des effets de l'Union eupréenne sur le développement des politiques nationales. Les usages de l'UE ne sont ainsi jamais l'unique facteur expliquant le développement d'une politique publique. Ces usages sont au contraire incorporés dans des situations nationales complexes. Dans ce cadre, la notion de proximité causale semble particulièrement pertinente pour juger de la 'magnitude' de l'eupréanisation observée.

Si l'approche théorique présentée dans ce chapitre permet de caractériser les phénomènes d'eupréanisation, l'explication globale de ces phénomènes doit également s'intéresser aux

Chapitre 1. La théorie des courants multiples à l'épreuve de l'européanisation

conditions de leur apparition. Le chapitre suivant présentera ainsi les grandes hypothèses explicatives de la thèse, ainsi que la manière dont elles seront opérationnalisées au cours des différents chapitres. À partir de la présentation des méthodes de récolte et d'analyse des données, l'ensemble du protocole de recherche sera ainsi détaillé.

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

Ce chapitre présente les hypothèses générales qui structurent cette recherche, et décrit les dispositifs méthodologiques mobilisés dans le cadre de leur exploration. Les différentes techniques et méthodes auxquelles nous recourons tout au long de la thèse répondent à des objectifs différents, mais néanmoins complémentaires dans l'explication des phénomènes d'eupéanisation. Il s'agit en effet d'une part de décrire précisément les effets des usages de l'UE sur la politique et les politiques publiques nationales, et d'autre part d'expliquer l'apparition de tels usages.

Si l'approche théorique développée dans le chapitre précédent permet de qualifier précisément les effets des usages au niveau national (variable dépendante), l'explication de ces usages passe par la formulation d'hypothèses relatives à leur condition d'apparition (variables indépendantes). Ces hypothèses et leur opérationnalisation seront discutées plus en détail dans les chapitres suivants ; en revanche, nous présentons ici leurs caractéristiques générales et la manière dont elles s'articulent dans un modèle global.

Trois hypothèses principales sont ainsi développées tout au long de cette thèse, et renvoient à trois catégories d'analyse différentes : l'intérêt des acteurs, la relation à l'Union européenne, et la structure des instruments européens.

La première hypothèse, relative à l'intérêt, est directement en lien avec la perspective du constructivisme centré sur les acteurs (voir également l'introduction de la Partie I, p.31). En effet, cette approche vise à réintroduire une dimension rationnelle dans l'explication des phénomènes politiques (Saurugger 2013), et les individus y sont conçus comme des acteurs stratégiques dont les actions visent à répondre à un besoin particulier. La question est alors d'identifier la nature de ce 'besoin' dans le cadre des usages de l'UE. De manière générale, l'Union européenne n'étant pas un 'acteur naturel' des domaines analysés, le recours à ces instruments devrait demeurer une option secondaire. Il est en effet toujours plus avantageux (et souvent moins coûteux) de s'appuyer sur des ressources nationales avant de se tourner vers un acteur qui, a priori, ne dispose pas de compétences pour intervenir dans le domaine analysé (cas de l'e-santé). Ainsi, l'intérêt des acteurs se traduit dans ce cas précis par un manque de

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

ressources au niveau national, et plus celui-ci est important, plus il est probable que les acteurs utilisent les instruments européens dans leur travail politique national.

Ce 'manque de ressources' ne s'opérationnalise cependant pas de la même manière selon les types d'usages analysés. En premier lieu, les usages peuvent être effectués dans le cadre d'activités de différentes natures. Ainsi, les usages réalisés par les entrepreneurs de politique publique lors des périodes de synthèse correspondent aux actions qui visent précisément à 'joindre' les courants (voir chapitre précédent, p.46). Dans ce cadre, c'est l'ensemble des éléments de la synthèse (les trois courants et l'élément réactif) qu'il s'agit de prendre en compte pour 'mesurer' le manque de ressources des entrepreneurs de politique publique nationaux, et ainsi expliquer l'apparition d'usages de l'UE au niveau national (voir l'introduction de la Partie II, p.105). Lors des périodes de flux en revanche, les activités analysées sont plus spécifiquement localisées au sein d'un seul courant ; il s'agit alors d'évaluer les ressources des acteurs directement en lien avec l'activité considérée. Nous nous intéresserons ainsi à l'importance de l'intégration de ressources techniques dans le processus de formulation des standards d'e-santé et de ses effets sur les usages de l'UE (Chapitre 8). De même, les ressources politiques des acteurs institutionnels en France, en Autriche et en Irlande seront explorées afin de comprendre les utilisations différenciées des instruments européens au sein des jeux politiques interinstitutionnels (Chapitre 9).

Si l'intérêt est dans cette recherche considéré comme le moteur essentiel des usages, l'analyse empirique montre que d'autres conditions doivent être prises en compte pour expliquer l'apparition des usages de l'UE (voir à ce sujet le chapitre conclusif de la Partie II, p.241). Dans une perspective centrée sur les acteurs, ces 'conditions' renvoient aux éléments susceptibles d'intervenir sur la transformation de l'Union européenne en opportunité au niveau national. Autrement dit, les hypothèses proposées sont théoriquement reliées à la question du processus de construction de stratégies par les acteurs de politique publique.

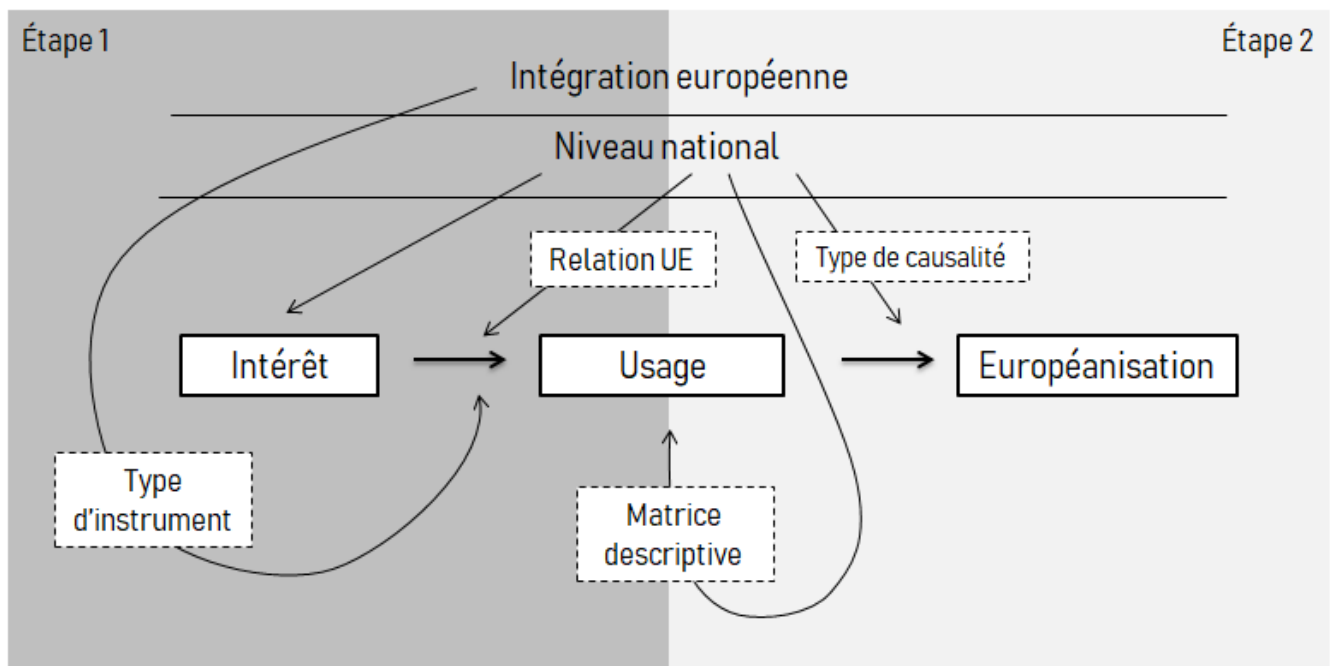
La seconde condition explorée, qui explique une différence nette entre nos trois cas, est celle de la 'relation à l'Union européenne' (Chapitre 7). On observe ainsi que les usages réalisés en période de synthèse ne sont pas répartis de manière égale entre la France, l'Autriche et l'Irlande, alors que ces trois cas présentent tous des usages de l'UE en période de flux. L'argument défendu dans ce chapitre est le suivant : la relation à l'UE, puisqu'elle constitue l'environnement 'diffus' dans lequel évoluent les acteurs, influence directement la conception de leur stratégie. Moins cette relation est positive, moins il sera possible de réaliser des usages de l'UE dans des environnements non maîtrisés, dans lesquels la prévision des conséquences

des usages repose sur une notion diffuse de l'importance de l'UE, et non sur des connaissances interpersonnelles ou fines d'un milieu spécifique (ce qui est le cas lors des périodes de flux). Or, ces environnements non maîtrisés correspondent précisément aux caractéristiques des périodes de synthèse ; ainsi, moins la relation à l'UE est positive, plus il est probable que les usages de l'UE soient réalisés uniquement en période de flux. La relation à l'UE n'est ainsi pas considérée comme un moteur des usages, mais comme une condition modulant leur expression au niveau national.

Il en va de même pour la structure des instruments européens, qui constitue la dernière grande catégorie d'hypothèses explorées dans cette thèse. Alors que les usages de l'UE sont réalisés à partir de différentes logiques (technique, de légitimité ou de répartition, voir chapitre précédent, p.62), on observe que celles-ci ne sont pas réparties de manière uniforme dans le temps (voir Chapitre 10, p.372). Les variations de structure des instruments européens invitent alors à s'interroger sur la manière dont celles-ci conditionnent les opportunités européennes au niveau national. Ainsi, plus les instruments européens sont diversifiés, plus il est probable que les logiques d'usages (et donc en théorie, le nombre d'usages) se multiplient au niveau national. Les Chapitres 8 et 9 seront ainsi l'occasion d'explorer plus en détail les spécificités des logiques techniques et de répartition, notamment dans leur différence avec la logique de légitimité, qui est quant à elle analysée tout au long de la thèse. De même, les effets de la transformation de certains aspects des instruments européens (production de contenus complexes et augmentation de la 'contrainte') sur les usages de l'UE seront analysés.

En somme, trois éléments permettent d'expliquer l'apparition de conditions favorables à l'émergence d'usages de l'UE : l'intérêt des acteurs de politique publique (qui explique l'apparition d'un usage), la relation à l'Union européenne (qui influe sur les périodes durant lesquelles sont réalisées les usages) et le type d'instrument européen (qui agit sur la logique d'usage disponible au niveau national). L'exploration des effets de ces conditions constitue ce que nous appelons la 'première étape analytique' dans l'explication du mécanisme causal de l'eupéanisation. La seconde étape correspond à l'analyse des effets des usages sur les politiques nationales.

Figure 8. Les étapes d'analyse des usages de l'UE



Les éléments placés à la jonction des deux étapes représentent des composantes essentielles d'analyse dans ces deux grandes catégories. Ainsi, les usages constituent à la fois la variable dépendante des facteurs explicatifs (première étape), et une variable 'indépendante' lorsque leur force causale est évaluée en relation avec les phénomènes nationaux (seconde étape). De même, la relation à l'UE, en jouant principalement sur les périodes d'apparition des usages (première étape), détermine dans le même temps les possibilités d'existence d'un certain type d'européanisation au niveau national (seconde étape). Enfin, si la matrice descriptive est essentielle pour comprendre le lien entre type d'instrument et répartition temporelle des logiques d'usages (première étape), elle permet également de faire la différence entre usage réalisé dans un courant ou comme générateur d'action, ce qui impacte le type de causalité à l'œuvre (seconde étape).

Malgré ces similarités, les processus d'analyse engagés lors de la première et de la seconde étape analytique diffèrent en termes de nature. En effet, alors qu'il s'agit de produire une inférence causale à propos des conditions susceptibles de favoriser l'apparition des usages dans la première partie, la seconde assure plutôt la réalisation d'inférences descriptives (Blatter and Haverland 2012), dans lesquelles les liens entre concepts (courants, flux, synthèse, élément réactif, type d'européanisation) et données empiriques font l'objet d'une attention particulière. De même, les méthodes et techniques mobilisées dans ces deux étapes

différent, bien que leur utilisation mixte prévienne toute tentative de différenciation radicale entre ces deux phases.

La première partie de ce chapitre vise ainsi à présenter les méthodes, techniques et outils utilisés pour répondre à la problématique de cette recherche. L'articulation des deux méthodes principales (co-variation et *process tracing*), ainsi que leur application aux différentes étapes analytiques est détaillée. Cette partie aborde également la question de la méthode d'analyse des données, réalisée en partie à l'aide du logiciel Nvivo. Enfin, la seconde partie de ce chapitre présente le processus de sélection des cas de la France, de l'Autriche et de l'Irlande au regard des différents critères liés aux méthodes sélectionnées dans le cadre de cette recherche.

I. De la structuration de la comparaison à la récolte et l'analyse des données

De manière générale, cette thèse s'appuie sur les études antérieures menées dans le domaine de l'eupéanisation souple et sur les recommandations méthodologiques qui en sont issues (Martinsen 2012). Ainsi, Jonathan Zeitlin, Egidijus Barcevičius et Timo J. Weishaupt (2014: 28) précisent que les recherches sur la Méthode Ouverte de Coordination (MOC) doivent reposer sur :

- ‘ - Un *process tracing* contextualisé, dans le but d'identifier et d'évaluer l'influence concrète de la MOC (en relation avec d'autres facteurs) sur les acteurs, débats, procédures et politiques publiques nationaux au sein de contextes spécifiques (nationaux, sectoriels, temporels) ;
- Une triangulation méticuleuse des preuves documentaires et des entretiens, au sein des différentes études mais également entre elles, dans le but de multiplier les points d'observation et de contrebalancer les sources de biais ; et
- Une comparaison systématique des résultats entre les pays, les domaines de politique publique et les périodes temporelles, dans le but d'identifier et d'expliquer à la fois les tendances générales et les dimensions des variations’³⁵

Alors que l'utilisation de techniques issues du *process tracing* permet de répondre à la première et à la seconde de ces exigences, nous utilisons la méthode de la co-variation afin de structurer la comparaison entre nos trois cas.³⁶

³⁵ Traduction par l'auteur

³⁶ La seule condition qui n'est pas remplie par cette recherche est la comparaison entre secteurs de politique publique. Si cette comparaison est essentielle pour comprendre dans quelle mesure la nature du secteur analysé influe sur l'eupéanisation, nous avons au contraire fait le choix de nous concentrer sur un seul secteur dont l'eupéanisation est jugée comme peu probable (voir Introduction), dans l'idée que les résultats de cette recherche puissent à leur tour alimenter les études sur d'autres secteurs de politique publique. Par ailleurs, le fait

Le fait de combiner différentes méthodes d'analyse dans une étude de cas comparative, et en particulier celles de la co-variation et du *process tracing*, est relativement fréquent (Blatter and Haverland 2012; Rohlfing 2012: 5). Dans ce cadre, la méthode du *process tracing* peut venir 'renforcer ou tester la validité interne de l'inférence causale' issue de la co-variation (Blatter and Haverland 2012: 210), parfois dans un ordre séquentiel. Le *process tracing* vise ainsi à récolter des données permettant de tester l'existence d'un mécanisme causal entre la cause et l'effet tels que mesurés par la méthode de la co-variation. Comme nous le verrons dans la première sous-partie, les usages des techniques de *process tracing* peuvent dépasser le simple cadre du renforcement de faisceau d'indices, en étant directement à la source de la génération des données mobilisées pour la co-variation. La seconde sous-partie s'intéressera plus directement à l'usage du logiciel d'aide à l'analyse qualitative Nvivo, outil particulièrement utile dans le cadre d'une première mise à plat des données récoltées sur le terrain.

A) Les méthodes et leur usage dans les étapes analytiques

Selon les étapes analytiques identifiées en introduction de ce chapitre, les usages de la méthode de la co-variation et des techniques de *process tracing* diffèrent.

Tableau 2. Méthode et technique principales utilisées selon les étapes d'analyse

Co-variation	<i>Process tracing</i>
Etape 1 (inférence causale)	Etape 2 (inférence descriptive)

Dans le cadre de la première étape, les données récoltées visent à établir des inférences causales, en premier lieu en comparant les variations des scores des variables dépendantes et indépendantes entre les trois cas (méthode de la co-variation). Les analyses de la congruence de ces variations permettent d'établir le premier niveau de preuve de cette inférence causale. La 'mesure' des variables indépendantes, qui correspond à l'opérationnalisation des grandes catégories d'hypothèses décrites en début de ce chapitre (manque de ressource, relation à l'UE, structure des instruments européens) est détaillée au début de chaque partie ou chapitre. En revanche, la mesure de la variable dépendante, c'est-à-dire de la présence ou de l'absence d'usage, est similaire tout au long de la thèse, et repose sur l'utilisation de techniques de

de se concentrer sur un seul secteur a également des avantages, notamment celui de pouvoir analyser les évolutions des instruments européens de manière relativement fine (voir Chapitre 10).

process tracing : il s'agit alors de retrouver les 'traces' laissées par les usages de l'UE au sein des données permettant de reconstituer le développement des politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande.

Pour récolter ces données, nous avons dans un premier temps repéré systématiquement dans nos trois cas les événements 'marquants' des politiques d'e-santé afin de séquencer plusieurs périodes temporelles distinctes. Les différentes séquences ont ensuite été documentées par deux moyens principaux. Le premier consiste en une recherche et une analyse documentaire : documents de politique publique, lois, articles de presse, rapports (voir liste complète dans l'Annexe 3).³⁷ Le second moyen consiste en la réalisation d'entretiens³⁸ avec les principaux acteurs de politique publique d'e-santé au sein des trois pays.³⁹ Ainsi, pour chaque période temporelle, nous avons tenté de retrouver ces acteurs selon une stratégie positionnelle ; il s'agissait alors de repérer les individus jouant un rôle clé dans la formulation de ces politiques (fonctionnaires, Ministres et cabinets ministériels, agences etc.), de même que la constellation d'acteurs pouvant éventuellement contribuer à cette formulation de manière plus lointaine (représentants des professionnels de santé, des patients, des industriels). Soixante-douze entretiens ont ainsi été réalisés entre 2015 et 2020 (voir Annexe 1 pour la liste complète).

³⁷ De manière plus pragmatique, l'étude documentaire préalable permet également de préparer une grille d'entretien spécifique, susceptible de produire des données autrement inaccessibles (Peabody *et al.* 1990).

³⁸ Les entretiens, s'ils sont une composante centrale de cette étude, n'en demeurent pas moins sujets à de nombreux biais (Bongrand and Laborier 2005), d'où l'intérêt de trianguler systématiquement les informations qui en sont issues.

³⁹ Deux entretiens additionnels ont été réalisés avec des fonctionnaires européens en charge de l'e-santé (Entretien, Cheffe d'unité e-santé, DG Santé et Sécurité alimentaire, Commission européenne, 06.12.2016 ; Entretien, Unité Santé et bien-être, DG Réseaux de Communication, contenu et technologies, Commission européenne, 07.12.2016)

Tableau 3. Entretiens réalisés par type d'acteur

	France	Autriche	Irlande
Fonctionnaires (Ministères, agences)⁴⁰	15	6	16
Ministres, membres de cabinets ministériels, homme ou femme politique	8 (+1) ⁴¹	(+1)	0
Parties prenantes (représentants des: industries, patients, professionnels de santé...)	17	7	3
Total	40	13	19
	72		

Afin de récolter les données nécessaires à la reconstitution du développement des politiques d'e-santé française, irlandaise et autrichienne, la première partie des entretiens était systématiquement axée sur la description de l'avancement de la politique publique et de sa contextualisation (grille complète en Annexe 2) :

- En quoi consiste votre travail sur : (...) loi, rapport, stratégie etc ? Comment travaillez-vous au quotidien ? Êtes-vous régulièrement en contact avec : les pouvoirs publics, certaines associations, d'autres agences ou Ministère etc. ? Quelles sont les problématiques principales que vous rencontrez ?
- Qui sont selon vous les principaux moteurs des politiques d'e-santé au niveau national ?
- Qui sont les principaux opposants ?
- Diriez-vous que l'e-santé est un sujet politisé/partisan ? Pourquoi ?
- Est-ce que l'e-santé est un sujet souvent traité dans les médias ? Trouvez-vous que ce traitement soit approprié ?

C'est à l'aide de ces premiers types d'informations et de leur incorporation dans la théorie révisée des courants multiples que nous avons créé des 'récits compréhensifs' des politiques publiques (*comprehensive storylines*, voir : Blatter and Haverland 2012: 118–119). Il s'agissait ensuite de replacer les usages de l'UE dans ces contextes, en utilisant ce que Blatter et Haverland appellent des '*smoking gun observations*' et des '*confessions*'. Dans le cadre de

⁴⁰ Nous avons ajouté dans cette catégorie les entretiens réalisés avec des membres du Health Service Executive irlandais, tandis que les institutions de sécurité sociale telles que la CNAMTS ont été comptabilisées en 'parties-prenantes' dans les autres pays.

⁴¹ Les chiffres entre parenthèses représentent des acteurs qui appartiennent à deux catégories, et qui ont été principalement comptabilisés dans une catégorie différente.

notre étude, les '*smoking gun observations*' prennent principalement la forme de références à l'Union européenne dans les documents de politique publique analysés, qui sont soit des supports à une activité en période de flux, soit le précipité d'une période de synthèse. Les '*smoking gun evidence*' permettent ainsi de connecter étroitement la cause (intégration européenne) et la conséquence (produit de politique publique) dans un cadre spatio-temporel resserré. La recherche de références à l'UE dans les documents de politique publique constitue donc une première étape de la détection des usages. Dans ces documents, les finalités attachées aux références à l'Union européenne peuvent être plus ou moins explicites, d'où l'intérêt de mener ensuite des entretiens afin de compléter ces premières données par un ensemble de '*confessions*', qui révèlent les 'perceptions, les motivations et les anticipations des acteurs importants' (Blatter and Haverland 2012: 118–119, traduction par l'auteure). Ces 'aveux', au sens où ils informent sur les stratégies mises en place par les acteurs, participent à la création d'un lien étroit entre cause et effet observé, et c'est précisément dans ce cadre que les techniques de *process tracing* permettent de renforcer le faisceau d'indices autour de l'hypothèse préalablement testée par la méthode de la co-variation (second niveau de preuve).

La deuxième partie des entretiens était ainsi systématiquement axée sur la question européenne. Lorsque certaines références à l'UE avaient pu être observées dans un document de politique publique, les questions posées s'intéressaient directement à ces références avant d'aborder des thématiques plus larges, susceptibles de produire des informations à propos de la perception de l'UE par les acteurs ou d'autres phénomènes que nous n'avions pas repérés au préalable. Si aucune trace d'usage n'avait été détectée avant l'entretien, les questions portaient sur les instruments ou événements européens disponibles à une époque donnée (grille d'entretien complète en Annexe 2) :

- J'ai pu observer que l'UE a produit (...) instrument, ou organisé (...) événement, avez-vous déjà entendu parler de ces instruments ? Comment ont-ils été pris en compte dans votre travail ?
- De manière générale, décririez-vous l'Union européenne comme un acteur important des politiques d'e-santé ? Pourquoi ?
- Participez-vous/avez-vous participé à des projets/réseaux/conférences/initiatives au niveau européen ?
- Pensez-vous qu'il est utile de participer aux initiatives européennes en matière d'e-santé ? Quels en sont les bénéfices ?
- Y-a-il des acteurs nationaux que vous pensez être particulièrement connectés au niveau européen ? Pourquoi ?

Ainsi, la mesure de la variation des cas autour de certains scores, alimentée et complétée par des techniques de *process tracing* (qui permettent à la fois de mesurer la variable dépendante

que sont les usages et de densifier le faisceau d'indices relatif au mécanisme causal), sont à la base de notre première étape analytique qui s'intéresse à la recherche d'inférences causales.

La seconde étape analytique, qui vise à caractériser les effets des usages de l'UE sur les politiques publiques nationales, relève davantage de l'inférence descriptive que de l'inférence causale. En effet, il s'agit d'interpréter les données issues de la recherche de *process tracing* à l'aune de la version révisée des courants multiples, en utilisant la matrice descriptive et les types d'eupéanisation présentés dans le chapitre précédent (p.64). Le processus de classement des observations, à l'aide de 'tests' répétés, permet d'évaluer le poids de l'UE par rapport à d'autres explications alternatives, essentiellement d'origine nationale.⁴² Le modèle permet de positionner ces explications alternatives les unes par rapport aux autres, dans une conception configurationnelle de la causalité. La présentation statique des catégorisations finales, que nous avons privilégiée dans cette thèse, n'est ainsi que le résultat d'un processus itératif de classification qui s'apparente à des tests répétés d'hypothèses.

Le cas des usages de l'UE en Autriche, que nous présentons plus en détail dans les Chapitres 3 et 7, est emblématique à cet égard. Ainsi, en 2005, l'UE apparaît à première vue comme un élément réactif de la mise sur agenda de l'e-santé au niveau national, cette dernière étant présentée comme une réponse aux 'exigences' du plan e-santé de la Commission européenne publié en 2004. Une analyse plus détaillée montre qu'un élément réactif tout aussi important est l'introduction d'une réforme majeure du système de santé portée par la coalition noire-bleue (ÖVP-FPÖ) en 2005, dans laquelle l'e-santé est mentionnée comme projet d'intérêt au niveau gouvernemental. En l'absence d'informations supplémentaires, c'est ici l'hypothèse nationale qui a été privilégiée : la réforme de 2005 est considérée comme l'élément réactif de la mise sur agenda de l'e-santé, l'usage de l'UE étant finalement classé dans le courant politique. La recherche de nouvelles informations (jusqu'à la redondance) et leur mise en perspective avec celles déjà collectées permettent de réévaluer l'hypothèse initiale, qui est ainsi 'testée' jusqu'à ce que l'on soit en possession de suffisamment d'éléments pour stabiliser l'interprétation.

Les méthodes et techniques mobilisées tout au long des étapes analytiques sont donc relativement distinctes, bien que la présentation séquentielle faite de leur usage ne

⁴² Au cours des entretiens, l'hypothèse d'une influence d'autres organismes internationaux a également été testée. Ainsi, une question sur le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé était systématiquement posée, parfois complétée par une question sur l'OCDE (voir Annexe 2).

corresponde pas aux processus d'allers-retours qui se sont en réalité opérés tout au long de la recherche.

Enfin, nous pouvons noter que l'application de techniques issues du *process tracing* dans une étude de cas comparative a plusieurs implications. Tout d'abord, le chercheur est généralement confronté à une asymétrie fondamentale des données, bien que les stratégies d'enquête déployées (recherche documentaire, entretiens, archives) soient similaires. En effet, suivant les cas, la disponibilité des sources peut varier, de même que le nombre total de sources disponibles. Ce qui constitue une source d'information cruciale dans un cas peut ne pas exister dans un autre. Dans ce contexte, la comparabilité des données tient surtout à ce qu'elles permettent de produire des informations considérées comme similaires. On peut reprendre ici la métaphore de l'enquêteur, qui est régulièrement mobilisée pour décrire la logique du *process tracing* (Blatter and Haverland 2012; Beach and Pedersen 2019; Collier 2011; Surel 2018b).

'Social scientists who focus on causal-process tracing apply information-gathering techniques that have been developed by historians and ethnographers, and they think very much like detectives and less like statisticians.[...] This terminology points to the fact that scholars applying CPT [causal process-tracing] should primarily think like detectives and attorneys, who must convince juries, and not much like statisticians'⁴³ (Blatter and Haverland 2012: 105–110)

Alors que l'enquêteur cherche toujours à obtenir le même type d'information (type de crime, préméditation, lieu, temporalité, motif), les données permettant d'alimenter ces catégories diffèrent selon les cas. Cela n'empêche pas l'enquêteur d'avoir recours à des stratégies d'enquête routinisées (prélèvement des traces ADN, entretiens auprès des proches, traçage des communications etc.), qui sont ensuite complétées par des recherches guidées par la nature du cas. Ainsi, appliquer des techniques de *process tracing* revient également à déployer un ensemble de stratégies de recherche routinisées (recherche documentaire, entretiens), tout en admettant que les natures différenciées des cas impliquent la mobilisation de données qui ne sont pas toujours symétriques. Enfin, la robustesse des preuves s'acquiert au moyen de la triangulation des informations, dont les différentes sources apparaissent dans le compte-rendu de recherche. L'ensemble des données permettant de soutenir une affirmation doivent ainsi être rendues visibles, ou a minima référencées. Lorsque la triangulation n'est pas possible, le

⁴³ 'Les chercheurs en sciences sociales qui utilisent le *process tracing* causal appliquent des techniques de collecte des données qui ont été développées par les historiens et les ethnographes, et ils pensent bien plus comme des détectives que des statisticiens. [...] Cette terminologie montre que les chercheurs appliquant le PTC [*process tracing* causal] devraient principalement penser comme des détectives et des avocats, qui doivent convaincre des jurys, et non comme des statisticiens' (Traduction par l'auteure)

chercheur doit l'exprimer clairement, car cela affecte directement le niveau de preuve présenté. Autrement dit, le compte-rendu d'une recherche empirique utilisant des techniques de *process tracing* est généralement relativement long, les données brutes⁴⁴ devant être présentées comme autant de preuves étayant un récit plausible des événements. Cette longueur peut parfois constituer un obstacle à la comparaison ; le schéma de représentation des politiques publiques que nous avons développé à partir de la théorie des courants multiples constitue ici un outil utile de synthèse des résultats.

Nous avons présenté ici la logique et l'articulation globale des méthodes utilisées dans cette thèse. Ces méthodes guident à la fois la récolte et l'analyse des données. À la frontière de ces deux étapes, le logiciel d'aide à l'analyse qualitative Nvivo s'est révélé être un outil essentiel dans la première 'mise à plat' des nombreuses données récoltées sur le terrain.

B) Nvivo : un outil abductif pour le traitement des données

Une fois les données issues de l'analyse documentaire et des entretiens recueillies, celles-ci ont subi un premier codage qui consistait essentiellement en un tri des différentes informations. Le logiciel Nvivo s'est révélé être un 'outil' (Rioufreyt 2019) particulièrement utile pour mener à bien cette tâche. L'utilisation abductive de ce logiciel, avec lequel il est possible de créer des 'nœuds' (ou catégories d'analyse) en amont et pendant le processus d'analyse, permet de mettre à plat les données récoltées, dont la teneur dépasse souvent les attentes du chercheur. Il s'agit alors d'affiner les catégories d'analyse créées au préalable. Cet affinage finit cependant par se stabiliser : alors que la plupart des nœuds (trente sur un total de trente-six) ont été créés sur une période de quelques mois au début de l'année 2018, leur alimentation perdure pour la plupart jusqu'en 2020 (vingt-nœuds) ou jusqu'en 2019 (douze nœuds). L'utilisation du logiciel Nvivo donne donc à voir une stabilisation du codage et des catégories, qui ont ensuite été ajustées dans un dernier processus d'analyse 'manuel'. Cette première 'mise à plat' des données a conduit à la rédaction du développement chronologique des politiques d'e-santé de nos trois cas, base empirique qui s'est avérée par la suite essentielle pour conduire la comparaison.

Les catégories établies de manière déductive nous ont dans un premier temps amenée à créer neuf codes qui correspondaient aux séquences temporelles de politique publique que nous

⁴⁴ La présentation de données brutes doit néanmoins se réaliser dans le respect des règles d'anonymisation. Ainsi, tous les noms ont été modifiés, et nous avons cherché à donner le moins d'informations possibles sur les enquêtés.e.s, tout en donnant suffisamment d'éléments de compréhension pour que leur témoignage fasse sens dans le contexte étudié.

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

avons repérées (trois par pays). Alors que les entretiens comme les sources documentaires fournissent souvent des informations relatives à plusieurs périodes, cette première étape nous a permis de rassembler sous un même codage l'ensemble des informations à notre disposition permettant de décrire les contextes attachés à ces séquences temporelles. Il s'agissait ensuite de classer les références à l'UE observées au sein des documents ou recueillies lors des entretiens. Deux catégories principales peuvent ici être retenues : celle visant à rassembler les éléments propres aux usages de l'UE (pratiques des acteurs), et celle visant à recueillir des données sur les perceptions de l'Union européenne par les acteurs de politique publique dans le domaine de l'e-santé (discours des acteurs). La différence entre ces deux catégories n'a pas toujours été simple à établir, ce qui a donné lieu à la création de plusieurs catégories intermédiaires (critique de l'UE, nécessité de se positionner au niveau européen, apprentissage lié à l'UE, projets européens, non usages de l'UE) qui ont finalement été subsumées dans l'un ou l'autre de ces grands nœuds en dernière analyse. Le logiciel Nvivo permet enfin de réaliser un codage plus *ad hoc* sur des dimensions qui apparaissent intéressantes durant l'analyse des données (par exemple : cartes électroniques, données de santé, interopérabilité et standards, industriels, médias, opinion publique, politisation etc.), et qui peuvent ensuite alimenter la description empirique et éventuellement la comparaison entre les cas via la fonction 'requête d'encodage'.

Tableau 4. Nœuds Nvivo utilisés pour la mise à plat des données

Nom	Fichiers	Références	Créé le	Modifié le
À voir	10	22	12/02/2018 16:42	07/02/2020 16:37
Analyse des config.	0	0	30/04/2018 10:48	30/04/2018 10:48
Analyse Conf. AU CEF 2016	7	25	08/02/2018 16:40	07/02/2020 16:35
Analyse Conf. AU eHealth initiative 2007	9	45	08/02/2018 16:12	07/02/2020 16:38
Analyse Conf. AU ELGA Law 2012	10	19	09/02/2018 11:26	07/02/2020 16:36
Analyse Conf. FR Bachelot	19	94	30/04/2018 10:47	05/03/2019 12:21
Analyse Conf. FR CEF 2016	22	135	19/02/2018 11:49	04/04/2019 14:43
Analyse Conf. FR DMP 2004	19	121	19/02/2018 13:48	04/04/2019 11:34
Analyse Conf. IR 2004	11	29	25/07/2019 10:27	07/08/2019 11:59
Analyse Conf. IR 2013	9	35	25/07/2019 10:27	07/08/2019 12:21
Analyse Conf. IR 2016	13	79	25/07/2019 10:28	07/08/2019 18:28
Analyse Union européenne	4	17	19/02/2018 15:46	05/09/2018 11:10
ASIP	8	27	02/05/2018 11:29	18/02/2019 16:06
Cartes électroniques	4	17	09/02/2018 15:10	04/08/2018 17:20
Codage entretien	0	0	12/02/2018 17:25	12/02/2018 17:25
Connaissance initiatives UE	26	30	09/02/2018 10:38	19/02/2020 15:59
Contact européen	35	47	12/02/2018 17:26	19/02/2020 15:59
Critique national	27	68	08/02/2018 16:09	06/08/2019 16:12
Critique national	2	7	06/04/2018 17:52	30/04/2018 11:08
Critique UE	9	17	08/02/2018 16:41	31/01/2020 05:29
Données de santé	15	25	24/04/2018 16:41	03/02/2020 18:07
Industriels	38	106	09/02/2018 10:42	07/02/2020 16:38
Interopérabilité et standards	29	82	12/02/2018 16:44	07/02/2020 11:05
Learning	15	24	26/07/2019 13:27	07/08/2019 15:57
Médecins	4	9	25/07/2019 10:52	07/08/2019 12:06

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

Media	27	29	09/02/2018 10:44	07/02/2020 16:46
Nécessité positionnement européen	11	32	28/02/2019 16:41	31/01/2020 06:34
Non usages de l'UE	20	36	13/04/2018 14:55	07/02/2020 14:22
Opinion publique	14	20	13/04/2018 11:56	07/02/2020 16:46
Politisation	44	126	09/02/2018 10:43	07/02/2020 16:46
Projets européens	3	3	07/08/2018 11:07	31/07/2019 18:43
Question des standards internationaux France	5	5	23/05/2018 14:56	31/01/2020 02:06
Relation UE élites	38	105	15/02/2018 16:01	19/02/2020 15:58
Tactique Commission européenne	7	15	15/02/2018 15:40	29/07/2019 16:02
Usages UE	52	241	08/02/2018 16:46	07/02/2020 11:09
Vocabulaire bataille	4	8	21/08/2018 12:17	29/04/2020 11:24
WHO et OCDE	28	32	09/02/2018 10:48	07/02/2020 16:42

La première partie de ce second chapitre nous a permis de présenter les méthodes et dispositifs analytiques mobilisés tout au long de cette thèse. C'est ainsi à l'aide de la méthode de la co-variation que nous structurons la comparaison entre les cas, dont nous présentons le processus de sélection dans la partie suivante.

II. Les cas de la France, de l'Autriche et de l'Irlande

Dans la logique de la méthode de la co-variation, une attention particulière doit être accordée au processus de sélection des cas (Blatter and Haverland 2012), afin d'assurer leur comparabilité en 'contrôlant' un ensemble d'autres variables repérées comme importantes par la littérature. La première sous-partie présentera ce processus de sélection, pour terminer dans la seconde partie par une présentation succincte des caractéristiques principales des trois cas sélectionnés : la France, l'Autriche et l'Irlande. L'objectif de cette dernière sous-partie est de donner les éléments nécessaires à la compréhension des contextes politiques de ces trois pays, dans lesquels sont imbriquées les politiques publiques d'e-santé (type de système de protection de sociale, principaux acteurs du système de santé, système politique, partis politiques).

A) Processus de sélection de trois cas similaires

Dans le cas d'une approche basée sur la co-variation, il s'agit de sélectionner des cas les plus similaires possibles, excepté en ce qui concerne les facteurs causaux analysés (Blatter and Haverland 2012).⁴⁵ La comparabilité des cas a pour objectif de contrôler, à partir des connaissances de la littérature, des causes alternatives susceptibles d'expliquer le résultat investigué, en l'occurrence l'apparition d'usages de l'UE. La sélection de cas issus d'une même région géographique permet souvent d'assurer l'existence de similarités dans les variables de contrôle, puisque 'les pays d'une aire géographique spécifique partagent certaines caractéristiques historiques et culturelles' (Blatter and Haverland 2012: 45). Dans le cadre de cette thèse, il nous a semblé utile de prendre en compte le rapport à l'intégration européenne des pays considérés, notamment en ce qui concerne la construction de leur système de protection sociale et de santé. Il s'agissait ainsi de sélectionner des pays faisant partie de l'Union européenne sur toute la période analysée (début des années 2000 jusque

⁴⁵ Selon Blatter et Haverland (2012) c'est ici une différence cruciale avec une recherche principalement guidée par la méthode de *process tracing*, qui s'attache à sélectionner des cas 'positifs' dans lesquels la variable dépendante est systématiquement présente. Dans notre cas, la présence ou l'absence de variables dépendantes (les usages de l'UE) n'était pas connue avant la réalisation de la recherche.

2017), et qui présentaient des systèmes de protection sociale anciens et particulièrement bien implantés dans une tradition nationale. Le choix de ce type de pays permet de sélectionner des cas à la fois comparables dans leur rapport à l'UE, et également de type '*most unlikely*' dans le cadre de l'européanisation. En effet, plusieurs auteurs suggèrent que les effets de l'intégration européenne auraient été particulièrement forts sur les systèmes de protection sociale des 'nouveaux' États membres (c'est-à-dire ceux intégrés à partir de 2004), ceux-ci ayant dû reconstruire ces systèmes suite à la fin de la période communiste, tout en étant déjà engagés dans un processus d'intégration communautaire, notamment au travers de la Méthode Ouverte de Coordination (Zeitlin 2009). Ce rapport particulier à l'intégration rendrait ainsi plus probable l'apparition d'usages de l'UE, dont la cause ne saurait être abordée de la même manière qu'au sein de pays qui ont a priori moins de 'raisons' de prendre en compte les orientations européennes concernant le domaine social (Graziano *et al.* 2011). Nous avons ainsi dans un premier temps limité la sélection des cas aux pays appartenant à 'l'Europe des Quinze', en retirant néanmoins le Luxembourg, du fait de son très faible nombre d'habitants.⁴⁶

Afin d'assurer une certaine comparabilité des cas, nous souhaitions également analyser des pays au sein desquels la stratégie nationale d'e-santé, en plus d'être existante, revêtait un caractère réellement structurant pour les politiques d'e-santé. En somme, il nous paraissait important de sélectionner des cas où des autorités centralisées étaient en charge de la production du principal dispositif d'e-santé analysé dans cette thèse, à savoir le dossier médical électronique. Les pays présentant des compétences particulièrement décentralisées en matière d'e-santé (Royaume-Uni⁴⁷, Allemagne⁴⁸) ont ainsi été retirés de la sélection. Nous avons également retiré les pays dont les initiatives nationales intervenaient plutôt de manière

⁴⁶ Il n'est en effet pas certain que les *politics* d'un pays comptant environ six cent mille habitants soient comparables aux autres pays européens qui en comptent systématiquement plusieurs millions.

⁴⁷ La mise en œuvre particulièrement régionalisée des politiques d'e-santé au Royaume-Uni donne ainsi lieu à quatre rapports d'évaluation différents dans le cadre de l'étude *eHealth strategies* commandée par la Commission européenne. Source : <http://www.ehealth-strategies.eu/database/database.html>

⁴⁸ Le cas de l'Allemagne est un peu particulier : si des initiatives nationales ont bien été menées, le Ministère semble avoir été dans un premier temps en retrait dans la gouvernance, laissée aux 'administrations autonomes'. Les auteur.e.s d'un rapport sur les politiques d'e-santé allemandes indiquent par ailleurs que 'divers facteurs liés à la structure fédérale de l'Allemagne ont jusqu'à présent rendu les progrès difficiles' (traduction par l'auteur). Nous avons donc préféré exclure ce cas de l'étude. Source : Stroetmann, Karl A., Jörg Artmann and Sarah Giest (2010). 'Country Brief: Germany', *Rapport dans le cadre du projet eHealth Strategies*. Bruxelles : Commission européenne, p.21 , p.4, Disponible sur : http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Germany_CountryBrief_eHS_12.pdf

postérieure à des développements régionaux ou locaux, et visaient essentiellement à en assurer la coordination (Espagne, Belgique)⁴⁹.

Toujours dans le souci d'assurer un maximum de comparabilité entre les cas, nous avons sélectionné des États membres dont les politiques d'e-santé se sont développées sur un temps relativement long, avec une temporalité similaire. Cette comparabilité semblait particulièrement importante pour deux raisons. Premièrement, il s'agissait d'éviter les cas où les initiatives nationales s'étaient développées de façon largement antérieure aux instruments européens. Si cela n'exclut pas les possibilités d'une influence européenne, les occurrences durant lesquelles celle-ci aurait pu s'exercer sont néanmoins mécaniquement réduites. Il en va de même pour un pays dont les initiatives interviendraient trop en décalé par rapport au lancement des premiers instruments européens en matière d'e-santé (fin des années 1990-début des années 2000). La sélection de ce type de pays ne nous permettrait par ailleurs pas de mesurer de manière similaire les effets des variations des instruments européens sur les trois cas sélectionnés.

Tableau 5. Premières stratégies nationales d'e-santé (ou de développement d'un dossier médical électronique)

Milieu des années 1990	Début et milieu des années 2000	Fin des années 2000
Danemark, Finlande	Autriche, France, Grèce, Irlande, Italie, Suède, Pays-Bas	Portugal

Ce tableau montre qu'un nombre important d'État membres a vu ses premières politiques d'e-santé se développer entre le début et le milieu des années 2000, ce qui correspond également à une période particulièrement intéressante au niveau européen. En effet, si l'e-santé apparaît déjà dans les stratégies eEurope à la fin des années 1990 et au début des années 2000, c'est en 2004 qu'est lancé le premier plan d'action e-santé de la Commission européenne (voir

⁴⁹ Bien que le processus de standardisation des dossiers médicaux électroniques ait commencé dès le début des années 2000 en Belgique, ceux-ci ne sont pas directement produits par un dispositif national. Ce n'est qu'à partir de 2008 qu'est créée une plateforme dans le but d'assurer l'échange des dossiers déjà existants. En Espagne, ce sont plutôt les régions qui se sont investies sur ce sujet, le niveau fédéral visant surtout dans un second temps à assurer la coordination des initiatives déjà existantes. Sources : Corbellini Angel M., Sarah Giest, Jörg Artmann, J. Heywood and Jos Dumortier (2010). 'Country Brief: Spain.', *Rapport dans le cadre du projet eHealth Strategies*. Bruxelles : Commission européenne, Disponible sur : http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain_CountryBrief_eHStrategies.pdf; Devlies, Jos, U. Walossek, Jörg Artmann, Sarah Giest and Jos Dumortier (2010). 'Country Brief: Belgium', *Rapport dans le cadre du projet eHealth Strategies*. Bruxelles : Commission européenne, Disponible sur : http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Belgium_CountryBrief_eHStrategies.pdf

Chapitre 10, p.376 pour tableau synthétisant les principaux instruments européens de l'e-santé). La catégorie regroupant le plus de pays est donc également celle qui présente le plus d'intérêt dans le cadre de cette recherche, et nous avons ainsi choisi de nous focaliser sur l'Autriche, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, la Suède et les Pays-Bas pour la suite de la sélection.

Selon la méthode de la co-variation, il s'agit ensuite de s'assurer qu'il existe une variation au regard des variables indépendantes considérées. La première grande hypothèse de cette thèse est que l'intérêt des acteurs, qui se développe dans un contexte national précis, est le moteur des usages et des phénomènes d'eupéanisation. La mesure de l'existence d'un tel 'intérêt' est néanmoins difficile à réaliser a priori. En effet, il existe une multitude de conditions et de contextes susceptibles d'engendrer un intérêt des acteurs pour l'usage des instruments européens, et ce durant n'importe quelle étape ou période de politique publique. Dans leur étude comparative sur les usages de l'UE, Graziano *et al.* (2013: 112) indiquent ainsi ne trouver qu'une conjonction partielle entre usages et types de régimes d'État Providence ou niveau d'écart avec les préconisations européennes (*goodness of fit*). Ce type de caractéristiques structurelles ne semble donc pas être un indicateur pertinent pour présager de l'intérêt des acteurs à utiliser l'Union européenne. Malgré ces difficultés, plusieurs arguments nous ont permis de postuler l'existence d'une variation des intérêts pour l'usage des instruments européens dans notre sélection de cas potentiels. En premier lieu, le choix d'un secteur connu pour sa complexité (l'e-santé) nous paraît être ici particulièrement approprié ; le fait que la politique publique soit difficile à mettre en place et s'opère sur le long cours permet de produire de nombreuses situations dans lesquelles l'UE peut effectivement se révéler être un instrument utile. Ensuite, le choix de comparer trois⁵⁰ pays sur une période relativement longue (début des années 2000 jusqu'en 2018) permet également d'augmenter les chances de variation des intérêts pour l'usage de l'UE, que ce soit via la comparaison inter ou intra cas. Cette première hypothèse ne permet donc pas d'établir une discrimination entre les différents pays de la sélection. Il en va de même pour la dernière hypothèse, qui s'intéresse aux variations de la structure des instruments européens, et requiert simplement que les politiques publiques nationales d'e-santé se déroulent sur une temporalité similaire et congruente temporellement avec le développement des initiatives européennes.

⁵⁰ Le choix de comparer précisément trois pays permet de répondre à deux exigences méthodologiques centrales dans cette thèse. Ainsi, l'analyse de trois cas (et non de deux) donne plus de robustesse à la comparaison via la co-variation, mais autorise également une recherche empirique détaillée et en profondeur, essentielle pour l'application de techniques de *process tracing*. Un plus grand nombre de cas aurait sans aucun doute rendu ce dernier objectif difficile à réaliser.

À ce stade, ce sont donc principalement les variations autour de la seconde hypothèse, celle de la relation à l'Union européenne qui permettront d'établir une discrimination entre les cas. Dans la littérature sur les usages de l'UE, la 'relation à l'Union européenne' désigne tant le rapport des élites à l'UE dans le domaine social que l'expression de l'opinion publique à ce sujet dans les divers États membres (Graziano *et al.* 2011). La mesure de cette 'relation à l'UE', en l'absence de données systématiques, est en réalité difficile à réaliser (voir Annexe 4). Nous avons néanmoins décidé d'utiliser un indicateur nous permettant d'évaluer l'attachement des citoyens à leur système de santé national, dans l'idée qu'un fort attachement rendrait moins probable l'intervention d'une entité extérieure dans les politiques de santé. Des données issues de deux Eurobaromètres (l'Eurobaromètre Flash 210 réalisé en 2007 et l'Eurobaromètre Spécial 425 réalisé en 2014) nous ont ainsi permis de comparer les réponses des citoyens des différents pays à la question '*Would you be willing to travel to another EU country to receive medical treatment?*'⁵¹, qui permet de constater l'attachement des individus à leur système lorsque celui-ci est mis en concurrence avec une offre externe. Les résultats de ces deux Eurobaromètres ont permis de diviser les pays de la sélection en quatre catégories distinctes :

Tableau 6. Pourcentage de réponses négatives à la question '*Would you be willing to travel to another EU country to receive medical treatment?*' (données en 2007 et en 2014)

Faible	Moyen -	Moyen +	Elevé
Pays-Bas (21-20%)	Irlande (20-33%), Italie (27-38%), Grèce (25-36%), Suède (34-35%)	Autriche (54-59%),	France (59-74%)

À partir de là, plusieurs combinaisons sont possibles, du moment que les trois pays sélectionnés appartiennent à des catégories différentes. Afin de choisir la meilleure combinaison, nous avons dans un dernier temps adopté les critères issus de la méthode du *process tracing*, qui accorde une grande importance à la question de l'accessibilité des données (Blatter and Haverland 2012). En effet, pour utiliser de telles techniques, le chercheur doit s'assurer de pouvoir accéder à un nombre important de sources, internes comme externes, et de pouvoir réaliser des entretiens approfondis avec les acteurs de politique publique jugés comme pertinents. Si 'l'accessibilité' d'un terrain ne peut *in fine* s'évaluer

⁵¹ 'Souhaiteriez-vous voyager dans un autre pays de l'UE afin d'y recevoir un traitement médical ?' (Traduction par l'auteure)

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

qu'au moment où l'enquête est effectivement menée, le fait de maîtriser la langue du pays analysé (français et ou anglais) nous paraissait être un facilitateur important. De même, nous avons déjà exploré le terrain français au cours de travaux antérieurs. La France et l'Irlande ont ainsi été sélectionnées, car ces deux pays répondaient au critère de la langue tout en appartenant à des catégories différentes vis-à-vis de la variable 'relation à l'UE'. Deux combinaisons étaient alors possibles : Pays-Bas, Irlande et France, ou Irlande, Autriche et France. L'Irlande étant le pays le avec le taux de réponses négatives le plus faible dans sa catégorie, la première combinaison revenait à comparer trois cas répartis sur deux extrêmes au regard de la relation à l'Union européenne. Nous avons finalement choisi la seconde combinaison, qui nous permettait également d'observer les effets de la relation à l'UE sur les usages dans un cas plus intermédiaire (l'Autriche).

Ces trois États membres présentent des systèmes de protection sociale très différents (voir ci-dessous), ce qui est susceptible d'impacter fortement les rapports de pouvoir entre les différents acteurs (Immergut 1992). Néanmoins, la littérature semble suggérer l'existence d'une faible relation de causalité entre type de système d'État Providence en place dans un État membre et usages de l'UE (Graziano *et al.* 2013: 112). Weishaupt (2009) montre par ailleurs que l'Irlande et l'Autriche, deux pays avec des systèmes de protection sociale très différents (résiduel et corporatiste), présentent de fortes similarités dans leur réception de la Stratégie Européenne pour l'Emploi. Cette recherche permet ainsi de tester l'hypothèse d'un effet des systèmes d'État Providence sur les usages : l'observation de similarités entre la France et l'Autriche par opposition à l'Irlande devrait amener à réévaluer le poids de cette variable, tandis que l'observation de similarités entre l'Irlande et l'Autriche et/ou la France nous permettra de renforcer le constat d'un faible effet des systèmes de protection sociale sur les usages de l'UE.

Enfin, nous pouvons observer qu'il ne semble pas exister de différences fortes en matière de diffusion technologique entre ces trois pays.

Tableau 7. Pourcentage de foyers ayant accès à internet (Source: Eurostat isoc ci in h)

	2004	2010	2015
Irlande	40 %	72%	85%
France	34%	74%	83%
Autriche	45%	73%	82%

B) Principales caractéristiques des cas

Autriche

L'Autriche est l'un des pays les plus riches de l'Union européenne, avec une population d'environ 8.4 millions d'habitants. De type bismarckien (Obinger and Tálos 2010; Kostera 2013), son système de protection sociale actuel trouve ses origines en 1955, lors de l'adoption de la loi générale de sécurité sociale (ASVG), qui intégrait entre autres domaines celui de la santé. Depuis sa mise en application et jusqu'à 2011, la loi a été amendée soixante-quinze fois. L'État providence autrichien est souvent considéré comme un des plus généreux en Europe (Österle and Heitzmann 2009), et, selon la typologie de Gøsta Esping-Andersen (1989), il appartient à la catégorie des systèmes dits corporatistes/conservateurs. Les dépenses de santé représentent environ un quart des dépenses de protection sociale (Österle and Heitzmann 2009: 34).

Les compétences dans le domaine de la santé sont partagées entre le niveau fédéral et les neuf Länder, qui sont des structures politiquement autonomes. Il existe une hiérarchie très claire entre le gouvernement fédéral et les Länder ; de ce fait, le système politique autrichien peut être perçu comme 'plutôt centralisé bien que comportant des éléments de décentralisation'.⁵² Constitutionnellement, presque tous les domaines liés à la santé relèvent de la compétence fédérale,⁵³ sous la responsabilité du Ministère de la santé. Les articles 10 à 15 de la Loi Constitutionnelle Fédérale traitent de la répartition de compétences entre les deux niveaux. Quatre catégories peuvent être distinguées :⁵⁴

1. La législation et l'administration relèvent de la responsabilité fédérale (cas du système de santé)
2. La législation se fait au niveau fédéral mais l'administration relève de la responsabilité du Land
3. Une législation 'cadre' est adoptée au niveau fédéral, tandis que la législation relative à la mise en place et à l'administration relèvent de la responsabilité du Land (cas des hôpitaux)

⁵² Hofmarcher Maria M. (2013). 'Austria Health system review', *Health Systems in Transition*, 15(7), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, p.8

⁵³ Excepté pour les soins délivrés au sein des hôpitaux.

⁵⁴ Hofmarcher Maria M. (2013). 'Austria Health system review', *Health Systems in Transition*, 15(7), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, p.8

4. La clause générale en faveur des Länder : tous les sujets non spécifiés relèvent de leur compétence

Malgré une compétence fédérale forte affichée au niveau constitutionnel, le système de santé demeure en réalité très décentralisé : ⁵⁵ le cadre général est déterminé au niveau fédéral tandis que la mise en œuvre plus précise demeure à charge des régions autonomes. Du fait du haut degré de décentralisation et de la diversité des acteurs impliqués dans son fonctionnement, les décisions concernant le système de santé nécessitent un large consensus.⁵⁶

La mise en place de l'assurance santé et des soins ambulatoires dépend des institutions de sécurité sociale, regroupées sous la Fédération Autrichienne de Sécurité Sociale (*Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger*, HVSV). Dans chaque Land on peut trouver un Fonds Régional de Santé, qui est approvisionné de manière conjointe par les autorités fédérales, les Länder et les institutions de sécurité sociale. Le rôle de ces fonds est notamment de financer les soins hospitaliers.

Les services de santé sont régulés via des négociations entre les institutions de sécurité sociale, la Chambre des médecins, l'association nationale des pharmaciens et d'autres représentants des professions de santé. L'Agence Fédérale pour la Santé (*Bundesgesundheitsagentur*, BGA) est l'organisme central chargé de la planification, de la gouvernance et du financement du système au niveau fédéral. Elle est par ailleurs directement chargée de l'attribution de fonds aux Länder pour la mise en place de soins hospitaliers. Le fonctionnement de son organe décisionnel requiert généralement un accord entre le niveau fédéral, les Länder et les institutions de sécurité sociale. Cette recherche de consensus quasi obligatoire a pour but d'assurer une bonne coopération entre les Länder et les instituts de sécurité sociale afin d'améliorer le système de soins.

En ce qui concerne l'assurance santé, 99.9% de la population est couverte. L'appartenance à une caisse est déterminée par la profession et/ou le lieu de résidence. Les assurances privées financent également une partie de la dépense (payements additionnels liés aux soins ou aux

⁵⁵ Du fait d'une part, de l'exception concernant le secteur hospitalier (dont les principes généraux sont votés au niveau fédéral mais dont la législation plus précise et l'administration relèvent des Länder), et d'autre part de l'application du principe d'administration fédérale indirecte, qui veut qu'en pratique ce soient les Länder qui prennent en charge la majeure partie de l'administration du système de santé. Les instituts de sécurité sociale sont également en charge d'une partie de l'administration du système du fait de leur statut. Voir : Hofmarcher Maria M. (2013). 'Austria Health system review', *Health Systems in Transition*, 15(7), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, p.23

⁵⁶ Hofmarcher Maria M. (2013). 'Austria Health system review', *Health Systems in Transition*, 15(7), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, p.xxii

médicaments). En 2010, 17% de la dépense de santé provient directement des patients, bien que les personnes à faibles revenus ou souffrant d'une maladie chronique soient exemptes de coûts supplémentaires.

De manière générale, le système de santé autrichien souffre d'un manque de coordination et d'homogénéisation dû à son haut degré de fragmentation. La réforme de 2005 (ainsi que les réformes suivantes, notamment en 2012) ont pour but de mieux coordonner les différentes activités de santé et d'en améliorer la gouvernance. C'est à cette occasion qu'est créée l'Agence Fédérale pour la Santé et le plan national structurel pour la santé (ÖSG), dont l'élaboration implique l'ensemble des représentants des acteurs du système de santé. Au niveau régional, l'instrument de planification principal est le plan régional structurel (RSG)⁵⁷.

Au niveau fédéral, le Ministère de la Santé est l'organe situé au plus haut niveau de la hiérarchie dans le domaine de la santé. Si le premier département chargé des questions sociales apparaît en 1918, l'actuelle appellation 'Ministère de la Santé' n'est utilisée que depuis 2008.⁵⁸ L'évolution institutionnelle du portefeuille des questions de santé a été plutôt tumultueuse, avec une alternance entre les périodes d'autonomie et de rattachement à d'autres domaines (emploi, travail principalement). Le Ministère est jusqu'en 2019 composé de trois sections. La première est en charge des questions liées au système de santé (financement, planification structurelle etc.) et de la coordination internationale, notamment avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Union européenne. La e-santé fait également partie des compétences de cette section, de même que la gestion de l'Agence Fédérale pour la Santé. La Section II est spécialisée dans les affaires légales, notamment en ce qui concerne les différentes professions médicales. C'est également là que sont traitées les questions relatives à la sécurité alimentaire, ainsi qu'à la consommation d'alcool, de tabac, et d'autres substances addictives. La Section III s'intéresse quant à elle à la santé publique, à la prévention des maladies et autres questions médicales.

Mis à part le Ministère de la Santé, d'autres organismes sont établis au niveau fédéral et occupent la plupart du temps une fonction de conseil auprès du Ministère :⁵⁹ le Conseil

⁵⁷ Ministère de la Santé (2013). 'The Austrian Healthcare system. Key Facts', Disponible sur : http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf

⁵⁸ Hofmarcher Maria M. (2013). 'Austria Health system review', *Health Systems in Transition*, 15(7), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, p.23

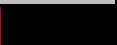
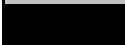
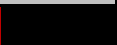
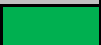
⁵⁹ Pour plus de détail sur le fonctionnement du financement du système de santé, voir : Hofmarcher Maria M. (2013). 'Austria Health system review', *Health Systems in Transition*, 15(7), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, pp.98-102

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

Supérieur de la Santé (conseil scientifique sur les questions médicales), l'Agence Autrichienne pour la Sécurité sanitaire et alimentaire, dont fait partie l'Agence du médicament et des dispositifs médicaux, l'Agence Fédérale de la Santé, la Commission indépendante des médicaments, le Conseil d'évaluation pharmaceutique etc. D'autres ministères peuvent également avoir des compétences liées au système de santé,⁶⁰ et leur coordination relève de la responsabilité du Ministère de la Santé. Les autres entités importantes, au-delà du gouvernement des Länder, sont les fonds régionaux de santé, les plateformes de santé et autres organismes chargés de la gestion des hôpitaux, notamment les institutions de l'Église.

Les institutions de Sécurité Sociale sont des organes autonomes. L'assurance santé est obligatoire et permet l'accès aux soins médicaux en cas de maladie. Actuellement, dix-neuf des vingt-deux instituts de Sécurité Sociale proposent une assurance santé. Ils sont organisés autour de neuf fonds régionaux à disposition des ouvriers et des employés de bureau, de quatre fonds professionnels (professions libérales, agriculteurs, fonctionnaires et employés des chemins de fer et des mines) et de six fonds d'entreprise. Ceux-ci sont alimentés par des cotisations des employés et des employeurs. Le financement du secteur hospitalier, qui relève de la responsabilité des Länder, provient à hauteur de 50% des impôts (Österle and Heitzmann 2009: 36).

Au niveau politique, l'Autriche est un système parlementaire dans lequel les députés du Conseil National (chambre basse du Parlement) sont élus avec un scrutin proportionnel. Les partis politiques principaux sont, depuis la fin des années 1990, le parti conservateur ÖVP, le parti social-démocrate SPÖ et le parti nationaliste de droite FPÖ. Alors que jusqu'en 1999 la coalition entre le SPÖ et l'ÖVP est la forme de gouvernement 'usuelle' en Autriche, le FPÖ se positionne depuis en force politique majeure du pays.

1994-1999	2000-2006	2007-2017	2017-2019	2020-...
'Grande coalition' SPÖ-ÖVP	Coalition 'noire-bleue' ÖVP-FPÖ	'Grande coalition' SPÖ-ÖVP	Coalition ÖVP-FPÖ	Coalition ÖVP-Verts
 	 	 	 	 

⁶⁰ Ministère du Travail et de l'Emploi, Ministère de la Science et de la Recherche, Ministère de l'Economie, de la Famille et de la Jeunesse, Ministère des Finances, Ministère de l'Agriculture, des Forêts, de l'Environnement et de la gestion des Eaux.

Irlande

En 2015, l'Irlande compte environ quatre virgule six millions d'habitants, et fait partie des pays européens dans lesquels la population est la plus jeune. Au niveau économique, elle est régulièrement présentée comme un exemple de performance, malgré une fragilité particulière face aux crises économiques mondiales liée à l'importance des investissements étrangers dans son économie. Son système de protection sociale peut être qualifié de libéral, et repose principalement sur l'impôt, qui représente environ 80% (78.3% en 2006) de la dépense de santé nationale.⁶¹ Malgré cette forte implication de l'État, l'Irlande est le seul pays européen de l'Ouest qui ne fournit pas une couverture universelle pour l'accès aux soins primaires, celle-ci étant réservée aux personnes à faible revenu (bénéficiaires de 'Catégorie I', environ un tiers de la population) munies d'une 'carte médicale' (Burke *et al.* 2018). Le reste des bénéficiaires est de 'Catégorie II' : si leur accès aux soins de spécialistes du secteur public est gratuit, ils supportent entièrement le coût des consultations chez le médecin généraliste (ainsi que d'autres soins et services de type primaire, notamment la dépense en médicaments).⁶² Les prestations de santé du secteur public sont gérées par le *Primary Care Reimbursement Service*, qui rembourse les médecins et autres praticiens du secteur primaire en contrat avec le *Health Service Executive*.

En 2018, environ 45% de la population irlandaise adhère à une assurance de santé privée (Burke *et al.* 2018). Toutefois, ces assurances ne couvrent qu'environ 15% de la dépense totale de santé (Burke *et al.* 2018), et leur fonctionnement s'apparente difficilement à un marché ouvert. En effet, le principal organisme d'assurance irlandais, la *Voluntary Health Insurance* (VHI), créé en 1957, appartient à l'État et capte pendant longtemps l'essentiel de la demande. Depuis le début des années 2000 cependant, des dispositions sont adoptées afin d'assurer une plus grande ouverture du marché des assurances. La question de la privatisation de la VHI revient quant à elle régulièrement à l'agenda politique. Cette assurance 'privée' (ou du moins non obligatoire) a pour objectif de couvrir les dépenses réalisées directement par les patients lors de consultations, d'achats de médicaments et de séjour en hôpital. L'accès au système de soins privé permet essentiellement de réduire les temps d'attente, particulièrement longs dans le système public (Burke *et al.* 2018). Un des objectifs des récentes réformes (notamment la Stratégie de Santé nationale de 2001) est d'améliorer l'accès aux soins

⁶¹ McDaid, David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland Health system review', *Health Systems in Transition*, 11(4), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, p.xxi

⁶² McDaid, David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland Health system review', *Health Systems in Transition*, 11(4), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies, p.xxi

primaires et secondaires en particulier pour les personnes ne pouvant disposer de la carte mentionnée précédemment et ne pouvant payer l'assurance privée. Une 'carte de visite pour les médecins généralistes' a ainsi été créée pour les personnes se situant dans cette catégorie. Les patients de Catégorie I ou bénéficiant d'une *GP Visit Card* doivent être enregistrés auprès d'un médecin généraliste particulier, à l'inverse du reste de la population qui peut se rendre où elle le désire. Les médecins généralistes en contrat avec le Health Service Executive sont rémunérés via le principe de capitation pondérée,⁶³ complété par un paiement à l'acte en cas de services particuliers. Les spécialistes, localisés au sein des hôpitaux, peuvent travailler dans le secteur privé (paiement à l'acte) ou dans le secteur public (salariat). Toujours dans le but de réduire les inégalités de santé, le gouvernement a mis en place le *National Treatment Purchase Fund* (NTPF), qui permet de financer des soins dans le secteur privé en cas d'attente supérieure à trois mois.

De manière générale, les responsabilités en matière de santé incombent au gouvernement irlandais, et plus précisément au Ministère de la Santé (*Department of Health*) qui en assure la planification globale et stratégique. Côté opérationnel, ce sont les Health Boards qui sont jusqu'en 2005 chargés de l'organisation du système de santé. Depuis, ces organisations ont été remplacées par un unique organe, le *Health Service Executive* (HSE). Celui-ci dispose d'un budget d'environ treize millions d'euros et embauche de manière directe ou indirecte environ cent mille employés, ce qui fait de lui le plus gros employeur du pays.⁶⁴ Concernant les professions de santé, elles sont classiquement représentées par des associations professionnelles (*Irish College of General Practitioners, Irish Nurses and Midwives Organisation, Irish Dental Association* etc.). L'équivalent de l'Ordre des médecins français est le Conseil Médical Irlandais, qui tient le registre des médecins en exercice et dispose du pouvoir de révoquer leur licence. Au-delà du rôle primordial de l'État dans le système de santé, il faut rappeler que les organisations bénévoles, et en particulier l'Église, sont très impliquées dans la prestation de services de santé, notamment via la gestion de certains hôpitaux.

Au niveau politique, l'Irlande est un régime parlementaire, dans lequel les députés de la Chambre basse (*Dáil Éireann*) du Parlement (*Oireachtas*) sont élus au scrutin proportionnel.

⁶³ Le système de rémunération par capitation veut que le médecin reçoive un montant fixe par personne prise en charge, peu importe le nombre de fois où celle-ci le consulte. La capitation pondérée permet au médecin de recevoir une rémunération plus ou moins élevée selon le profil du patient (âge, sexe etc.)

⁶⁴ McDaid, David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland Health system review', *Health Systems in Transition*, 11(4), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies p.xx

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

Alors que le parti de centre droit républicain Fianna Fáil a été au pouvoir tant seul qu'en coalition, les deux autres partis principaux Fine Gael (centre droit) et Sinn Féin (gauche républicaine, pour la réunification, lien historiques avec l'IRA), accèdent au pouvoir via des coalitions. Pendant de nombreuses années, la vie politique a principalement été structurée par l'opposition entre Fianna Fáil et Fine Gael, mais leur part de voix aux élections générales tend à diminuer depuis les années 2010.

1997-2011	2011-2020	2020-...
Fianna Fáil (coalition)	Fine Gael (coalitions)	'Grande coalition' Fianna Fáil, Fine Gael et Verts

France

En 2015, la France est peuplée d'environ soixante-six millions d'habitants, et dispose, de même que l'Autriche, d'un système de protection sociale d'inspiration bismarckienne. Au cours du temps, plusieurs réformes ont contribué à instaurer différentes logiques au sein de ce système (ajout de certaines prestations financées par l'impôt, contrôle renforcé de l'État), qui demeure néanmoins principalement financé par les contributions (Hassenteufel and Palier 2007; Palier 2010; Hassenteufel *et al.* 2010). Le système de protection sociale français est régulièrement présenté comme l'un des plus généreux d'Europe, et la dépense directe des usagers ('reste à charge') y est particulièrement faible.⁶⁵ En 2018, les dépenses totales de santé représentent 11,2% du PIB français.⁶⁶

Deux acteurs principaux sont en charge des politiques de santé en France : l'État, via le Ministère de la Santé (qui est parfois rattaché à d'autres Ministères), et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), qui assure 93% de la population en 2018.⁶⁷ Les syndicats des professions médicales, et notamment les médecins généralistes (Fédération Française des Médecins Généralistes, Fédération des Médecins de France, le

⁶⁵ Chevreul, Karine, Karen Berg Brigham, Isabelle Durand-Zaleski et Cristina Hernández-Quevedo (2015). 'France Health system review', *Health Systems in Transition*, 17(3), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies

⁶⁶ Source : Direction de la Sécurité Sociale (2019). *Les chiffres clés de la Sécurité Sociale 2018*. Paris : publications du Ministère des Solidarités et de la Santé, p.13, Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2019/CHIFFRES%20CLES%202019.pdf>

⁶⁷ Source : Direction de la Sécurité Sociale (2019). *Les chiffres clés de la Sécurité Sociale 2018*. Paris : publications du Ministère des Solidarités et de la Santé, p.13, Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2019/CHIFFRES%20CLES%202019.pdf>

Des caisses spécifiques existent dans le cadre de certaines professions : Régime agricole, Régime Social des Indépendants, régime de la SNCF etc.

Bloc, Confédération des Syndicats Médicaux Français, Syndicat des Médecins Libéraux) représentent également des acteurs centraux de la gouvernance des politiques de santé (Hassenteufel 1997). C'est ainsi le fruit des négociations menées par ces syndicats avec la CNAMTS qui forme la base de la 'convention médicale', document qui régleme le montant du remboursement des prestations. Enfin, de nombreuses agences jouent également un rôle dans la formulation des politiques de santé : Haute Autorité de Santé, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Santé Publique France... Au niveau régional, les Agences Régionales de Santé (ARS), créées en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, ont pour mission la mise en œuvre de la politique nationale.

Depuis le milieu des années 1970, les politiques françaises en matière de santé sont marquées par le problème du déficit de la Sécurité Sociale (Palier 1999). La volonté de 'redresser' les comptes a ainsi donné lieu à de nombreuses réformes, et est à l'origine du plan Juppé de 1995, qui introduit plusieurs dispositifs en vue de rationaliser les dépenses de santé. En plus de la création d'un nouvel impôt (la 'contribution pour le remboursement de la dette sociale'), les ordonnances adoptées en 1996 créent la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), avec laquelle le Parlement vote tous les ans le montant maximal des dépenses de l'Assurance Maladie (l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, ONDAM). C'est sur la base de l'ONDAM que les caisses d'assurance maladie négocient ensuite avec les professionnels de santé ; ce type de dispositif tend donc à renforcer le contrôle de l'État sur la Sécurité Sociale (Hassenteufel and Palier 2007),⁶⁸ bien que la LFSS ne soit pas limitative (elle n'est pas une loi de finance). Au-delà de la problématique financière, le système de soins français connaît de nombreuses problématiques, qui tendent à s'aggraver au fil des ans : inégalités dans l'accès aux soins (problème notamment des 'déserts' médicaux), hôpitaux surchargés, urgences saturées.

Au niveau politique, la France est un régime semi-présidentiel, dans lequel les députés sont élus au scrutin majoritaire. De tradition multipartite, le système présente des caractéristiques tirant vers le bipartisme dès la fin des années 1990 (Grunberg and Haegel 2007: 334), à mesure que la vie politique s'organise autour de l'opposition entre l'Union pour un Mouvement Populaire et le Parti Socialiste, respectivement à droite et à gauche de l'échiquier politique. Du fait de ce 'duopole' politique, les partis au pouvoir arrivent généralement à obtenir la majorité des sièges à l'Assemblée Nationale, la recherche d'alliances devenant

⁶⁸ Pour une discussion plus détaillée sur l'interprétation de ces changements, voir : (Hassenteufel and Palier 2005; Palier 1999)

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

alors plus secondaire dans la mise en œuvre de l'agenda politique. Les élections de 2017, avec la création et la victoire de la République en Marche, ont fortement perturbé cette dynamique.

1997-2002	2002-2012	2012-2017	2017-...
Parti Socialiste (‘gauche plurielle’)	UMP	Parti Socialiste	LREM

Les développements des politiques d'e-santé dans ces trois pays, que nous avons décrits de manière générale dans le premier chapitre de cette partie (p.53), seront analysés en détail tout au long des prochains chapitres empiriques.

Cette première partie a présenté les outils conceptuels et les méthodes mobilisés pour répondre au double enjeu de la problématique de cette recherche. Il s'agit d'une part de proposer des hypothèses pour expliquer l'apparition des usages de l'UE, et d'autre part de déterminer les effets de ces usages sur le niveau national.

Pour ce faire, une version révisée de la théorie des courants multiples intégrant la notion de ‘phases’ de politiques publiques a été construite afin de caractériser les processus nationaux (Chapitre 1). L'adjonction de la métaphore de la réaction chimique au cadre initial a par ailleurs permis de préciser les liens causaux établis entre les différents éléments du modèle. Nous avons ensuite intégré les usages de l'UE dans cette approche à l'aide d'une matrice descriptive. Cette conceptualisation renouvelée des processus de développement des politiques et des usages de l'UE permet de proposer une nouvelle typologie des phénomènes d'européanisation basée sur la proximité causale observée entre l'usage et le précipité de politique publique. La version révisée de la théorie des courants multiples, en permettant de décrire les phénomènes d'européanisation observés, présente également une valeur heuristique importante. En effet, elle permet de rendre compte de différences entre les trois cas, ce qui constitue une étape essentielle à la construction et au test d'hypothèses explicatives.

L'intégration de ces deux étapes analytiques (explication des usages et description de leurs effets au niveau national) dans un schéma global d'analyse fait par ailleurs l'objet du second chapitre de cette partie. Nous avons ainsi présenté comment l'usage de différentes méthodes permet de mener à bien ces deux étapes. Alors que la méthode de la co-variation assure un premier niveau de preuves dans le cadre de la recherche d'inférences causales expliquant l'apparition des usages, les techniques de *process tracing* sont mobilisées tout au long de la thèse avec plusieurs objectifs. Le premier est de permettre la ‘mesure’ de la variable

Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative

dépendante, à savoir les usages de l'UE. Nous avons ainsi présenté une méthode de détection des 'traces' des usages dans les processus de politique publique à partir de l'analyse des documents de politique publique et des entretiens. Le second objectif de ces techniques est de densifier le faisceau d'indices validant l'existence d'un lien causal entre variable dépendante et indépendante tel qu'établi au niveau de la co-variation (second niveau de preuve). Enfin, les techniques de *process tracing* permettent de récolter tout un ensemble de données, qui, interprétées à l'aune de la version révisée de la théorie des courants multiples, autorisent la production d'inférences descriptives visant à qualifier les effets des usages de l'UE sur le niveau national. Ce dispositif de récolte des données et d'analyse sera déployé tout au long des chapitres suivants, qui aborderont les effets des usages de l'UE tout en présentant leur explication

Partie II. L'intérêt, moteur des usages de l'Union européenne

Dans la Partie précédente, nous avons présenté l'approche théorique, ainsi que les différents concepts et méthodes qui structurent l'approche mobilisée tout au long de cette thèse. Il s'agit à présent d'appliquer ce schéma d'analyse à l'exploration de la première grande variable explicative des usages, à savoir l'intérêt des acteurs. Considérer les intérêts des acteurs comme centraux dans l'explication des processus d'eupéanisation via la *soft law* n'a pourtant rien d'évident, et c'est même dans une logique inverse que ce sont développées dans un premier temps les recherches sur cet objet.

En effet, s'il existe en principe plusieurs options théoriques⁶⁹ pour mener une recherche sur l'eupéanisation, il apparaît que le type d'instrument eupéen analysé a très vite conditionné l'approche mobilisée. Simon Bulmer et Claudio Radaelli (2004: 16) posent précisément ce constat lorsqu'ils proposent différentes 'explications par défaut' aux processus d'eupéanisation en fonction du domaine de politique eupéenne sélectionné, et indiquent que l'apprentissage (ou *learning*) constitue le mécanisme principal d'eupéanisation dans le cas de la Méthode Ouverte de Coordination. Ce type de mécanisme renvoie à l'idée de 'logique de conformité' (*appropriateness*), qui veut que les individus les acteurs agissent principalement en fonction des normes qu'ils ont intégrées, qui elles même leur dictent un 'comportement approprié'. La logique conséquentialiste au contraire, considère que les acteurs agissent en fonction de leurs intérêts et de leurs préférences, et sépare clairement les agents doués d'intérêts de l'environnement dans lequel ils évoluent (institutions). À l'inverse, la logique de conformité a plutôt tendance à considérer ces deux éléments (agents et structures) comme très profondément imbriqués.

Ainsi, lorsqu'on s'intéresse aux mécanismes investigués dans le cadre des recherches sur l'eupéanisation souple (pression externe, support externe, socialisation et diffusion discursive, apprentissage mutuel et appropriation créative, voir Zeitlin *et al.* 2014), on

⁶⁹ Dans le cadre de l'eupéanisation, Tanja Börzel et Thomas Risse (2003: 69) subsument ces options dans deux approches principales : l'institutionnalisme rationnel et l'institutionnalisme sociologique. Ces deux catégories renvoient au débat classique opposant structure et agence, qui peut prendre plusieurs formes dans les différentes littératures (par exemple, choix rationnel vs. constructivisme ; institutionnalisme du choix rationnel vs. institutionnalisme sociologique ; logique conséquentialiste vs. logique de conformité...).

remarque qu'ils entrent largement en résonnance avec une logique de conformité, même si les auteurs ne se revendiquent pas nécessairement de ce paradigme. La littérature sur les usages n'échappe pas à ce constat, les hypothèses proposées renvoyant essentiellement à des variables structurelles macrosociologiques qui reposent implicitement sur une logique de conformité. Ce manque d'attention accordé à l'intérêt des acteurs apparaît de ce fait clairement dans la conclusion de la principale étude menée à ce jour sur les usages de l'UE :

'Les différents usages de l'Europe varient en fonction des catégories d'acteurs et de leurs intérêts, ce qui explique que les types d'usages qui émergent de nos travaux ne s'alignent que partiellement avec les différents régimes d'État-providence ou avec le niveau d'écart entre préconisations européennes et réformes nationales (*goodness of fit*)⁷⁰.' (Graziano et al. 2013: 112)

L'objectif de la thèse est ainsi de contribuer à la littérature sur les usages en proposant des hypothèses plus centrées sur la rationalité des acteurs et sur leurs intérêts. Il sera à ce titre démontré que l'intérêt stratégique des acteurs dans l'usage de l'UE constitue la condition première des processus d'eupéanisation. L'adoption d'une logique conséquentialiste est par ailleurs congruente avec l'approche du constructivisme centré sur les acteurs, qui vise à réintroduire une logique rationnelle et stratégique dans l'explication des phénomènes politiques (Saurugger 2013). Il s'agit alors de s'intéresser aux conditions susceptibles, à un niveau relativement général, de provoquer un intérêt des acteurs pour l'usage des instruments européens.⁷¹

⁷⁰ Le *misfit*, en tant que précondition de l'eupéanisation, a par ailleurs été plusieurs fois remis en cause dans la littérature, y compris dans le cadre de la *hard law*. Falkner *et al.* montrent ainsi que la non-conformité envers certaines directives européennes dans le domaine social s'explique davantage par quatre raisons : 1) opposition active due à un échec d'*uploading* des préférences au niveau européen 2) défaillances administratives 3) lien avec d'autres problématiques nationales (*issue linkage*) et 4) problèmes d'interprétation (Falkner *et al.* 2004). Ainsi, même dans le cas de la *hard law*, le *misfit* semble rendre difficilement compte des processus d'eupéanisation (Zahariadis 2004). Dans le cas de l'eupéanisation au travers d'instruments souples, une difficulté analytique supplémentaire émerge, puisque les modèles européens sont susceptibles d'être particulièrement flous (Bergeron 2005), transformant l'opération de la mesure du *misfit* en tâche particulièrement difficile, sinon impossible. Ainsi, une perspective *bottom-up* (Radaelli 2004) prenant comme point de départ les intérêts des acteurs dans un contexte exclusivement national, semble plus prometteuse afin de comprendre les processus d'eupéanisation souple.

⁷¹ Analyser des conditions pour expliquer certaines stratégies implique l'existence de régularités dans les phénomènes reliant éléments contextuels ou structurels et action stratégique des individus. C'est en postulant la présence d'une rationalité universelle chez les individus que le constructivisme centré sur les acteurs fait l'hypothèse de l'existence de telles régularités. On suppose ainsi que dans des contextes comparables, les individus devraient développer des stratégies similaires. Décrire ce que constitue un 'contexte similaire' au regard de la rationalité des individus est en revanche une opération difficile dans l'analyse de contextes historiques variés. En effet, pour pouvoir attribuer des préférences exogènes aux acteurs, les effets de contexte doivent être particulièrement lissés afin de pouvoir qualifier leur rationalité à un niveau relativement abstrait. Une telle opération peut être envisagée soit dans le cas d'études à un niveau très macro ou quantitatif, dans lesquelles l'effet du nombre lisse les variations individuelles, ou dans le cas d'études expérimentales, dans lesquelles l'ensemble des conditions environnementales sont contrôlées. Par contraste, les analyses qualitatives en science politique, et notamment les études de cas, ne permettent pas de gommer les effets de contexte ; bien

Or, ces conditions peuvent varier selon le type de travail politique analysé : les actions réalisées durant les périodes de synthèse diffèrent des activités plus ‘quotidiennes’ des acteurs de politique publique en période de flux (Chapitre 1, p.46). La Partie II (et première partie empirique) de cette thèse s’intéresse ainsi exclusivement aux usages de l’UE réalisés lors de plusieurs périodes de synthèse des politiques d’e-santé en France, en Autriche et en Irlande, qui correspondent à autant de ‘moments-clés’ de ces politiques. Les phénomènes d’européanisation qui s’opèrent pendant ces périodes sont généralement particulièrement saillants. En effet, les usages de l’UE participent à une configuration causale resserrée dans le temps qui explique l’avancement d’une politique publique. Ils sont alors généralement particulièrement apparents, d’une part parce qu’on en retrouve des traces dans le précipité de politique publique, et d’autre part parce que ces périodes de transition sont souvent celles où le travail politique est le plus visible pour des observateurs extérieurs. Elles impliquent un nombre important d’acteurs/et ou le personnel politique tel que les Ministres.

Ces périodes de synthèse constituent donc un point d’entrée particulièrement intéressant pour débiter une analyse sur les phénomènes d’européanisation. Elles permettent en effet de s’intéresser à la manière dont l’UE a le plus directement contribué au développement de la politique publique en participant aux événements marquants de son avancement (européanisation de troisième ordre). Par ailleurs, la mise en perspective de ces périodes permet une comparaison systématique, non seulement entre les cas, mais également à l’intérieur des cas. En effet, bien que la comparaison de différents moments du processus implique que la transition analysée ne soit pas de même nature, le fait que le travail politique soit néanmoins du même ordre (la jonction des courants par un ou plusieurs entrepreneurs de

au contraire, puisque les unités d’analyse sont les individus, leurs actions et leurs conséquences dans un contexte historique spécifique. L’attribution de préférences exogènes précises aux acteurs est ainsi particulièrement difficile. Cette difficulté amène ainsi à prendre en compte les justifications des acteurs dans la reconstruction de leur rationalité. La prise en compte de ces justifications, si elle est nécessaire, ne signifie pas qu’elles représentent le seul niveau d’analyse pertinent (Boudon 2004). En effet, le processus cognitif de transformation des rationalités en actions concrètes demeure relativement abstrait et peu connu, et ce que les individus expriment de ce processus est donc au mieux indicatif. En somme, si les actions parlent d’elles-mêmes, la manière dont les individus parlent de leurs actions n’en dit pas forcément beaucoup. Les raisons élaborées par l’acteur en vue de justifier son action, si elles constituent une donnée intéressante, ne doivent ainsi pas être considérées comme la preuve ‘ultime’ (si tant est qu’un tel type de preuve existe) de validation ou d’invalidation d’une hypothèse (Blatter and Haverland 2012: 118). C’est au contraire l’accumulation d’indices convergents qui contribuent à la réalisation d’un tel objectif.

Dans une perspective fractale (Abbott 2004), on pourrait se demander si l’approche du constructivisme centré sur les acteurs, bien que qualifiée de constructiviste, n’appartient pas en réalité au courant rationaliste. En effet, l’acteur y est présenté avant tout comme un être rationnel poursuivant des objectifs et élaborant des stratégies spécifiques pour les atteindre. La principale différence avec les approches rationnelles viendrait ainsi des possibilités de mesure des préférences des acteurs, ce qui peut sans doute être expliqué par le niveau et la méthode d’analyse adoptés dans les études qualitatives en science politique.

politique publique occasionnée par la survenue d'un élément réactif) permet de réaliser des comparaisons temporelles internes aux cas.

Dans les chapitres suivants, nous nous intéresserons ainsi au processus de jonction des courants au sein de six cas différents. Les deux premiers cas se déroulent en Autriche, et correspondent à la mise sur agenda de l'e-santé en 2005 à l'occasion de la réforme du système de santé en 2005 et à l'adoption de la loi ELGA en 2012 (Chapitre 3). Nous nous intéresserons ensuite à l'Irlande, à partir d'une comparaison de la période de synthèse donnant lieu à la mise sur agenda de l'e-santé en 2001 et de la période clôturant la première phase d'élaboration en 2004 (Chapitre 4). Enfin, le cas de la France sera abordé au travers de la mise sur agenda de l'e-santé lors de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, puis de la mise sur agenda secondaire de ces politiques lors de l'arrivée de Roselyne Bachelot au Ministère de la Santé en 2007 (Chapitre 5).

Avant d'entrer plus en détail dans ces chapitres empiriques, il s'agit de présenter la méthode utilisée afin d'assurer la 'mesure' de la variable indépendante,⁷² à savoir les intérêts des acteurs à utiliser l'Union européenne en période de synthèse. Pour ce faire, nous mobilisons le concept de 'maturité' des courants, initialement développé par Nicole Herweg, Christian Huß, et Reimut Zohlnhöfer (2015), que nous complétons avec un dispositif méthodologique spécifique permettant de comparer plus efficacement un ensemble de contextes très différents.

Le concept de maturité (ou *ripeness*) a été initialement introduit dans la littérature pour décrire les cas d'échec de jonction des courants. En effet, certain.e.s auteur.e.s ont remarqué que bien que certaines situations présentaient en apparence les caractéristiques d'un contexte propice à la synthèse, celle dernière ne se réalisait pas systématiquement. L'absence de jonction est alors expliquée par le manque de 'maturité' d'un ou de plusieurs courants lors de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité. Ce concept n'est pas sans faire écho à un phénomène qui avait déjà été décrit par Kingdon dans ses premiers travaux ; ainsi, celui-ci précisait que les décideurs politiques devaient être 'habitués' (*softened*) à une solution de politique publique pour que celle-ci puisse être sérieusement considérée lors de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité (maturité du courant politique). Plusieurs autres configurations sont possibles, ainsi, nous pouvons trouver des cas où aucune solution ne correspond au problème posé (manque de maturité du courant des solutions), ou où l'entrepreneur de politique

⁷² En ce qui concerne la mesure de la variable dépendante (les usages), la méthode utilisée est présentée dans le Chapitre 2.

publique ne trouve pas de problème adéquat à la solution qu'il promet (manque de maturité du courant des problèmes).

Si, pour Nicole Herweg, Christian Huß, et Reimut Zohlhöfer, ce manque de maturité cause nécessairement l'échec de la synthèse,⁷³ nous avançons que ce concept peut également être utile pour s'intéresser aux variations de maturité entre différentes synthèses, qui correspondraient aux variations de contextes dans des cas où la synthèse a malgré tout été effectuée. Ainsi, il s'agit d'analyser la manière dont les contextes se révèlent plus ou moins propices au regard des actions entreprises par les entrepreneurs de politique publique. L'opérationnalisation de l'hypothèse de l'intérêt dans le cas des périodes de synthèse donne donc lieu à la formulation suivante : moins les éléments de la synthèse sont 'mûrs', plus il est probable que les acteurs recourent aux instruments européens dans leur travail de jonction des trois courants.

Afin de mesurer de manière systématique cette maturité, nous proposons un outil analytique susceptible de réduire la complexité de l'analyse de contextes particulièrement divers. Cet outil permet de rassembler les différents types d'informations qui doivent être recherchés dans le matériau empirique afin d'assurer une comparaison systématique des cas. Un système de score est ainsi développé, la maturité de chaque élément de la synthèse pouvant être évaluée sur une échelle de zéro à cinq. L'attribution de scores ne sert pas à quantifier les processus observés, mais doit être perçue comme un outil de synthèse facilitant l'analyse. Afin de conserver le plus de nuances possibles, l'attribution de deux scores (zéro-un, un-deux, deux-trois...) est possible, ce qui nous permettra par la suite de créer deux tableaux, l'un rassemblant les scores les plus favorables à l'hypothèse, le second les scores les moins favorables (voir le chapitre conclusif de cette partie). Ainsi, les scores de configuration les plus faibles devraient donner lieu à des usages de l'UE, à l'inverse des scores les plus élevés.⁷⁴ Ces scores reposent avant tout sur des justifications, qui seront systématiquement rattachées à leur présentation détaillée dans les chapitres 3,4 et 5.

⁷³ Ainsi, plutôt que d'utiliser la théorie des courants multiples pour expliquer la présence ou l'absence d'un résultat, nous utilisons cette approche pour analyser des variations au sein de résultats de même catégorie. Nikolaos Zahariadis (1996) poursuit une voie similaire lorsqu'il relie le type de fenêtre d'opportunité au type de *coupling* réalisé : ce qu'il cherche à expliquer n'est pas l'absence ou la présence de *coupling*, mais plutôt la l'existence de *coupling* de différents types.

⁷⁴ Le calcul de maturité des courants permet ici d'expliquer la naissance d'un intérêt pour l'Union européenne, et n'a pas vocation à déterminer le rôle causal de l'UE dans ces mêmes configurations : ce n'est pas parce qu'un score de configuration apparaît plus faible qu'un autre que la synthèse ne peut se réaliser sans l'Union européenne. Cette approche est par ailleurs trop exploratoire pour que soit connu un 'score limite' en dessous duquel la synthèse serait irréalisable.

Tableau 8. Analyse de la maturité d'une configuration

	Types d'informations	Scores
Courant politique	-Quel est le positionnement du ou des entrepreneurs de politique publique (ressources institutionnelles, politiques, sociales) ? -Quels sont les positionnements des autres acteurs majeurs de ce courant par rapport à la politique publique soutenue par l'entrepreneur de politique publique ?	0 : Oppositions politiques majeures, pas de soutien du gouvernement, entrepreneur de politique publique dans une position peu avantageuse 2-3 : Courant politique partagé : les soutiens sont aussi forts que les oppositions, l'entrepreneur de politique publique est généralement bien positionné 5 : Soutien fort du gouvernement, pas d'oppositions majeures, l'entrepreneur de politique publique occupe une position de pouvoir
Courant des problèmes	-L'e-santé permet-elle de répondre aux problèmes généraux qui se posent en matière de santé ? -L'action de jonction est-elle perçue comme nécessaire dans l'avancement de la politique publique ? (ie. Y-a-t-il des problématiques propres au domaine de l'e-santé qui nécessitent pour être réglées de passer par une période de synthèse ?)	0 : Aucun problème ne peut être rattaché à la solution, ou le processus de formulation ne rencontre pas de problématiques particulières 2-3 : L'adéquation entre problèmes et solution n'est pas idéale, mais possible, et/ou la forme prise par la synthèse n'est pas toujours considérée comme pertinente 5 : Forte adéquation entre problèmes et solutions et/ou la synthèse et son contenu sont largement plébiscités par les acteurs de la communauté de politique publique
Courant des solutions	-La solution paraît-elle stable, réalisable ? -Existe-t-il une communauté solide d'experts de la solution ?	0 : Pas de communauté d'experts soudée autour de la solution, et/ou la solution ne paraît pas réalisable concrètement 2-3 : Communauté existante mais peu structurée au niveau national, et/ou solution qui a déjà été expérimentée 5 : Solution éprouvée, soutenue par une communauté d'experts bien structurée
Élément réactif	Peut-on déterminer la présence d'un élément réactif ?	0 : Absence d'élément réactif 5 : Présence d'un ou plusieurs éléments réactifs
Maturité de la configuration	Score entre 0 et 20	

Au sein du courant politique, le soutien du gouvernement et ou du Ministre en charge de l'e-santé est un élément crucial, et est souvent suffisant lors de la mise sur agenda de la politique publique. En revanche, lorsque le processus de formulation de celle-ci évolue, le positionnement d'autres acteurs devient central : institutions de sécurité sociales, comités, agences, institutions. Les positionnements des différents partis, ou députés, revêtent quant à eux une importance particulière durant les phases de décision parlementaire. Par ailleurs, le positionnement de l'entrepreneur de politique publique fait partie de l'analyse du courant

politique : ce sont ses capacités à se faire connaître, convaincre ou influencer les autres acteurs qui seront considérées comme importantes au moment de réaliser la jonction.

Les éléments pertinents à analyser pour déterminer la maturité du courant politique varient grandement selon les cas empiriques étudiés. Plusieurs types d'informations peuvent aider à cartographier les différents acteurs de ce courant et leur rapport de force.⁷⁵ Les informations relatives au contexte politique, qu'il soit général (parti au pouvoir, historique politique, temporalité des élections, évènements politiques marquants) ou lié plus spécifiquement à la politique publique (acteurs, problématiques, principaux défenseurs, opposants) doivent être récoltées et analysées. Afin d'évaluer le positionnement de l'entrepreneur de politique publique au sein du courant politique, plusieurs types de données peuvent être combinées, mêlant éléments 'observables' (du point de vue du chercheur) et 'inobservables' (car reposant sur les récits des enquêtés) afin de déterminer si l'acteur occupe ou non une position de force dans ce courant. Les entretiens avec les acteurs de politique publique, ainsi que l'analyse des discours publics sur la politique publique (communiqués de presse, discours institutionnels) et les rapports d'informations sont ici des sources essentielles de données.

La maturité du courant des problèmes dépend quant à elle de l'adéquation des problèmes avec la solution proposée. Plusieurs éléments peuvent aider à évaluer cette maturité, comme la littérature scientifique ou les discours de la communauté de politique publique sur les problèmes auxquels la solution est supposée répondre. De même que pour le courant politique, la nature des problèmes peut également varier, ainsi que les types d'acteurs qui contribuent à les construire. De ce fait, lors de la phase de mise sur agenda, c'est l'adéquation entre les buts généraux d'une réforme (problème) et la solution proposée qui importe principalement. Durant la phase de formulation et de décision, d'autres problématiques plus précises doivent être prises en compte afin d'évaluer cette adéquation : le précipité envisagé permet-il de répondre aux besoins de formulation de la politique publique ? Règle-t-il des problèmes qui empêchent l'avancement de la politique publique ?

Enfin la maturité du courant des solutions va quant à elle dépendre de plusieurs facteurs, tels que la structuration du réseau de communauté de politique publique et son intégration au monde politique (Zahariadis 2003a), du niveau de développement de la solution, des ressources scientifiques, matérielles et techniques des individus qui le composent. À noter qu'une solution technologiquement nouvelle est souvent considérée comme moins mature, du

⁷⁵ En plus de la littérature secondaire sur un domaine de politique publique, s'il en existe.

fait des incertitudes qui lui sont rattachées, que d'autres solutions déjà bien éprouvées. De même que pour les autres courants, la nature des solutions considérées varie avec les différentes étapes de politique publique, allant souvent d'un niveau très général lors de la phase de mise sur agenda (annonce de la mise en place d'un dossier électronique de santé par exemple) vers un niveau beaucoup plus spécialisé lors de la phase de formulation (niveau de structuration du dossier, choix des référentiels techniques, niveau et mode d'identification et d'authentification, choix des contenus etc.). On retrouve ici l'idée de 'modèle imbriqué' (*nested model*) développée par Michael Howlett (2009) pour expliquer la sélection des instruments de politique publique, les choix opérés à un niveau relativement abstrait participant à la structuration des choix opérés à un niveau plus opérationnel.

Enfin, pour qu'une période de synthèse s'opère, un élément réactif organisant la temporalité de l'action doit être repéré. Dans la mesure où ces éléments réactifs sont de nature très différente selon les cas, il est particulièrement difficile de leur attribuer une 'force' intrinsèque, à la manière dont Sabine Saurugger et Fabien Terpan (2016) analysent les différentes 'tailles' de fenêtre d'opportunité créées par les crises financières au niveau européen. Nous nous restreindrons donc à l'identification de leur présence ou de leur absence, cette dernière conduisant par ailleurs nécessairement à l'échec de la réalisation d'une période de synthèse.

Cet outil sera utilisé tout au long des chapitres suivants afin d'analyser différentes configurations centrales dans l'avancement des politiques d'e-santé en Autriche, en France et en Irlande. La description détaillée de ces configurations nationales repose sur l'utilisation de méthodes de *process tracing* (en particulier en ce qui concerne la détection des usages de l'UE, voir p.80). Comme nous le verrons, l'utilisation de cette méthode permet également, tout au long des chapitres, de 'tester' une hypothèse alternative qui expliquerait l'apparition des usages de l'UE par l'existence de processus de socialisation à l'UE. Une telle hypothèse constitue l'équivalent opposé de l'hypothèse basée sur les intérêts, et suppose que les individus agissent avant tout selon une logique de conformité. L'analyse fine des configurations et des acteurs permettra ainsi de montrer systématiquement que les usages de l'Union européenne varient, alors que les contacts entre les acteurs nationaux et niveau européens demeurent similaires. Dans les cas irlandais et autrichiens, cette variable de 'socialisation' à l'UE sera particulièrement bien contrôlée, puisque les entrepreneurs de politiques publiques se trouvent être les mêmes individus entre les deux configurations analysées au sein de chaque pays. Alors que les théories postulant un encastrement fort entre

les acteurs et les structures dans lesquelles ils évoluent voudraient qu'un même niveau de socialisation à l'Union européenne mène à des usages similaires, nous montrons au contraire dans ces chapitres que les usages varient selon les contextes et les ressources des entrepreneurs de politique publique.

Enfin, le système d'attribution de scores sera mobilisé afin de produire une comparaison inter cas, dans laquelle les variations de maturité des synthèses seront mises en perspective avec les usages de l'UE réalisés au niveau national (méthode de la co-variation, voir Chapitre 2). Les résultats de cette comparaison seront présentés dans le dernier chapitre de cette partie, qui reviendra ainsi sur les apports et les limites de l'approche par les intérêts telle qu'elle est mobilisée dans le cadre de l'analyse empirique des périodes de synthèse.

Chapitre 3. De l'entrepreneur 'européiste' à l'europeanisation : contextes, ressources et usages

Ce chapitre explore deux contextes ayant mené à des périodes de synthèses des politiques d'e-santé en Autriche. Le premier donne lieu à deux synthèses très proches temporellement, qui correspondent à la mise sur agenda de l'e-santé au niveau gouvernemental en 2005 et à la première étape d'élaboration de ces politiques autour de 'l'initiative e-santé'.⁷⁶ Cette première configuration est particulièrement marquée par le changement politique majeur intervenu en Autriche dès la fin des années 1990, qui amène pour la première fois le FPÖ au pouvoir dans une coalition avec l'ÖVP. C'est ainsi dans un contexte de réforme globale du système de santé visant une réduction des coûts que les politiques d'e-santé font leur apparition sur l'agenda gouvernemental. Comme nous le verrons dans la première partie de ce chapitre, la maturité des différents éléments de la synthèse peut alors être considérée comme relativement faible, ce qui résulte en d'importants usages de l'UE réalisés par l'entrepreneur de politique publique.

La seconde configuration analysée dans ce chapitre s'intéresse à la synthèse d'un second processus d'élaboration, qui donne lieu à la publication du projet de loi ELGA (*Elektronische Gesundheitsakte*) en 2011-2012. Cette loi vise à créer les bases légales nécessaires à l'introduction du dossier médical électronique autrichien. Malgré l'opposition frontale du corps médical à ce projet, il apparaît que les différents éléments de la synthèse peuvent être considérés comme plus 'mûrs' que lors de la mise sur agenda de l'e-santé. L'Union européenne semble par ailleurs relativement absente du processus de jonction des trois courants, bien que l'entrepreneur de politique publique central de cette synthèse soit le même qu'en 2005.

Ainsi, dans l'ensemble de ces cas, il est possible d'identifier un entrepreneur des politiques publiques d'e-santé incarné par le même individu. Or, les usages qu'il réalise de l'Union européenne varient largement entre les deux configurations analysées. Alors que les variables institutionnelles et de socialisation à l'UE peuvent être considérées comme constantes, nous montrerons que les variations de contexte, et notamment l'augmentation du niveau de

⁷⁶ Ce chapitre prêterait une attention particulière à la première de ces synthèses, tandis que la seconde sera explorée plus en détail dans la première partie du Chapitre 7.

'maturité' des éléments de la synthèse, expliquent un usage moindre de l'Union européenne en 2012. Ainsi, nous montrerons que les variations de situations au niveau national affectent directement les stratégies que les acteurs déploient afin de poursuivre leurs objectifs.

I. L'Union européenne : un acteur majeur des débuts de l'e-santé en Autriche

A) Historique : l'informatisation du système de santé autrichien avant 2005

Avant le développement des politiques d'e-santé (au sens où nous avons délimité ces politiques, voir Introduction, p.19), l'Autriche a connu plusieurs initiatives relatives à l'informatisation du système de santé. Ces initiatives, qui font partie intégrante du contexte de développement de l'e-santé en 2005, reposent soit sur des technologies qui sont exclues du cœur de notre analyse (telles les cartes à puce), soit visent des objectifs administratifs, ou encore reposent sur un principe de régulation et non sur un principe d'investissement dans des dispositifs spécifiques d'e-santé.

La *e-card* ELSY, qui correspond à l'équivalent de la Carte Vitale française, peut être considérée comme le premier projet de santé électronique (versant administratif) d'envergure du gouvernement autrichien. La *e-card* se décline en '*o-card*' pour les pharmaciens et en '*a-card*' pour les professionnels (Reimer 2012), et assure l'identification et l'authentification des parties ainsi que la transmission des données pour le remboursement par les organismes de sécurité sociale. On trouve sur son verso la carte européenne d'assurance maladie. La loi qui l'introduit est adoptée en juillet 1999 après quelques années d'expérimentation, à peine trois mois avant la tenue de nouvelles élections au Conseil National (Assemblée nationale autrichienne). La mise en œuvre de ces *e-card* est donc censée revenir au nouveau gouvernement élu. Or, l'année 1999 correspond à un événement politique majeur en Autriche, puisque pour la première fois le parti d'extrême droite FPÖ devient la seconde force politique du pays, reléguant le Parti populaire autrichien ÖVP à la troisième place. Dans ce contexte, la 'grande coalition' entre les sociaux-démocrates (SPÖ) et le Parti populaire (ÖVP), qui est pourtant considérée comme la forme de gouvernement usuelle depuis la Seconde Guerre mondiale, n'est pas reconduite, et le Parti populaire choisit plutôt de s'allier au FPÖ afin de former une coalition 'noire-bleue' au début de l'année 2000. C'est ainsi la première fois en quarante ans que le SPÖ occupe une position de parti d'opposition, ce que Patrick Moreau qualifie de 'tremblement de terre politique' (Moreau 2012: 227). Cependant, cette première expérience du FPÖ en tant que parti de gouvernement s'avère plutôt houleuse, et après

plusieurs démissions suite à des dissensions internes, le gouvernement convoque de nouvelles élections en 2002.

Le contexte politique n'est donc pas particulièrement propice à la mise en œuvre de projets complexes tels que la *e-card*. À ces difficultés politiques s'ajoute l'absence de soutien fort de la part de la profession médicale représentée par l'Ordre des médecins autrichiens (Chambre des médecins autrichiens, *Österreichische Ärztekammer*, OÄK).⁷⁷ La '*e-card*' ne connaît alors pas de mise en œuvre significative. De nombreuses difficultés techniques semblent de surcroît émailler le développement du projet :

'But this first hum project, that should be done by [?] failed down so, because **it was to huge, the processes were too complex** and.... The main problems these days were, hum around 2000 you can imagine it was not a stable internet yeah, it was not sure that you can reach everywhere the data without a stable internet connection. So we had to think about the so-called off-line system. That means you have to synchronize often information and **this was too complex for all the stakeholders**.'⁷⁸ (Entretien, membre du comité 'eHealth initiative' 2005-2007, 15.03.2017)

En dehors de ce premier projet d'infrastructures, les politiques autrichiennes d'e-santé se caractérisent dans un premier temps par leur aspect régulateur⁷⁹ et non contraignant. De 1995 à 2000, le premier souci des législateurs est d'assurer la sécurité des transactions des données de santé informatisées entre les différents acteurs de santé, ce qui conduit à la création de la Commission 'STRING' (*Kommission für Standards und Richtlinien für den Informatikeinsatz im österreichischen Gesundheitswesen* – Commission pour les standards et les recommandations pour l'utilisation de l'informatique dans le système de santé autrichien) en 1995. L'objectif de ce groupe est de fabriquer un cadre compréhensif de lignes directrices visant à réguler et sécuriser l'échange de données de santé. Ce cadre général prend le nom de MAGDA-LENA et n'est pas contraignant légalement. Un durcissement de la législation intervient quelques années plus tard, en 2000, avec l'adoption du *Data Protection Act*. Celui-ci a directement pour objectif de traduire dans le droit national autrichien la Directive

⁷⁷ Archives OTS (communiqués de presse et déclarations publiques) de l'Austria Presse Agentur (APA) du 19.04.2005, compte-rendu des débats parlementaires, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050419_OTS0226/rauch-kallat-zeitplan-fuer-einfuehrung-der-e-card-wird-eingehalten-rechnungshofausschuss-befasst-sich-mit-e-card-projekt

⁷⁸ 'Mais ce premier projet, qui devait être fait en [?] a échoué donc, parce qu'il était trop imposant, les processus étaient trop complexes et... Les principaux problèmes à l'époque étaient que, vers l'année 2000 vous pouvez imaginer que l'internet n'était pas stable, il n'était pas sûr que vous puissiez accéder aux données sans une connexion internet stable. Donc nous avons réfléchi à ce que nous avons appelé un système hors ligne. Ce qui signifiait que vous deviez synchroniser souvent des informations et c'était trop complexe pour tous les acteurs' (Traduction de l'auteur)

⁷⁹ Sur les différents types de politiques publiques et leur catégorisation, voir : Hassenteufel 2011; Majone 1994.

européenne sur la protection des données à caractère personnel (la '*Data Protection Directive*', 95/46/CE), notamment l'article 8, qui prévoit l'obligation de consentement du patient dans le cas de traitement de données de santé. En complément de la législation européenne, c'est le code des Docteurs de 1998 qui régule plus spécifiquement la récolte et l'usage des données de santé. La section 51.2 précise ainsi que les médecins peuvent recueillir les données nécessaires au traitement médical du patient, et transmettre ces données aux institutions de sécurité sociale. La transmission de ces données à d'autres prestataires de soins est soumise à l'accord préalable du patient.

Ce premier durcissement de la législation est suivi, en 2004, par la publication de la loi sur la télématique de santé,⁸⁰ qui constitue, selon Sebastian Reimer, une 'partie plus spécialisée et précise de la législation autrichienne sur la protection des données', et qui 'ne donne pas de base légale pour le traitement des données personnelles de santé mais contrôle seulement les pré-requis en termes de sécurité des données pour une communication légale des données personnelles électroniques de santé' (Reimer 2012: 13, traduction par l'auteure).⁸¹ On trouve dans ce document des éléments définitionnels (données de santé, professionnels de santé, fournisseur de soins etc.), ainsi que des mesures supposées assurer la sécurité des transactions. Par exemple, la loi sur la télématique de santé prévoit la création d'un 'registre d'e-santé', au sein duquel seraient enregistrés l'ensemble des professionnels de santé, et qui permettrait de les identifier. D'après Sebastian Reimer, la définition des données de santé a donné lieu à de nombreuses critiques durant le processus parlementaire, notamment de la part de groupes spécialisés dans la protection des données.

B) L'e-santé dans la réforme de l'organisation des soins de 2005

La mise sur agenda gouvernemental des dispositifs d'e-santé en Autriche s'opère dans un contexte particulier de réforme globale de l'organisation des soins, qui en constitue alors le principal élément réactif. Dès le début des années 2000, l'arrivée au pouvoir de la coalition noire-bleue (ÖVP-FPÖ) mène en effet à des réformes de grande envergure du système autrichien de protection sociale. Alors que la question de la réduction des coûts domine les débats relatifs au système de sécurité sociale autrichien depuis les années 1990 (Österle and

⁸⁰ *Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen beim elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten und Einrichtung eines Informationsmanagement (Gesundheitstele-matikgesetz - GTelG)*

⁸¹ Selon ce même auteur, cette 'gouvernance de l'information' produite en 2004 n'aurait pas eu encore d'effets concrets au moment où il écrit l'article, c'est-à-dire en 2012.

Heitzmann 2009),⁸² ce nouveau contexte politique représente pour le parti conservateur ÖVP une opportunité d'engager une restructuration institutionnelle visant à réduire le pouvoir des syndicats afin de disposer de plus de marge de manœuvre pour mettre en œuvre son programme (Obinger and Tálos 2010; Moreau 2012). D'après Obinger et Tálos (2010), la coalition 'noire-bleue' vise à réaliser un changement de paradigme, en remplaçant l'austro-keynésianisme par des recettes néolibérales (équilibre des comptes, gel des contributions, dérégulation, flexibilisation).

Aussi la réforme de 2005 proposée par la Ministre de la Santé Maria Rauch-Kallat (ÖVP, parti populaire autrichien) poursuit-elle trois grands objectifs : efficacité, contrôle et pilotage du système, et égalisation du poids du financement parmi les différents organismes.⁸³ Plusieurs types de mesures sont alors adoptées : développement du reste-à-charge, harmonisation des contributions (et baisse des contributions des employeurs), réforme organisationnelle de la gestion budgétaire des hôpitaux, renforcement du secteur ambulatoire, pilotage renforcé par l'État. Alors que certaines mesures sont annoncées 'au fil de l'eau' tout au long du mandat (augmentation des frais à la charge des patients et des contributions,⁸⁴ en particulier pour les retraités,⁸⁵ baisse de certaines prestations,⁸⁶ réforme de la fédération des caisses d'assurance maladie,⁸⁷ création de l'Agence Fédérale pour la Santé en charge du pilotage du système de santé,⁸⁸ suppression du rôle de 'médecin chef - *Chefarztspflicht*',⁸⁹

⁸² Sans donner lieu, toutefois, à une modification des principes fondamentaux du système (Obinger and Tálos 2010), les transformation se limitant à des changements de 'premier ordre' (Hall 1993).

⁸³ Hofmarcher, Maria M. et Monika Riedel (2004). 'The Austrian Health Reform 2005'. *Health Policy Monitor*. Available at http://www.hpm.org/en/Downloads/Half-Yearly_Reports.html

⁸⁴ Archive de presse APA OTS du 25.03.2005, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050325_OTS0037/gesundheits-bures-kritisiert-voelligen-reformstillstand

⁸⁵ Archive de presse APA OTS du 10.02.2004, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20040210_OTS0227/rauch-kallat-es-geht-um-die-erhaltung-eines-hochwertigen-gesundheitssystems-fuer-alle; Archives de presse APA du 11.02.2004, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20040211_OTS0113/audio-o-toene-von-bundesministerin-rauch-kallat-auf-wwwoevpat

⁸⁶ !archive de presse APA OTS du 04.08.2004, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20040804_OTS0091/bures-regierung-verantwortlich-fuer-finanzierungsluecke-im-gesundheitswesen

⁸⁷ Archive de presse APA OTS du 10.10.2003, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031010_OTS0237/wirtschaftsblatt-kommentar-der-gesundheitsreform-fehlt-jetzt-die-basis

⁸⁸ Archive de presse APA OTS du 10.05.2004, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20040510_OTS0159/wirtschaftsbund-gesundheitsreform-muss-effizienz-steigern; Hofmarcher Maria M. et Herta M. Rack (2006). 'Austria: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 8:3, 1–247.

⁸⁹ Le rôle du médecin chef est de contrôler la pertinence médico-économique des prescriptions faites par les professionnels de santé, au profit des caisses d'assurance maladie. S'il participe donc à la réduction des dépenses, ce rôle est aussi critiqué du fait de son caractère excessivement bureaucratique. L'ÖVP envisage ainsi sa suppression et son remplacement par des machines automatiques compatibles avec les *e-card*. Sources :

adoption du 'paquet médicament' en 2003 : augmentation de la part des génériques dans les prescriptions,⁹⁰ baisse des marges commerciales des pharmacies sur les ventes de médicaments⁹¹) et que le travail de formulation se poursuit tout au long de l'année 2003,⁹² ce n'est qu'en 2005 que le texte final rassemblant les réformes plus structurelles du système de santé est adopté.

La loi, intitulée 'Convention en vertu de l'article 15a B-VG sur l'organisation et le financement du système de soins de santé' (*Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*), aborde ainsi plusieurs thématiques : management du système de santé, télématique de santé, système de financement orienté vers la performance et l'économie (section 2), création de l'Agence Fédérale pour la Santé et de sa Commission Fédérale pour la Santé (section 3), interaction entre les institutions (section 4), mesures destinées à réduire les coûts et à augmenter l'efficacité du système ou son contrôle (section 9). Dans le préambule, les objectifs de qualité, d'accessibilité, d'efficacité et d'efficacités des soins sont entremêlés (parties en gras) :

'Par cet accord, les parties contractantes associent l'intention de continuer à garantir en Autriche des soins de santé de **qualité, solidaires, efficaces et effectifs, librement accessibles à tous et de valeur égale**. Le système de soins de santé **solidaire** doit être maintenu et amélioré. L'objectif premier est de fournir des soins médicaux de **qualité** à tous les citoyens, quels que soient leurs revenus. La **viabilité financière** du système de santé autrichien doit être assurée par une planification, un contrôle et un financement régionaux globaux, en tenant compte du cadre des conditions financières et de l'utilisation la plus **efficace** possible des fonds. En outre, compte tenu des différentes situations des provinces fédérales, les différents secteurs et l'ensemble du système de soins de santé devraient être analysés en permanence et développés sur une base suprarégionale et intersectorielle en fonction de l'évolution démographique et des besoins. Les parties contractantes reconnaissent que la base d'un système de soins de santé **efficace** est le renforcement de la promotion de la santé dans une approche axée

Archives APA du 30.10.2003, Disponible sur :
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031030_OTS0149/waneck-einsparungen-durch-kombination-bankomat-chipkarte-erwartet

⁹⁰ Archive APA du 27.10.2003, Disponible sur :
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031027_OTS0167/schuessel-klares-ja-zur-reform-des-gesundheitswesens

⁹¹ Archive de presse APA du 10.11.2003, Disponible sur :
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031110_OTS0066/5-spannenkuerzungen-bei-apotheken

⁹² Archive de presse APA, compte-rendu des débats parlementaires du 10.12.2003, Disponible sur :
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031210_OTS0186/rauch-kallat-gesundheitsreform-im-juli-naechsten-jahres-plenumsreif-aktuelle-aussprache-im-sozialausschuss ; Archive de presse APA, compte-rendu des débats parlementaires du 28.11.2003, Disponible sur :
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031128_OTS0239/aerztegesetz-einstimmig-im-ausschuss-angenommen-opposition-monierte-herausnahme-der-qualitaetskontrolle-aus-asvg

sur la personne et sur le cadre de vie, et qu'une importance particulière doit également être accordée à l'idée de prévention. À cette fin, les parties conviennent de faire usage de toutes les possibilités pour

- soutenir les mesures de promotion de la santé,
- assurer un engagement contraignant pour accroître **l'efficacité**

Introduire et développer en permanence un système de **qualité** pour le système de santé autrichien,

- créer les conditions d'une utilisation **efficace** et **efficiente** des technologies de l'information dans le domaine des soins de santé,
- parvenir à une planification et à un contrôle intégrés et coordonnés de tous les domaines des soins de santé, et
- améliorer la gestion des interfaces entre les établissements de soins de santé.⁹³

Les technologies de l'information dans le domaine de la santé font ainsi partie intégrante de cette loi, et nous pouvons observer qu'elles sont directement associées à l'objectif de qualité des soins dans son préambule, bien que les objectifs d'efficacité et d'efficience soient immédiatement rappelés par la suite (voir partie soulignée de la citation ci-dessus). Cette association de l'e-santé à l'idée de qualité, dans un contexte de réduction des coûts, n'est pas propre à l'Autriche, et nous retrouverons une situation très similaire dans le cas de la mise à l'agenda du dossier médical électronique français en 2004 (voir Chapitre 5). L'e-santé est en effet un outil souple qui peut être associé à de multiples objectifs, parfois contradictoires. Cependant, si l'objectif de réduction des coûts est le seul à être poursuivi, les motifs d'adoption de cet instrument sont considérablement réduits, puisque les économies attendues d'un tel dispositif sont incalculables et opèrent au mieux sur le long terme. Pourtant, l'e-santé constitue bien une partie importante de la réforme de l'organisation des soins autrichienne de 2005, dans laquelle un article entier lui est dédié.

Article 7 de la Convention en vertu de l'article 15a B-VG sur l'organisation et le financement du système de soins de santé (2005)⁹⁴

Santé en ligne et dossier de santé électronique (ELGA)

Les parties conviennent que les efforts dans le domaine de la santé en ligne seront principalement guidés par les objectifs suivants

1. **améliorer la qualité des soins,**
 2. **exploiter le potentiel économique** des technologies de l'information et de la communication et
 3. **l'harmonisation des approches nationales avec les programmes et mesures au niveau européen.**
- (2) À la lumière de ces objectifs, les parties s'efforceront d'utiliser les technologies de l'information et de la communication tout en respectant les normes sociales,

⁹³ Préambule de la Convention en vertu de l'article 15a B-VG sur l'organisation et le financement du système de soins de santé (2005), traduction par DeepL et l'auteur.

⁹⁴ Traduction par DeepL et l'auteur.

techniques, juridiques et éthiques dans le secteur de la santé. Dans le cadre de leur champ d'action, elles soutiendront, déclareront contraignants et contrôleront la définition et la mise en œuvre de lignes directrices et de projets d'importance suprarégionale, nationale ou européenne.

(3) Dans ce contexte, les parties contractantes s'engagent en priorité à concevoir et à introduire le dossier médical électronique (ELGA) et la prescription et la facturation électroniques des médicaments (ePrescription). Le gouvernement fédéral s'engage à mettre en place un groupe de pilotage à l'échelle de l'Autriche pour planifier et approuver l'introduction du dossier médical électronique avec la participation de toutes les parties concernées. Les Länder s'engagent à participer à ce groupe de pilotage.

[...]

(5) La Commission fédérale de la santé et les plateformes de santé au niveau des Länder poursuivront en particulier les priorités suivantes dans le domaine de la télématique de santé :

1. l'expansion de l'infrastructure des technologies de l'information, y compris la mise en réseau de tous les fournisseurs de services et organismes de financement,

2. concevoir et suivre la mise en œuvre des projets et promouvoir le transfert de connaissances et d'expériences dans ce domaine,

3. améliorer ou assurer l'interopérabilité, en tenant compte des normes nationales reconnues et des normes internationales lors de la mise en œuvre de nouvelles applications télématiques pour la santé et de l'adaptation des applications existantes,

4. renforcer la position des parties prenantes dans l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans les soins de santé,

[...]

On observe ainsi que l'e-santé est associée aux deux types d'objectifs mentionnés dans le préambule de la loi, à savoir 'améliorer la qualité des soins', tout en 'exploitant leur potentiel économique'. Ensuite, bien que l'article consacré à la santé électronique soit relativement long, les obligations énoncées demeurent peu précises, et consistent plutôt en une liste d'objectifs généraux à atteindre :

'les parties s'efforceront d'utiliser les technologies de l'information et de la communication', 'l'expansion de l'infrastructure des technologies de l'information', 'concevoir et suivre la mise en œuvre des projets', 'améliorer ou assurer l'interopérabilité', 'renforcer la position des parties prenantes dans l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans les soins de santé'

Ce peu de détail concernant les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en place pourrait être qualifié de *soft law* (Terpan 2015) : le contrôle de la mise en œuvre peut en effet difficilement s'opérer dans le cas d'obligations aussi peu précises. Ce flou trouve cependant une explication dans la mesure où l'on considère l'étape de politique publique dans laquelle se situe ce texte. En effet, l'inclusion de l'e-santé dans la réforme de 2005 correspond au produit de la première mise sur agenda de l'e-santé au niveau gouvernemental, qui s'est sans

doute réalisée durant la formulation même de la loi. Dans ce contexte, l'article 7 vise surtout à donner une base légale à l'intention politique de développer les politiques de santé électroniques, et sert à lancer le travail de formulation autour de ces dispositifs.

C) Une configuration peu 'mûre' pour les politiques d'e-santé

L'e-santé est donc introduite au sein d'une loi de réorganisation du système de santé dont l'objectif principal est de réduire les dépenses de santé. Cette réforme prend ainsi place dans un contexte politique particulier qui rend possible la transformation paradigmatique du système (nouveau de la coalition noire-bleue, voir ci-dessus). L'ÖVP a ainsi bénéficié d'une large victoire électorale en 2002 (le parti parvient même à surpasser le SPÖ pour la première fois depuis 1966), et sa coalition noire bleue avec un FPÖ électoralement affaibli lui laisse une large marge de manœuvre politique pour entreprendre des réformes libérales 'drastiques' (Moreau, 2012 : 357). Les données que nous avons récoltées sur la communication de la Ministre de la Santé Maria Rauch-Kallat (ÖVP) sur la réforme au moment de sa préparation confirment son caractère paradigmatique assumé :

'Repenser la santé correspond à un **changement paradigmatique**. Nous voulons passer d'un système de soin curatif à un système de soin de santé. Les individus sont au centre de ce processus, et chaque étape de la réforme est orientée vers cet objectif.'⁹⁵

Dans ce contexte, la maturité de la configuration pour les politiques d'e-santé paraît a priori peu élevée. En effet, les politiques d'e-santé sont plutôt coûteuses à mettre en place et ne répondent pas directement au problème de la contrainte économique, leur retour sur investissement étant difficilement calculable, et intervenant au mieux sur le long terme (voir Introduction). L'adéquation entre le problème que la loi entend régler, c'est-à-dire celui de l'expansion des coûts du système de santé, et la solution e-santé n'est donc pas particulièrement élevée, même si ces technologies pourraient à terme participer à l'objectif de réduction des dépenses, grâce à une meilleure coordination entre les professionnels de santé et une diminution des examens redondants. De ce fait, la maturité du courant des problèmes vis-à-vis des politiques d'e-santé peut être évaluée comme moyenne, c'est-à-dire située entre deux et trois. Du côté des solutions, la maturité du courant est particulièrement faible : l'e-santé repose en effet sur des technologies innovantes et encore peu testées à l'échelle d'un

⁹⁵ Archive APA OTS du 27.10.2003, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031027_OTS0167/schuessel-klares-ja-zur-reform-des-gesundheitswesens, traduction par DeepL et par l'auteur. Voir également : Archive APA OTS du 07.11.2005, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20051107_OTS0056/rauch-kallat-keine-verzoegerungen-beim-strukturplan-gesundheit

pays. Ainsi, dans l'Union européenne, seuls la Finlande et le Danemark ont développé des stratégies nationales d'e-santé dès les années 1995, et l'usage de l'internet n'en est encore qu'à ses débuts : en 2004, moins de la moitié des foyers européens disposent d'un accès à internet (contre 90% en 2019).⁹⁶ L'usage d'internet par téléphone ou *smartphone* n'est alors pas comptabilisé, mais les données montrent que celui-ci ne dépasse pas les 20% en 2011 (contre environ 70% en 2019).⁹⁷ De plus, le système de *e-card*, qui pourtant reposait sur des technologies plus anciennes de cartes à puce, avait lui-même été difficile à mettre en place pour des raisons techniques (voir p.116). Nous évaluons donc la maturité du courant des solutions comme faible, c'est-à-dire située à un sur un total de cinq.

Au sein du courant politique, le fait que l'e-santé ne vise pas à répondre précisément au problème de réduction des coûts pourrait être compensé par un fort soutien de la part des décideurs politiques, motivé par des raisons programmatiques ou électorales. Les différents motifs d'action des décideurs politiques peuvent ainsi être résumés par l'approche dite du '*Policy, office, or vote*' (Müller and Strøm 1999), qui stipule que ces acteurs recherchent soit à influencer le contenu des politiques publiques en fonction de leur programme, soit à s'assurer le soutien de l'opinion publique en vue de réélections, soit à exercer le contrôle sur certaines positions/fonctions institutionnelles et politiques avantageuses. Dans le cas analysé, on observe cependant que l'e-santé ne fait pas partie du programme gouvernemental de la coalition ('*policy objective*'), et n'apparaît pas comme instrumentalisé par la Ministre de la Santé pour des raisons électorales ('*vote objective*').⁹⁸ Une recherche dans les archives de communiqués de presse fournies par la principale agence de presse autrichienne *Austria Presse Agentur* (APA) montre ainsi que le sujet de la e-santé n'est que très peu abordé (excepté concernant les *e-cards*, voir ci-dessous) par la Ministre de la Santé Maria Rauch-Kallat, et, lorsqu'il l'est, n'est jamais rattaché directement à la réforme elle-même.⁹⁹ Il est donc peu probable que l'article 7 ait été inclus dans la loi pour des raisons électorales, puisque celui-ci n'est presque pas abordé en public. Par ailleurs, mises à part quelques mentions relatives à la volonté d'harmonisation technique, aucun projet d'e-santé n'est mentionné dans

⁹⁶ Source: Eurostat isoc_ci_in_h

⁹⁷ Source : Eurostat isoc_ci_im_i

⁹⁸ Il est par ailleurs peu probable que l'e-santé ait servi de stratégie pour accéder à de nouvelles positions avantageuses au détriment des autres partis ('*office objective*').

⁹⁹ Nous avons utilisé le mot clé 'Rauch Kallat' pour une recherche allant de 2003 à 2005, quelques mois après l'adoption de la réforme. Une centaine de pages web recensant différents communiqués de presse a ainsi été parcourue, les articles contenant dans leur titre des mots tels que 'réforme de santé' ou 'e-santé' ou 'réforme fiscale' ont été lus et analysés.

le programme gouvernemental de 2003, ce qui montre qu'un tel développement de l'e-santé ne faisait pas partie des priorités de la coalition noire-bleue.

De surcroît, un autre projet d'informatisation de la santé occupe le devant de la scène au moment du passage de loi en 2005. En effet, les *e-card* ELSY, bien qu'introduites en 1999, connaissent une mise en œuvre tardive, non sans heurts,¹⁰⁰ avec un achèvement du projet prévu pour novembre 2005¹⁰¹ faisant suite à plusieurs mois de formulation et de mise en œuvre partielle.¹⁰² La Ministre Maria Rauch-Kallat, qui s'est particulièrement investie sur ce projet malgré la compétence légale qui reviendrait au Ministère des Affaires sociales,¹⁰³ fait d'ailleurs de la remise de sa *e-card* en juin 2005 un évènement de communication politique.¹⁰⁴ Le gouvernement affiche donc déjà un certain volontarisme en matière d'e-santé, ce qui réduit sans doute l'intérêt de s'investir sur d'autres projets du même type alors que l'essentiel de l'agenda est occupé par la réforme globale du système de santé. La priorité programmatique accordée aux *e-card*, le peu d'adéquation entre l'objectif général de la loi de 2005 et les solutions d'e-santé, et le développement peu mature de ces dernières rendent la configuration a priori relativement peu favorable à l'adoption d'une politique d'e-santé.

En revanche, il semble que les technologies d'e-santé aient été promues par un entrepreneur de politique publique particulièrement bien positionné, à savoir un des membres du cabinet de la Ministre de la santé autrichienne Maria Rauch-Kallat. Durant notre enquête, nous avons

¹⁰⁰ Archives de presse APA du 18.12.2003, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031218_OT0111/lackner-chaos-bei-chipkarte-fuehrte-angeblich-zu-ruecktritt-des-gesamten-aufsichtsrates-der-chipkarten-gesellschaft; Archive de presse APA du 03.06.2004, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20040603_OT0067/e-card-lackner-kritisiert-belastung-ohne-leistung; Archive de presse APA du 20.11.2005, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20051120_OT0030/kraeuter-gagenskandal-im-hauptverband-rauch-kallat-politisch-verantwortlich ; Archives de presse APA du 27.10.2005, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20051027_OT0195/rauch-kallat-datenschutz-im-gesundheitswesen-ist-sichergestellt; Archives APA du 27.09.2005, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050927_OT0168/e-card-scharfe-kritik-haiders-an-pleiten-pech-und-pannenserie-sowie-ignorierten-rh-bericht

¹⁰¹ Archives APA du 29.09.2004, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050929_OT0301/tancsits-bures-betreibt-panikmache-und-verdreht-fakten

¹⁰² Archives APA du 04.06.2005, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050604_OT0010/einladung-zum-pressegesprach-wien-begruesst-die-e-card-daten-fakten-demonstration-des-echtbetriebes

¹⁰³ Archives APA du 19.04.2004, compte rendu de séance parlementaire, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050419_OT0226/rauch-kallat-zeitplan-fuer-einfuehrung-der-e-card-wird-eingehalten-rechnungshofausschuss-befasst-sich-mit-e-card-projekt

¹⁰⁴ Archives APA du 07.06.2005, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050607_OT0159/aenderung-gesundheitskarte-e-card-vorteile-und-veraenderungen-fuer-patientinnen-aerztinnen-und-dienstgeberinnen

ainsi pu repérer M. Brunner¹⁰⁵ comme principal entrepreneur de l'e-santé en Autriche. Les données montrent que cet acteur a largement investi ses ressources (qu'elles soient positionnelles, sociales ou temporelles) dans le développement des politiques publiques d'e-santé, auxquelles il attache une importance particulière :¹⁰⁶

'I am personally **I'm a strong believer in ICT in health** because this is an enabler, it is an enabler to integrate services in the fragmented world of healthcare services you know, and it's a playful and very very easy and simple way to integrate services and therefore, my personal interest you know, once again, in organising health structures better and guarantee the quality of processes and outcomes. You know ICT is... indispensable in [?] part of such developments.'¹⁰⁷

¹⁰⁸ (Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017)

Des traces de la participation de cet entrepreneur de politique publique apparaissent tout au long des développements des politiques d'e-santé en Autriche, et il semble ainsi avoir joué un rôle crucial lors des différentes périodes de synthèse que nous avons analysées. De 2004 à 2005, M. Brunner a en effet travaillé en tant que membre du cabinet de Maria Rauch-Kallat, Ministre de la Santé, puis est devenu directeur de la section I du Ministère de la Santé (Système de santé, coordination centrale), position qu'il occupait également au moment des entretiens (soit douze ans plus tard). C'est dans cette section que sont gérées les questions d'e-santé, et notamment les relations entre le Ministère et l'organisme chargé de la mise en œuvre des dossiers médicaux informatisés ELGA. M. Brunner a par ailleurs été Président du comité de pilotage d'ELGA de 2006 à 2009, puis président du comité de coordination d'ELGA GmbH.

¹⁰⁵ Lorsqu'un même acteur apparaît plusieurs fois dans l'analyse et est mentionné par d'autres acteurs dans les entretiens, un nom d'emprunt lui est généralement attribué, afin de faciliter le récit tout en conservant son anonymisation.

¹⁰⁶ Kingdon (2002: 179–183) définit les entrepreneurs de politique publique par leur rôle (ce sont eux qui saisissent la fenêtre d'opportunité pour joindre les trois courants). On les reconnaît grâce à l'investissement de leurs ressources (temps, énergie, argent etc.) dans l'avancement d'une politique publique. Selon Kingdon, les entrepreneurs de politiques publiques dont les stratégies fonctionnent le mieux sont ceux dont la parole est considérée comme importante (soit parce qu'ils sont experts, ou dans la capacité de parler au nom des autres, ou parce qu'ils occupent une position de pouvoir), qui sont connus pour leurs connexions politiques et leurs qualités de négociation, et qui sont persévérants.

¹⁰⁷ Les [?] correspondent au mots ou propos que nous n'avons pas réussi à retranscrire à partir de l'enregistrement audio des entretiens.

¹⁰⁸ 'Je suis personnellement un fervent défenseur de l'introduction des TIC dans la santé parce que c'est un facilitateur, c'est un facilitateur pour intégrer les services dans le monde fragmenté des services de santé, et c'est une façon ludique et très très facile et simple d'intégrer les services et par conséquent, mon intérêt personnel, encore une fois, est de mieux organiser les structures de santé et de garantir la qualité des processus et des résultats. Vous savez les TIC sont... des composants indispensables de ces développements' (Traduction par l'auteur)

Son passage par le cabinet ministériel de Maria Rauch-Kallat correspond à la période de l'introduction de l'e-santé dans la loi de 2005, ainsi qu'au lancement de 'l'initiative e-santé', qui sera analysée plus en détail dans le Chapitre 7 (p.263). Les entretiens avec différents acteurs de l'e-santé confirment qu'un membre de cabinet de la Ministre a activement participé à ces deux premières étapes de politique publique :

- '- OK good. So the main initiator of the eHealth initiative was the Ministry of Health?
- It was the Ministry of Health, right.
- OK. Was there a particular person at the Ministry of health or...
- Hum, at this time it was the **Minister herself, and one of the chief officers in her office.**' (Entretien, leader de la 'eHealth initiative' 2005-2007, 20.02.2017)

Il est, de manière plus générale, reconnu comme le contact principal pour l'e-santé en Autriche (Entretien, membre du comité 'eHealth initiative' 2005-2007, 09.03.2017 ; Entretien, représentant des pharmaciens, 14.03.2017), et se qualifie lui-même comme un 'vétérane des politiques d'e-santé' (Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017). Si cet acteur occupe une position avantageuse au sein du courant politique lors de la mise sur agenda de l'e-santé (membre du cabinet ministériel), nous avons pu constater que l'e-santé n'en n'est pas pour autant une priorité programmatique du gouvernement. Ainsi, nous évaluons la maturité du courant politique comme plutôt moyenne, c'est-à-dire située entre 2 et 3 sur un total de 5 points.

Tableau 9. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda et de la première phase de formulation de la politique d'e-santé en Autriche, 2005

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	2	3	+ Soutien d'un entrepreneur de politique publique bien positionné (cabinet ministériel) - Pas de priorité programmatique du gouvernement ou de la Ministre de la Santé
Courant des problèmes	2	3	+ L'e-santé permet éventuellement de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins - Economies difficilement calculables et au mieux réalisées sur le long terme
Courant des solutions	1	1	- Solutions très innovantes, peu d'exemples internationaux - La mise en place de solutions pourtant technologiquement moins avancées (<i>e-card</i>) s'est révélée complexe
Élément réactif	5	5	Présent : réforme de l'organisation des soins de 2005
Maturité de la configuration	10	12	

D) Les usages de l'UE dans les débuts des politiques d'e-santé autrichienne

Quel rôle attribuer à l'Union européenne lors de cette première phase de mise sur agenda et d'élaboration des politiques d'e-santé autrichiennes ? Notre méthode de détection des usages, qui consiste en un repérage et une analyse des traces du niveau européen dans les documents officiels de politiques publiques et les discours des acteurs de politique publique, permet de repérer plusieurs références à l'Union européenne durant ces deux premières étapes.

Dans la réforme de santé de 2005, l'e-santé apparaît ainsi comme très liée à l'Union européenne. En premier lieu, 'l'harmonisation des approches nationales avec les programmes et mesures au niveau européen' est listée comme le troisième objectif à poursuivre dans le domaine de la santé en ligne, après l'amélioration de la qualité des soins et l'exploitation de leur potentiel économique (voir p.121). Ensuite, la possibilité de rendre contraignantes des initiatives et recommandations de nature européenne est clairement exprimée :

'(2) À la lumière de ces objectifs, les parties s'efforceront d'utiliser les technologies de l'information et de la communication tout en respectant les normes sociales, techniques, juridiques et éthiques dans le secteur de la santé. Dans le cadre de leur champ d'action, elles soutiendront, **déclareront contraignants et contrôleront la définition et la mise en œuvre de lignes**

directrices et de projets d'importance suprarégionale, nationale ou européenne.'

Il est ensuite spécifié dans le point (5)³ que les standards internationaux (qui sont généralement promus au niveau européen), au même titre que ceux nationaux, doivent être pris en compte lors de la création des dispositifs d'e-santé afin d'en assurer leur interopérabilité. Le lien entre l'Union européenne et l'usage de standards internationaux sera par la suite renforcé, la première servant de justification au second (voir Annexe 5). Enfin, on observe que les projets prioritaires annoncés sont le dossier médical électronique (ELGA) et les ePrescriptions, qui se trouvent être les deux projets d'intérêt développés au niveau européen.

En 2005, le sujet européen semble donc occuper une importance particulière dans les politiques publiques d'e-santé autrichiennes, puisqu'on constate l'expression d'une volonté marquée de mise en conformité avec les initiatives européennes. Ces 'traces', bien qu'elles indiquent une présence forte de l'UE, ne nous renseignent cependant pas complètement sur la nature des usages qui ont été réalisés lors de la phase de mise sur agenda gouvernementale de l'e-santé. Un entretien avec le principal entrepreneur de politique publique de ce domaine en Autriche, M. Brunner, a permis de récolter des informations complémentaires à ce sujet.

Tout d'abord, nous pouvons observer que l'engagement européen de ce dernier se révèle particulièrement précoce :

'And, I belong to a group of policy-makers from the very early days, who pushed for a strong European cooperation process, which is member-states owned process, member states owned and driven process to cooperate on that. [...] And, see when that started in 2004, 2005, 2006, 2007, whenever, or even in the, in 2010 or whatever, you know, technology, and all this interoperability... Interoperability questions, were not that [?] as there are now.'¹⁰⁹ (Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017)

Par la suite, cet acteur sera co-président du réseau e-santé (réseau européen rassemblant les autorités en charge de l'e-santé des États membres) de 2012 à 2018. Il est donc très probable que M. Brunner, en tant que principal soutien des politiques d'e-santé au niveau national, ait été un acteur central dans le lien qui s'opère entre politique européenne et autrichienne d'e-santé.

¹⁰⁹ 'Et, j'appartiens à un groupe de responsables politiques qui était là au tout début, qui a prôné un processus de coopération européenne fort, dont les rênes sont tenues par les États membres, guidé par les États membres pour coopérer là-dessus. [...] Et, quand cela a commencé en 2004, 2005, 2006, 2007, peu importe, ou même en 2010 peu importe, vous savez, la technologie et toute l'interopérabilité... Ces questions d'interopérabilité, n'étaient pas [?] telles qu'elles le sont maintenant' (Traduction par l'auteure)

Alors que l'opportunité pour les politiques d'e-santé ne semble pas particulièrement élevée en 2004-2005, et que celles-ci n'apparaissent pas dans le programme initial de la Ministre de la Santé, il est probable que ces traces témoignent d'un usage de l'Union européenne de la part de M. Brunner afin de soutenir son projet de développement des politiques d'e-santé au niveau national. L'entretien avec l'intéressé ne nous aura pas permis de confirmer avec certitude la réalisation d'usage de légitimité auprès de la Ministre ;¹¹⁰ cependant, cet acteur attribue un rôle positif à la Commission européenne dans sa capacité à 'souligner la nécessité de l'e-santé dans l'agenda' :

'Oh, you know, see the... of course there is a... a... fruitful cooperation between national government and the European Commission. And I think in the overall, in the overall development the last ten-fifteen years, **the European Commission had a very positive role to highlight the necessity of eHealth in the agenda**, so you know so I am very grateful that they did that, so at certain junctions, the eHealth, the initiative of the European Commission or the European Union or whoever was in charge, mostly the European Commission, was, was helpful.'¹¹¹(Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017)

De manière générale, l'entretien avec cet acteur, malgré (ou peut-être à cause de) son positionnement central, ne nous aura pas permis de récolter beaucoup de détails factuels utiles à l'enquête (voir Encadré ci-dessous). Cependant, les données extraites de l'analyse des textes de lois témoignent bien de l'importance de l'enjeu européen durant cette phase de mise sur agenda gouvernemental. Le fait que l'UE ait contribué à 'souligner l'intérêt de l'e-santé' peut alors être qualifié d'usage de légitimité dans le courant politique, puisque cette institution aurait essentiellement permis d'appuyer un argumentaire sur la base de sa légitimité politique perçue.

¹¹⁰ Malgré un premier contact positif, l'ex-Ministre de la Santé Maria Rauch-Kallat n'a pas souhaité donner suite à nos questions, nous n'avons donc pas pu avoir d'autres témoignages relatifs aux conditions de la mise sur agenda gouvernementale de l'e-santé. Voir Encadré ci-dessous.

¹¹¹ 'Oh, vous savez, le... Bien sûr qu'il y a... une coopération fructueuse entre les gouvernements nationaux et la Commission européenne. Et je pense que de manière générale, sur le développement global des dernières dix-quinze années, la Commission européenne a eu un rôle très positif pour souligner la nécessité de l'e-santé dans l'agenda, donc vous savez je leur suis très reconnaissant d'avoir fait cela, donc à certains moments, l'e-santé, l'initiative de la Commission européenne ou de l'Union européenne ou peut importe l'institution en charge, principalement la Commission européenne, était, était utile' (Traduction par l'auteure)

Encadré 1. Les barrières à la récolte de données dans l'analyse qualitative de process-tracing

L'entretien avec M. Brunner s'est révélé compliqué à conduire et à analyser. En effet, il a été particulièrement difficile d'obtenir des réponses précises, malgré nos relances répétées. L'exemple présenté ci-dessous est typique à cet égard :

Après avoir mentionné que la Commission européenne avait été 'utile' pour souligner la nécessité de l'e-santé, nous essayons d'en savoir plus à ce sujet. Une première relance échoue puisque l'enquête bifurque directement vers une autre thématique. Nous tentons quelque temps après une seconde relance plus générale :

'-[Laughs] And so more generally would you say that this EU cooperation gave a political impetus in Austria?

-Has it had an impact?

-Yes, like, political...

-Mmmh no. No, because, hum there was always a eHealth friendly environment here among the health politicians at least you know it was never hum, a publicly wide discussed issue in, [...]

-Mmh. Ok. But I also understood that the very concept of a single eHealth strategy came directly from the EU, is that right?

-Yes and no one again it's a take and give you know, if the member states develop eHealth strategies then they don't need necessarily the, the the initiative by the Commission and vice-versa you know so, I think it's a... yeah. No, see these kinds of ini... For us it was not that, you know I don't know what's first, the egg or the hen you know, that's always a question you know. But I think for member states we chair, which didn't have maybe the organizational capacities or the intellectual capacities or else, for them it's always easy to rely on a European process you know, which is fine you know, because you don't have to re-invent everything anew. But, once, yeah.

-So no, not really?

-But once again there was, you know, but you know I don't... discard initiatives of the European Commission in many ways you know, so, to create, the space, the European not a national but a European understanding of the necessity of interoperability, I think the Commission did a really good job, and also in cooperating with the member states you know. I just want to emphasize you know it is, it has to be, in the end [he stresses these last three words], it has to be processes which are owned by the member states. But you know they can be coordinated, and can be influenced, and can be pushed whatever, by the European Commission, but in the end the member states have to have the feeling that they own the process, and first of all also the speed.

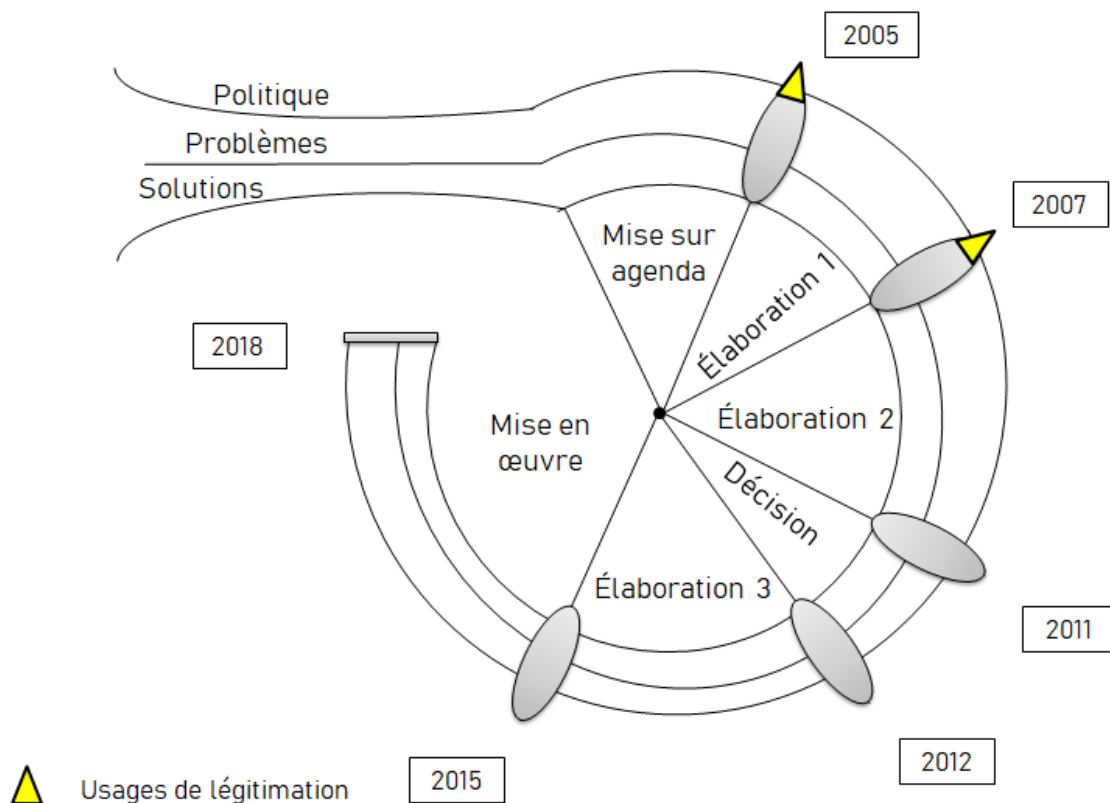
Lorsqu'il s'agit de reconstituer certains événements politiques reposant sur un petit nombre d'acteurs, la technique de l'entretien semi-directif est centrale. Dans la mesure où les informations peuvent être triangulées, les entretiens représentent une source de données extrêmement pertinente pour la recherche. Toutefois, le risque de ne pas accéder à l'information souhaitée est également très élevé. Dans le cas décrit ci-dessus, le manque de détails factuels fournis par le principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé constitue une barrière à l'administration de la preuve, en particulier parce que le seul autre acteur susceptible de nous fournir des informations équivalentes, à savoir l'ex-Ministre de la Santé Maria Rauch-Kallat, n'a pas souhaité répondre à nos questions. Les données se révèlent, en ce qui concerne les relations entre la Ministre et son membre de cabinet vis-à-vis de l'e-santé, tout simplement inaccessibles. Le niveau d'administration de la preuve est donc relativement faible, ce qui rend la présentation des données brutes d'autant plus essentielle, puisqu'elle laisse au lecteur l'opportunité d'évaluer par lui-même la force de la preuve empirique.

Ces usages de l'UE ne seront pas les seuls à être liés à cette configuration spécifique. En effet, dans la suite immédiate de la loi de 2005 sera lancée 'l'initiative e-santé', qui correspond à la première étape de formulation des politiques d'e-santé en Autriche, et a pour objectif de

construire un consensus parmi les acteurs de politique publique. Comme nous le verrons dans le Chapitre 7, la synthèse de cette phase est caractérisée par d'importants usages de légitimité de l'Union européenne de la part du Ministère de la Santé afin d'obtenir le support des acteurs pour le développement de l'e-santé.

Puisque dans ces deux cas des traces importantes de l'UE s'observent dans les produits de la synthèse (Article 7 de la Convention en vertu de l'article 15a B-VG sur l'organisation et le financement du système de soins de santé et document de l'initiative e-santé), et que les usages des instruments européens participent à l'explication de l'avancement de la politique publique, l'européanisation observée peut être qualifiée de 'troisième ordre'. Ainsi, les usages de l'UE affectent directement les événements constitutifs de l'existence de la politique publique. Plus précisément, ces usages s'opèrent en période de synthèse dans le courant politique, puisqu'ils s'inscrivent dans les rapports de force que les acteurs entretiennent entre eux. Souligner la congruence entre les initiatives nationales et les initiatives européennes permet ainsi de donner un *boost* de légitimité aux politiques d'e-santé autrichiennes.

Figure 9. Les usages de l'UE dans la mise sur agenda et la première phase de formulation de l'e-santé en Autriche



Cette première configuration politique, dont la maturité vis-à-vis des politiques d'e-santé peut être évaluée entre dix et douze, donne donc lieu à d'importants usages de l'UE. La partie suivante montrera comment une maturité plus grande résulte, au contraire, dans une moindre présence de l'UE au sein des processus nationaux.

II. La loi ELGA de 2012, un processus exclusivement national

Alors que l'e-santé paraît étroitement associée à l'Union européenne dans les premiers précipités de la politique publique, cette institution paraît avoir été beaucoup moins présente dans le processus de formulation du projet de loi sur les dossiers médicaux électroniques ELGA. Nous allons à présent montrer comment des éléments contextuels sont susceptibles d'expliquer cette variation dans les usages de l'UE.

A) Réforme de santé et dépendance au sentier : les deux éléments réactifs du projet de loi ELGA

Deux contextes particuliers, relativement indépendants, sont à prendre en compte pour expliquer la temporalité de la proposition de la loi ELGA. Premièrement, celle-ci est l'aboutissement logique du long travail de formulation qui se déroule depuis 2005, et vise à détailler précisément les règles de mise en œuvre du dossier médical informatisé autrichien. La loi est ainsi perçue comme nécessaire afin de faire avancer le processus de développement des politiques d'e-santé,¹¹² et son adoption se fait de manière autonome (: l'e-santé n'est plus un article au sein d'une loi plus générale).

'Question du député Johann MAIER (S): Les travaux sur le dossier de santé électronique ELGA se poursuivent depuis plusieurs années. Quand l'ELGA sera-t-elle enfin disponible?

Réponse: **L'infrastructure technique d'ELGA est déjà disponible**, a annoncé le ministre de la Santé, et enfin, à partir du 1er juillet 2013, elle pourrait enfin être démarrée progressivement. **Cependant, la loi ELGA, qui devrait être mise en œuvre rapidement, fait toujours défaut.** Il s'agit de garantir que les données de santé sensibles sont correctement protégées. Il faut notamment veiller à ce que seuls les médecins puissent accéder aux données de santé pendant 28 jours. De plus, les données doivent être stockées localement. Les patients devraient également pouvoir décider eux-mêmes d'enregistrer ou non leurs données dans un

¹¹² IBM (2006). 'Étude de faisabilité sur l'introduction du dossier médical électronique (ELGA) dans le système de soins de santé autrichien'. Commande de l'Agence Fédérale pour la Santé, p. 16

dossier de santé électronique. La loi devrait également établir que les patients ont le droit de savoir qui a accédé à leurs données.’¹¹³

C'est donc ici une forme de 'dépendance au sentier' (Pierson 2002; Palier and Bonoli 1999, voir également l'idée de 'politique en trajectoire' proposée par Bezes and Palier, 2018) qui constitue l'élément réactif du processus d'adoption : c'est parce que la formulation a été engagée antérieurement que l'adoption de cette loi peut être envisagée à partir du début des années 2010.

D'un autre côté, cette loi est insérée dans un contexte de réforme particulier, qui aurait rencontré un large support de la part des différents acteurs du système et semble moins axé sur la réduction des coûts du système de santé qu'en 2005. Les institutions de sécurité sociale affichent ainsi un équilibre budgétaire à partir de 2011, malgré une augmentation des dépenses de médicaments.¹¹⁴ De ce fait, la réforme du système engagée en 2012 par la grande coalition SPÖ-ÖVP revenue au pouvoir depuis 2008 vise en premier lieu à améliorer la qualité du système de santé, notamment suite au constat d'une faible performance de l'Autriche en matière d'espérance de vie (celle-ci se situant alors en dessous de la moyenne des pays de l'UE). Une nouvelle approche du système, axée sur l'idée d'objectifs à atteindre (*Gesundheitsziele*) est adoptée afin d'augmenter l'espérance de vie des Autrichiens de deux années en 2032, en accord avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Union européenne (adoption d'une approche dite de 'la Santé dans toutes les politiques publiques – *Health in All Policies*', HiAP).

Les dix objectifs du système autrichien de santé, 2012

'BOX 6.1 Overview of Austrian Health Targets

- Target 1: To provide health-promoting living and working conditions for all population groups through cooperation of all societal and political areas (i.e. HiAP).
- Target 2: To promote fair and equal opportunities in health, irrespective of gender, socioeconomic group, ethnic origin and age.
- Target 3: To enhance health literacy in the population.
- Target 4: To secure sustainable natural resources such as air, water and soil and healthy environments for future generations.
- Target 5: To strengthen social cohesion as a health-enhancing factor.

¹¹³ Correspondance parlementaire n 240 du 29 mars 2012, 'Conseil national: questions courantes au ministre de la Santé. ELGA doit être mis en œuvre à partir de juillet 2013', Disponible sur : https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2012/PK0240/index.shtml

¹¹⁴ Archive APA OTS du 15.11.2012, Communiqué de presse de la Fédération des institutions de sécurité sociale autrichiennes, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121115_OTS0121/kranken-kassen-werden-heuer-mit-einem-positiven-jahresergebnis-abschliessen

- Target 6: To ensure conditions under which children and young people can grow up as healthily as possible.
- Target 7: To provide access to a healthy diet with food of good quality for all.
- Target 8: To promote healthy, safe exercise and activity in everyday life through appropriate environments.
- Target 9: To promote psychosocial health in all population groups.
- Target 10: To secure sustainable and efficient health care services of high quality for all¹¹⁵

On peut ainsi observer que le cadrage de la réforme (problème posé et objectifs présentés pour y répondre) est essentiellement tourné vers la qualité. Malgré cela, d'importantes mesures sont prises dans le but de poursuivre l'objectif de réduction des coûts. Afin de traiter le problème de la fragmentation du système de santé, dont la gouvernance est éclatée entre les Länder, le gouvernement fédéral, et les institutions de Sécurité Sociale, une Commission fédérale de la gouvernance par objectifs (*Bundes-Zielsteuerungskommission*, B-ZK) est créée en 2013. Elle regroupe des représentants de l'État Fédéral, des Länder et des institutions de sécurité sociale, et devient le plus haut organe décisionnel du système de santé autrichien. Le premier accord produit par cette institution contient douze objectifs stratégiques regroupés en quatre domaines, le premier étant la compression des coûts.¹¹⁶ Ainsi, un plafond budgétaire pour les dépenses de santé est adopté, afin d'atteindre une croissance de ces dépenses limitée à 3,6% du PIB en 2016.¹¹⁷ Le second domaine stratégique concerne la structure du système de santé, et vise à améliorer la répartition des patients entre les différents professionnels de santé et points d'accès, afin de réduire le nombre de séjours à l'hôpital et de renforcer l'accès aux soins primaires. Le troisième domaine d'intervention s'intéresse aux processus du système de santé, et cherche à améliorer la 'coordination, la qualité et la standardisation'.¹¹⁸ Enfin, le dernier domaine décrit plus précisément les résultats attendus en termes de santé publique, grâce au développement d'indicateurs. Quatre priorités sont ainsi présentées : augmenter la durée de vie en bonne santé et la qualité de vie, mesurer et améliorer la qualité des soins, améliorer la sécurité et les compétences des patients en matière de santé, assurer un haut niveau de satisfaction vis-à-vis du système de santé.

La question de la contrainte économique est donc bien présente en 2012, bien que celle-ci ne soit, à l'inverse de 2005, pas au premier plan de la réforme. Au contraire, ce sont des objectifs

¹¹⁵ Bachner Florian *et al.* (2018). 'Austria: Health system review' in *Health Systems in Transition*, 20:3, p.185

¹¹⁶ Bachner Florian *et al.* (2018). 'Austria: Health system review' in *Health Systems in Transition*, 20:3, p.188

¹¹⁷ Le calcul de ce pourcentage a été critiqué par la Cour des Comptes Autrichienne pour différentes raisons, et également par l'Ordre des médecins autrichiens, qui pointe les potentielles conséquences négatives en termes de fourniture de soins.

¹¹⁸ Bachner Florian *et al.* (2018). 'Austria: Health system review' in *Health Systems in Transition*, 20:3, p.191

de qualité des soins qui sont principalement mis en avant. Dans ce contexte, moins problématique au plan financier, l'e-santé apparaît comme un outil particulièrement adapté, et fait l'objet d'un accord politique entre l'État, les Länder et la Fédération des institutions de Sécurité Sociale autrichiennes.

'[...] so the national goal management for healthcare, so more formally, more concise, more taking it down from the strategy to the more operative side, uh which happened since I think 2008 and they have had, they now have periods of planning and we are now in the end of I think the first, planning period, from 2012 to 2016 something like that I think and in these periods the goals were very clear that we need the [electronic] healthcare record, that is has to be in place, and **there is an agreement between the Ministry of Health, the social insurance companies and the regions, as the main drivers of healthcare in Austria, payers, so to say, regulators and payers, uh they are agreeing on this goal paper, and ELGA was really heavy part of that [...]**'¹¹⁹ (Entretien, acteur autrichien de l'e-santé, 09.03.2017)

Le développement d'ELGA est ainsi inscrit dans le programme gouvernemental de la coalition SPÖ-ÖVP pour 2008-2013. Quant à la Fédération des institutions de sécurité sociale, elle communique à plusieurs reprises sur la loi ELGA, présentant ses mérites pour améliorer la 'sécurité des patients', mais également pour réduire la dépense de médicaments.¹²⁰ En effet, en 2012, le projet eMédication, qui préfigure une des applications du dossier ELGA, montre comment l'e-santé peut permettre de contrôler à la fois les interactions médicamenteuses, la régularité des prises de médicaments, et les doubles prescriptions.

Le contexte politique général semble donc être particulièrement favorable au développement des politiques d'e-santé, qui ont par ailleurs eu le temps de 'mûrir' dans le courant des solutions depuis la première phase de mise sur agenda en 2005. La *e-card*, dont la mise en

¹¹⁹ '[...] la gestion des objectifs nationaux pour la santé, donc plus formelle, plus concise, plus axée sur la traduction de la stratégie en actions opérationnelles, qui est en cours depuis 2008 je pense et ils ont, ils ont maintenant des périodes de planification et nous sommes maintenant à la fin je pense de la première, période de planification, de 2012 à 2016 quelque chose comme ça je pense et ces périodes et les objectifs étaient très clairs sur le fait que nous avons besoin du dossier médical [électronique], qu'il devait être mis en place, et il y a un accord entre le Ministère de la Santé, les institutions de sécurité sociale et les régions, en tant que principaux pilotes de la santé en Autriche, les financeurs, pour ainsi dire, les régulateurs et les payeurs, se sont mis d'accord sur ces objectifs sur papier, et ELGA était une partie très importante de cela [...]' (Traduction par l'auteure)

¹²⁰ Archive APA du 10.05.2012, Communiqué de presse de la Fédération des institutions de sécurité sociale autrichiennes, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120510_OTSO124/e-medikation-wissenschaftliche-evaluierung-des-pilotprojekts-bestaetigt-hohen-patientennutzen ; Archive APA OTS du 04.06.2012, Communiqué de presse de la Fédération des institutions de sécurité sociale autrichiennes, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120604_OTSO198/hauptverband-mit-dem-elga-gesetz-kann-die-e-medikation-oesterreichweit-umgesetzt-werden ; Archive APA OTS du 15.11.2012, Communiqué de presse de la Fédération des institutions de sécurité sociale autrichiennes, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121115_OTSO121/krankenassen-werden-heuer-mit-einem-positiven-jahresergebnis-abschliessen

œuvre avait été particulièrement difficile au début des années 2000, s'est depuis déployée avec succès sur l'ensemble du territoire.¹²¹ Par ailleurs, l'usage d'internet est en pleine expansion : alors qu'en 2004 seulement 41% des foyers européens avaient accès au réseau, ils sont 76% en 2012.¹²² Dans ce contexte, le courant des solutions paraît beaucoup plus mûr en 2012 qu'en 2004, même si les politiques d'e-santé représentent toujours un défi technique à mettre en œuvre au niveau national, notamment pour des questions d'usage et d'interopérabilité¹²³. Nous évaluons ainsi la maturité de ce courant comme relativement élevée, c'est-à-dire se situant entre trois et quatre.

Dans ce contexte en apparence très favorable, le projet de loi ELGA vise à donner une base légale aux dossiers électroniques de santé en Autriche. Ainsi, le précipité permet de répondre à des problématiques précises, qui doivent faire l'objet d'un choix politique : recueil du consentement des patients, stockage des données, gestion des accès au dossier. Le traitement de ces thématiques est essentiel pour la poursuite du développement du dossier électronique, en ce sens, la 'forme' du précipité semble donc particulièrement adéquate.

Le projet de loi contient ainsi une nouvelle version de la loi sur la télématique de santé de 2004, qui renforce le cadre de protection des données de santé (identification des parties, confidentialité, autorisations, consentement, sécurité). Une autre section traite de la 'gestion de l'information', ce qui désigne en pratique la gestion des différents répertoires et index des patients et professionnels ou fournisseurs de santé. Le dossier ELGA fait quant à lui l'objet de la quatrième partie. Celle-ci commence par rappeler les objectifs attachés au dossier électronique, qui sont principalement tournés vers la qualité des soins et le patient, tandis que l'intérêt économique (à savoir une 'contribution à la durabilité financière' du système) n'est mentionné qu'en sixième et dernière position :

'Section 13. (1) The use of the Electronic Health Records satisfies an important public interest pursuant to art. 8 para. 4 of the Directive 95/46/EC on the Protection of Individuals with regard to the Processing of Personal Data and on the Free Movement of such Data, OJ No. L 281, 23.11.1995 p. 31. This important public interest in the use of EHR results in particular from:

1. an improved and faster availability of medical information leading to a quality improvement of diagnostic and therapeutic decisions as well as treatment and care,

¹²¹ Source : Statistiques du site officiel de la e-card, disponible sur : <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.727761&portal=ecardportal>

¹²² Source: Eurostat isoc_ci_in_h

¹²³ L'interopérabilité renvoie à la capacité des systèmes informatiques à communiquer entre eux. Par exemple, pour que des mails puissent être envoyés, reçus et lus au sein de deux boîtes mails produites par des concepteurs différents, il faut que celles-ci partagent un certain nombre de caractéristiques techniques similaires.

2. the increase of the process and result quality of health services,
3. the development of integrated care and a cross-sector interface management in public health,
4. the maintenance of a balanced, high-quality and generally accessible healthcare,
5. the strengthening of patients' rights, especially the right to information and the legal protection under the DPA 2000 in accordance with the use of personal data and
6. a contribution to the **financial maintenance** of the social security system.¹²⁴

On retrouve ainsi un cadrage des objectifs qui correspond au contexte politique global de la réforme de santé de 2012. Enfin, si la participation à ELGA est optionnelle pour les patients, elle est en revanche obligatoire pour les professionnels et les établissements de santé (*healthcare providers*).

Après ce rappel des objectifs, on retrouve une liste des documents devant être rendus disponibles dans ce dossier : lettre de liaison à la sortie d'un établissement de santé, résultats de laboratoire, images de radiologie, informations liées aux médicaments et à la prescription. Les résumés patients, pourtant indispensables dans le cadre de la coopération européenne, ne sont pas mentionnés. Enfin, différentes dispositions relatives au dossier électronique de santé sont énumérées :

- Règles relatives à l'usage des données de santé
- Règles relatives à l'accès au dossier électronique de santé
- Règles relatives à l'option de retrait des citoyens (*opt-out*). Le consentement à la collecte des données de santé a en effet pendant longtemps constitué un sujet de débat en Autriche, puisque selon la législation européenne et autrichienne le consentement explicite du patient est nécessaire pour le recueil des données de santé (Reimer 2012). Généralement, cela signifie que ce consentement doit être recueilli en amont de la collecte des données (*opt-in*). Dans le cadre d'ELGA, la solution choisie est à l'inverse d'ouvrir par défaut le dossier, la volonté de retrait devant donc être signalée a posteriori (*opt-out*).
- Règles de gestion des données et des accès par les citoyens (ces derniers peuvent choisir de refuser l'accès au dossier à certains professionnels de santé, et cacher ou supprimer les données contenues dans le dossier – dans la limite de la loi)
- Gestion des répertoires et index (citoyens et 'fournisseurs de santé')
- Système d'identification

¹²⁴ Extrait de la loi ELGA de 2012, qui remet en vigueur la loi sur la télématique de santé de 2004. Une traduction anglaise est disponible sur le site officiel du système d'information juridique du gouvernement fédéral (Rechtsinformationssystem des Bundes, RIS). Voir : https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Erv&Dokumentnummer=ERV_2012_1_111. La référence à la Directive 95/46/EC a pour but de préciser la dérogation par rapport à cette directive, qui n'est possible que dans le cas d'un 'motif d'intérêt public important'.

La proposition de loi ELGA contient donc toutes les dispositions légales nécessaires à la réalisation du dossier électronique de santé, et on peut ainsi considérer que la loi apporte une réponse aux problèmes posés à ce moment-là en matière de formulation de politiques publiques. En effet, des questions centrales telles que celles du recueil du consentement des citoyens, ou de leur contrôle sur l'accès aux données sont des décisions politiques qui structureront la poursuite de la mise en œuvre. Cette dernière est d'ailleurs indiquée comme possible à partir de 2014, le temps pour le Ministère de mettre en place les dispositifs de base du fonctionnement du dossier (notamment d'un rôle de 'Médiateur' – *ombudsman* – d'ELGA). L'adéquation entre les problèmes plus précis de la politique publique à cette étape de formulation et les solutions proposées est donc élevée, et le dossier ELGA semble également être une solution adaptée dans l'objectif général d'amélioration de la qualité du système de santé qui soutient la réforme du système en 2012. A cet égard, l'adéquation entre la loi et le courant des problèmes est très élevée et peut s'évaluer à quatre ou cinq sur un total de cinq.

Malgré cela, les solutions retenues politiquement par le gouvernement ne vont pas rencontrer un soutien immédiat dans le courant politique.

B) Une configuration 'mûre' malgré un processus de négociation semé d'embûches

Une recherche par mot-clé ('ELGA') dans les archives de communiqués de presse fournis par l'*Austria Presse Agentur* de janvier 2011 à janvier 2013 montre que le processus de négociation de la loi ELGA a été particulièrement long et mouvementé. Ainsi, dès fin 2011, un premier projet de loi semble être prêt à être présenté par le Ministre de la Santé SPÖ Alois Stöger.¹²⁵ Cependant, il semblerait que celui-ci n'obtienne pas le soutien espéré, notamment de la part de son partenaire de coalition ÖVP.¹²⁶ Le projet déclenche par ailleurs une opposition frontale chez les médecins,¹²⁷ qui lancent une campagne d'information afin de mobiliser l'opinion publique sur le sujet.

¹²⁵ Archive APA OTS du 26.05.2011, Communiqué de presse du SPÖ ; Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20110526_OTS0259/gesundheitsminister-alois-stoeger-eroeffnet-tagung-ehealth2011

¹²⁶ Même en 2012, le soutien de l'ÖVP au projet ELGA est prudent : 'ELGA est une opportunité, mais aussi un risque', voir Archive APA OTS du 13.11.2012, Communiqué de presse du Club Parlementaire ÖVP ; Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121113_OTS0221/rasinger-elga-ist-chance-aber-auch-risiko

¹²⁷ Archive APA OTS du 02.11.2011, Communiqué de presse de l'Ordre des médecins autrichien ; Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20111102_OTS0037/aerztekammer-informiert-bevoelkerung-ueber-gefahren-durch-elga

Image 10. La campagne de la Chambre médicale autrichienne contre le dossier électronique ELGA, 2011-2012



'ELGA vous coûtera votre chemise !', 'ELGA vous expose aux yeux des autres !'

La construction d'un consensus politique autour de cette loi est donc difficile, malgré un fort soutien des principaux acteurs du système de santé. Le Ministre de la Santé Alois Stöger obtient ainsi le support 'unanime' de la Commission Fédérale pour la Santé¹²⁸ pour poursuivre les travaux de préparation de la loi ELGA fin novembre 2011.¹²⁹ Dans le cadre de cette Commission, le projet est par ailleurs soutenu par le Président de la Chambre médicale autrichienne, ce qui pousse Gerald Bachinger, avocat pour le droit des patients, à dénoncer le 'double jeu' de l'association médicale.¹³⁰ A noter que ce ne sont pas l'ensemble des professionnels de santé qui s'opposent au dossier ELGA ; celui-ci est par exemple activement soutenu par la Chambre des pharmaciens.¹³¹

Un tel conflit ouvert pourrait surprendre au vu du système corporatiste et consensuel qui caractérise habituellement l'Autriche (Pernicka 2015). Les relations corporatistes entre l'État

¹²⁸ Organe décisionnel de l'Agence Fédérale pour la Santé composé de membres du gouvernement, des Länder, des institutions fédérales de sécurité sociale et de représentants des médecins et des patients.

¹²⁹ Archives APA OTS du 25.11.2011, Communiqué de presse du Ministère de la Santé ; Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20111125_OTS0200/stoeger-wichtige-beschluesse-in-der-bundesgesundheitskommission-erreicht

¹³⁰ Archive APA OTS du 28.11.2011, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20111128_OTS0123/elektronische-gesundheitsakte-elga-oesterreichs-patienten-haben-ein-recht-auf-einen-qualitaetsschub-im-gesundheitswesen

¹³¹ Archive APA OTS du 08.10.2012, Communiqué de Presse de la Chambre des pharmaciens autrichienne ; Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121008_OTS0243/elga-apotheker-begruessen-politische-einigung

et les groupes d'intérêt ont néanmoins été largement érodées lors du passage de la coalition ÖVP-FPÖ au pouvoir (Pernicka 2015; Obinger and Tálos 2010). Bien que l'analyse de ces relations dans le cadre des professions médicales demanderait une recherche spécifique (Hassenteufel 1997), il est possible que ces transformations politiques aient durablement impacté les relations de pouvoir entre l'État et la profession médicale en Autriche.

Du fait de ces oppositions, le processus parlementaire d'adoption de la loi se révèle par la suite difficile. Si le projet de loi a été adopté par la Commission en charge de la santé au sein du Parlement (Conseil National), ce n'est ainsi pas à l'unanimité. De nombreuses critiques sont exprimées à l'encontre du dossier, notamment de la part de plusieurs médecins, qui craignent de voir leur charge bureaucratique s'alourdir, et qui pour certains doutent de l'efficacité d'un tel dispositif en termes de qualité et de gains économiques. De plus, une crainte est exprimée vis-à-vis du potentiel renforcement du contrôle exercé sur les professionnels de santé. Certaines préoccupations vis-à-vis de la protection des données et du caractère réellement volontaire du consentement dans un système de retrait a posteriori (*opt-out*) sont également soulignées. Enfin, les représentants des médecins insistent sur la nécessité de développer un dossier électronique facilement utilisable ('*user-friendly*' ou 'convivial').

À l'instar des discussions dans la Commission en charge de la santé, les débats au sein du Conseil National génèrent d'importantes controverses. Les critiques viennent principalement des partis situés en dehors de la grande coalition (Verts et FPÖ, BZÖ). Les Verts proposent ainsi un amendement (qui ne recueille pas la majorité) afin qu'un système d'*opt-in* soit mis en place pour les patients à l'inverse du système d'*opt-out* proposé par le Ministère.¹³² Autrement dit, les Verts insistent pour que le consentement du patient soit recueilli systématiquement *avant* l'ouverture du dossier, comme c'est le cas actuellement avec le Dossier Médical Partagé en France. Quant au FPÖ, il se positionne contre un projet qui risque de 'rendre le patient transparent' et de le mettre sous surveillance.¹³³ La sécurité des données n'étant pas garantie, les droits des patients sont selon ce parti largement mis en danger. Par ailleurs, le FPÖ estime que les financements seraient plus utiles au développement de services

¹³² Archive APA OTS du 08.10.2012, Communiqué de presse du Club parlementaire des Verts ; Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121008_OT0157/oellinger-elga-fuer-missbrauch-von-innen-und-aussen-offen

¹³³ Archive APA OTS du 13.11.2012, Communiqué de presse du Club parlementaire du FPÖ, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121113_OT0208/fpoe-karlsboeck-elga-bringt-totale-ueberwachung-fuer-patienten ; Archive APA OTS du 21.11.2012, Communiqué de presse du Club parlementaire du FPÖ ; Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121121_OT0100/fpoe-karlsboeck-fpoe-steht-voll-hinter-patienten-und-aerzteprotest

médicaux réels. Ces critiques quant aux coûts du projet et à la stratégie d'investissement du Ministère sont également soutenues par les représentants des médecins :

‘ELGA : Des coûts plus élevés que les économies (1)

Expertise indépendante confirmée : La maîtrise des coûts est faible – Les calculs du Ministère basés sur des erreurs graves

Vienne (OTS) - Un témoignage dévastateur est fourni par une étude indépendante de l'analyse coûts-bénéfices du ministère de la santé sur le projet ELGA. **De nombreuses lacunes ont conduit à une distorsion flagrante des attentes financières**, selon l'expertise succincte que l'Association médicale autrichienne (ÖÄK) a présentée aujourd'hui, jeudi, lors d'une conférence de presse.¹³⁴

‘De nombreux problèmes pourraient être résolus avec plus de personnel au lieu de plus de technologies de l'information’¹³⁵

Les médecins revendiquent par ailleurs une structure du dossier qui en permette une utilisation facile et rapide (dossier structuré avec possibilité de recherche par mot-clé).¹³⁶

D'après un membre de l'Ordre des médecins autrichien que nous avons rencontré pendant l'enquête, les médecins ne sont ainsi pas opposés au projet par principe, mais à ses modalités de réalisation qui ne permettent pas d'apporter une valeur ajoutée à leur travail : facilité d'accès aux informations pertinentes (via des documents structurés et une fonction recherche ou un résumé patient), non masquage des informations par le patient.

‘Maybe it would be very good to have a search function in ELGA, to search information, we want to have a thing we call Patient Summary, a summary side of the important data **to get a quick information from ELGA, and not to, be in the situation to have to read one hundred two hundred sides of information in unstructured documents.** That's the bad side. Of course, in ELGA, for instance the hospitals, have the opportunity to generate structured documents. But they don't have to, they have the choice they can make unstructured documents and they can make structured documents.’¹³⁷

¹³⁴ Archives APA OTS du 16.02.2012, Communiqués de presse de l'Ordre des médecins autrichien, Disponibles sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120216_OTS0110/elga-kosten-hoeher-als-einsparungen-1; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120216_OTS0114/elga-kosten-hoeher-als-einsparungen-2;

traduction par DeepL et l'auteur.

¹³⁵ Archive APA OTS du 08.06.2012, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120608_OTS0112/mit-mehr-personal-statt-mehr-edv-liessen-sich-zahlreiche-probleme-bewaeltigen

¹³⁶ Archives APA OTS du 25.10.2012, Communiqué de l'Association médicale autrichienne, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121025_OTS0132/aerztekammer-zu-elga-es-ist-noch-viel-zu-tun

¹³⁷ ‘Peut-être qu'il serait très bien d'avoir une fonction recherche dans ELGA, de rechercher des informations, nous voulons ce qui est appelé un résumé patient, un onglet résumé des données importantes pour avoir une information rapide de la part d'ELGA, et ne pas être, dans une situation à avoir à lire cent ou deux cents bouts pages d'information dans des documents non structurés. C'est le mauvais côté. Bien sûr, dans ELGA, par exemple les hôpitaux, ont la possibilité de générer des documents structurés. Mais ils ne sont pas obligés, ils ont le choix ils peuvent produire des documents non structurés et des documents structurés’ (Traduction par l'auteur)

'To read a PDF on a screen I think, it's hard to say, but it's easier to read it on the paper. An unstructured document, a linear document, which has no structure, we doesn't know where are the important sections, I have to read from beginning to end, this is better done on paper, I'm sorry to say that as an IT pro.'¹³⁸

(Entretien, membre de la Chambre médicale autrichienne, 16.03.2017)

L'Ordre des médecins autrichien se conçoit ainsi comme un 'partenaire constructif mais critique'.¹³⁹ La campagne active des médecins contre le projet de loi ELGA, qui débute dès 2011, se déroule sur plusieurs mois, et l'association recourt à différents répertoires d'actions (Tilly 1993; Grossman and Saurugger 2012) afin de promouvoir son agenda. La publication d'affiches à destination du grand public est ainsi complétée par une pétition lancée en juillet 2012 auprès des patients, invitant le Ministre de la Santé Alois Stöger à abandonner le projet ELGA.¹⁴⁰ Ensuite, l'association médicale fait appel à un expert afin d'analyser les potentiels aspects anticonstitutionnels de la loi, en particulier à propos du système d'*opt-out* et des pouvoirs attribués au Ministère (possibilité de légiférer par ordonnance vis-à-vis du caractère obligatoire du dossier).¹⁴¹ Des manifestations sont également organisées.¹⁴² Au vu de cette opposition, le Ministère entame des pourparlers avec l'association médicale autrichienne, sans que ceux-ci aboutissent à un consensus.¹⁴³

Enfin, les partenaires industriels, s'ils ne sont pas opposés frontalement à ELGA, auraient présenté une attitude plutôt sceptique en 2012 vis-à-vis du projet gouvernemental :

¹³⁸ 'Pour lire un PDF sur un écran je pense, c'est difficile à dire, mais c'est plus facile de le lire sur le papier. Un document non structuré, un document linéaire, qui n'a pas de structure, on ne sait pas où sont les sections importantes, j'ai à le lire du début à la fin, c'est mieux fait sur le papier, je suis désolé de dire ça en tant que professionnel des technologies de l'information' (Traduction par l'auteure)

¹³⁹ Archives APA OTS du 15.03.2012, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120315_OTS0119/elga-expertentagung-1 ; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120315_OTS0205/elga-expertentagung-2 ; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120315_OTS0243/elga-fachtagung-3

¹⁴⁰ Archives APA OTS du 02.11.2012 et du 26.07.2012, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121102_OTS0062/mehr-als-100000-oesterreicher-haben-bislang-gegen-elga-unterschrieben ; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120726_OTS0023/elga-aerztekammer-geht-in-die-naechste-informationsoffensive-bild

¹⁴¹ Archive APA OTS du 28.11.2012, Communiqué de presse de l'Association médicale autrichienne, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121128_OTS0112/wiener-aerztekammer-beschliesst-verfassungsrechtliche-pruefung-von-elga

¹⁴² Correspondance parlementaire no 901 du 13 novembre 2012, 'Le Conseil national donne son feu vert aux dossiers de santé électroniques. Cependant, ELGA reste controversé', Disponible sur : https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2012/PK0901/index.shtml

¹⁴³ Archives APA OTS du 20.07.2012 et du 12.09.2012, Communiqués de presse de l'Ordre des médecins autrichien, Disponibles sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120720_OTS0175/elga-gespraechen-zwischen-gesundheitsministerium-und-aerztekammer ; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120912_OTS0124/elga-aerztekammer-zieht-bilanz-aus-expertengespraechen-1

‘And now the pressure for innovation from the... from politics actually, took some time until it was really recognised by large companies, and that only take place when you have large procurements, and until the first procurement was out in Austria I think in 2012, for the large healthcare record components in the hospitals, **no company really believed that this would actually take place.** Which is completely natural. Because the companies have been hearing so many initiatives and thoughts and concepts and they've invested and then nothing, there was no procurement so they didn't get any return on their investment, so they have uh, been rather skeptical towards the initiative.’ (Entretien, acteur autrichien de l'e-santé, 09.03.2017)¹⁴⁴

Malgré le rejet des médecins et des partis d'opposition au Parlement, le Ministre de la Santé parvient à réunir les soutiens nécessaires au passage de la loi. Dès juin 2012, il annonce que la quasi-totalité des partenaires du système sont en faveur de la mise en œuvre d'ELGA,¹⁴⁵ et la loi est finalement adoptée au Conseil National avec cent deux voix favorables, soixante-neuf contre sur cent-soixante-et-onze exprimées.

Comment évaluer la maturité du courant politique dans ce contexte ? Un clivage fort semble exister entre les partisans du projet et leurs opposants. Si celui-ci a le soutien de la majorité des acteurs du système, et est défendu par un entrepreneur particulièrement bien positionné (voir sous-section suivante), l'opposition de la profession médicale, particulièrement vive, représente une difficulté politique importante. Dans ce contexte, la maturité du courant politique peut donc être évaluée comme moyenne, c'est-à-dire se situant entre deux et trois.

¹⁴⁴ ‘Et maintenant la pression pour l'innovation de la part de... de la politique en réalité, a mis du temps avant d'être vraiment reconnue par les grandes entreprises, et cette reconnaissance ne peut arriver que quand vous avez des gros appels d'offre, et jusqu'à ce que le premier appel d'offres soit sorti en Autriche je pense en 2012, pour les composants majeurs du dossier médical dans les hôpitaux, aucune entreprise ne croyait vraiment que cela allait arriver. Ce qui est complètement naturel. Parce que les entreprises avaient entendu tellement d'initiatives et de plans et de concepts dans lesquels elles avaient investi et ensuite rien, il n'y avait pas d'appel d'offres donc elles n'ont jamais eu de retour sur investissement, donc elles ont été plutôt sceptiques envers l'initiative’ (Traduction par l'auteure)

¹⁴⁵ Archive APA OTS du 18.06.2012, Disponible sur : https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120618_OTS0174/stoeger-erfreut-ueber-grosse-zustimmung-zu-elga

Tableau 10. Évaluation de la maturité de la configuration du projet de loi ELGA en 2012
(clôture de la seconde phase d'élaboration)

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	3	2	+Soutien de la majorité et priorité programmatique du gouvernement +Soutien des institutions de Sécurité Sociale et de certaines professions médicales, soutien de l'Agence Fédérale pour la Santé +Principal entrepreneur de politique publique au sommet de la hiérarchie du Ministère de la Santé -Opposition vive de la part des médecins -Construction de consensus politique difficile
Courant des problèmes	5	4	+Le projet ELGA s'insère bien dans les objectifs de la réforme de santé en 2005 +Les mesures prises dans la loi répondent aux besoins de mise en œuvre du dossier ELGA
Courant des solutions	4	3	+La solution a eu le temps de mûrir depuis 2005 +L'e-santé repose sur des technologies répandues dans la société -La mise en œuvre à un niveau national représente toujours une difficulté technique (interopérabilité, usages)
Élément réactif	5	5	Présent : dépendance au sentier, réforme du système de santé en 2012
Maturité de la configuration	17	14	

C) L'Union européenne, un acteur discret dans le processus d'adoption de la loi ELGA

À la différence de 2005, on ne trouve dans cette phase d'adoption de la loi ELGA en 2012 que très peu de traces témoignant d'une présence de l'Union européenne. En premier lieu, l'harmonisation avec les objectifs européens, qui était érigée en objectif majeur dans l'article dédié à l'e-santé au sein de la réforme de 2005, ne fait désormais plus partie des buts prioritaires de la loi. Ces derniers sont ainsi décrits dans un contexte uniquement national :

'(2) Objectives of this Federal Act are:

1. to foster and extend data security, when using electronic Health Data in directed or undirected communication by setting up uniform federal minimum standards and avoiding abuse of data (2nd Part),
2. to provide and broaden the information basis necessary for the steering and development of e-health [translator's note: *in Austria*] (3rd Part) as well as
3. to create uniform rules for undirected communication of electronic Health Data, especially in the context of EHR (sect. 2 no. 6), where special attention shall be drawn on:

- a) the rights of the participants (sect. 16), in particular the self-determination of the EHR-Participants,
- b) the verification of the identity of participants (sect. 18),
- c) the verification of the identity of EHR-Healthcare Providers (sect. 19),
- d) the individual and general access authorizations (sect. 21) and
- e) the logging of the usage of EHR-Health Data (sect. 22) (4th Part).¹⁴⁶

Dans la quatrième partie, plus spécifiquement dédiée aux objectifs du dossier ELGA, les développements européens sont également absents. On observe par ailleurs que dans la liste des documents devant être rendus disponibles dans le dossier, on ne trouve pas les résumés patients, qui sont pourtant une composante indispensable du dossier dans le cadre de la coopération européenne. Ce résumé patient aurait également permis de répondre en partie aux exigences des médecins, puisqu'il permet un accès rapide aux informations principales des patients.

Si l'Union européenne semble occuper une place peu importante dans le processus d'adoption de la loi de 2012, elle n'en n'est pas pour autant complètement absente. L'UE est ainsi mentionnée avec ce qui semble être l'objectif d'assurer une base légale minimale permettant la poursuite de la coopération européenne. Par exemple, dans la définition des données de santé du dossier médical électronique, une entrée (la dernière sur six) concerne les données telles que définies au niveau européen par la directive de 2011 sur les soins transfrontaliers. Cette entrée mentionne spécifiquement le résumé patient, qui a vocation à être échangé au niveau européen (projet Epsos). Ce passage donne ainsi une base légale à la création de ces résumés, sans pour autant ériger leur création en priorité, puisque ces résumés ne font pas partie de la liste de documents devant être rendus disponibles dans ELGA. Les suites de la loi ELGA montrent que les résumés patients ne feront effectivement pas partie des priorités programmatiques du gouvernement.¹⁴⁷ On note par ailleurs que leur création est exclusivement conçue dans une perspective européenne et non nationale.

'Section 2. For the purpose of this Federal Act the following terms shall have their respective meaning:
[...]

¹⁴⁶ Extrait de la loi ELGA de 2012, qui remet en vigueur la loi sur la télématique de santé de 2004. Une traduction anglaise est disponible sur le site officiel du système d'information juridique du gouvernement fédéral (Rechtsinformationssystem des Bundes, RIS). Voir : https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=ErV&Dokumentnummer=ERV_2012_1_111

¹⁴⁷ Support de présentation de Stefan Sabutsch, chef d'équipe Standards et ergonomie à ELGA, Président de HL7 Autriche, lors d'une présentation à ELGA le 29.11.2012. 'Interopérabilité sémantique et Patient Summary dans ELGA'. p.25 Disponible sur : <https://docplayer.org/11815339-Semantische-interoperabilitaet-und-das-patient-summary-in-elga.html>

9. "EHR-Health Data" [German: "*ELGA-Gesundheitsdaten*"]: the following personal data, that could be essential for further treatment, care or the assurance of healthcare continuity of EHR-Participants and may legally be used in EHR:

[...]

f) **data of patients according to art. 14 para. 2 lit. b sublit. i of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border health care ("patient summary")**,¹⁴⁸

Par ailleurs, le Ministère de la Santé se réserve le pouvoir de légiférer par ordonnance concernant la structure et le format de la plupart des documents, notamment ceux européens:

'Regulatory Powers

Section 28.

(2) With regard to the Fourth Part of this Act (EHR), **the Federal Minister of Health shall further specify** by means of ordinance based upon this Act:

3. the structure and the format, for

[...]

b) **data automatically generated according to art. 14 para. 2 lit. b sublit. i of the Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border health care (sect. 2 no. 9 lit. f) [translator's note: "patient summary"]**, that shall be used in the context of EHR, whereas structure and format shall be determined according to the criteria of no. 1 and based on a uniform standardization process with the participation of the EHR System Partners as well as statutory representation bodies, to the extent they are concerned in perceiving their assigned tasks',¹⁴⁹

De même que dans la loi télématique de 2004, la possibilité de pouvoir utiliser les données produites nationalement pour établir un rapport sur le système auprès de l'Union européenne (ou de toute autre organisation internationale), est rappelée (section 11). Le Ministère s'engage, de manière très succincte, à 'promouvoir la continuité des soins et la sécurité transfrontalière des patients' dans la section 12, sans qu'aucun projet ne soit mentionné dans ce cadre. Dans les notes explicatives accompagnant la loi, les références aux projets européens tels que développés dans le cadre du réseau e-santé sont également anecdotiques (une seule référence à Epsos sur les quarante-six pages de la note).¹⁵⁰¹⁵¹ En comparaison avec la première phase de développement de l'e-santé (2005-2007), on observe donc un recul de

¹⁴⁸ Extrait de la loi ELGA de 2012, qui remet en vigueur la loi sur la télématique de santé de 2004. Une traduction anglaise est disponible sur le site officiel du système d'information juridique du gouvernement fédéral (Rechtsinformationssystem des Bundes, RIS). Voir : https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Erv&Dokumentnummer=ERV_2012_1_111

¹⁴⁹ Extrait de la loi ELGA de 2012, qui remet en vigueur la loi sur la télématique de santé de 2004. Une traduction anglaise est disponible sur le site officiel du système d'information juridique du gouvernement fédéral (Rechtsinformationssystem des Bundes, RIS). Voir : https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Erv&Dokumentnummer=ERV_2012_1_111

¹⁵⁰ Note explicative accompagnant le projet de loi ELGA (2012). Disponible sur : https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_01936/fname_271569.pdf

¹⁵¹ Pour un résumé des différents instruments européens développés dans le domaine de l'e-santé, voir p.376.

l'importance accordée au niveau européen. Si les bases pour l'intégration européenne sont présentes, il semble qu'elles ne visent pas d'autre objectif que de permettre, éventuellement, une coopération minimale. Les nombreuses données que nous avons pu récolter à propos du processus parlementaire ne démontrent par ailleurs pas d'usages de l'UE durant ces débats.

Les connexions institutionnelles entre le niveau européen et le niveau national n'ont pourtant jamais été aussi fortes. En effet, M. Brunner occupe désormais une position centrale à la fois au Ministère de la Santé et dans la coopération européenne, puisqu'il devient co-président du réseau e-santé en 2012. Nous avons pu par ailleurs observer des traces de sa participation active au processus de formulation du projet de loi ELGA, le domaine de l'e-santé étant directement sous sa juridiction au Ministère.

'Stöger: une bonne journée pour les patients autrichiens

« Les idées dont l'heure est venue ne peuvent pas être stoppées », a déclaré le ministre fédéral Alois Stöger dans sa déclaration sur le projet du gouvernement ELGA. La nouvelle loi est basée sur de nombreuses années de travail préparatoire des partenaires de santé (fédéral, étatique et assurances sociales), qui se sont caractérisées par la volonté de créer une gestion conjointe de l'information pour les hôpitaux, les médecins généralistes, les spécialistes et les pharmacies. [...] **Le chef de section, M. Brunner, a ajouté que le projet était un acte d'équilibre, à savoir entre les possibilités techniques, qui s'appuient sur le niveau élevé déjà existant, et la protection optimale des données de santé personnelles sensibles; il pense que cet équilibre a très bien fonctionné.** Le chef de section, Gerhard Aigner, a ensuite abordé des questions juridiques particulières, se référant au droit médical en vigueur qui indiquait que rien de nouveau ne serait créé en droit de la responsabilité.

[...]

Le chef de section, M. Brunner, en tant que représentant du ministère de la Santé, a tenté de dissiper les inquiétudes des médecins et a confirmé que le service était très intéressé par la convivialité d'ELGA. La loi contient également de nombreuses lignes directrices dans ce sens. Il était également convaincu que la loi ELGA est constitutionnelle, car l'intérêt public pour ELGA est précisément déterminé par la loi.

M. Brunner a également contredit les déclarations de l'expert en protection des données Michael Löffler, selon lesquelles la loi ne réglemente pas clairement à quelles fins les données ELGA peuvent être utilisées. Il est clairement indiqué que ELGA ne peut être utilisé que dans le cadre du traitement et des soins des prestataires de soins de santé, a-t-il déclaré. Le chef de section Gerhard Aigner a ajouté que des sanctions judiciaires sont également prévues en cas d'utilisation abusive des données.¹⁵²

¹⁵² Correspondance parlementaire no 825 du 24 octobre 2012, 'Le comité de santé donne le feu vert à la loi ELGA. Décision à la majorité SV après audition de plusieurs heures' ; Traduction par DeepL et l'auteure, anonymisation par l'auteure.

C'est par ailleurs M. Brunner qui est le signataire d'une lettre requérant les avis des nombreux acteurs de l'e-santé lors du travail préparatoire de la loi ELGA en 2011. Ainsi, cet acteur semble encore occuper une position centrale dans l'e-santé en Autriche en 2012, et peut donc toujours être considéré comme le principal entrepreneur de politique publique de ce domaine. La manière dont il s'exprime sur la loi ELGA montre par ailleurs qu'il était particulièrement impliqué dans le processus :

'I, I'm, I'm not a strong supporter of either national or European legislation on, on standards and formats, technical standards and formats. Because, it is difficult you know, because they are constantly changed and you cannot change the legislation all the time. **But, on contrary to what I just said you know, we put in our healthcare Act reform 2011-2012** whenever it was, we changed under the expect of our Electronic Health Record back then, we, there we, there we legislated CDAs [Clinical Document Architectures] and IHE hum, **we said these are the preferred standards and formats you know**, CDAs, for the documents and IHE. **But we didn't do that on a very detailed level**, because you know you cannot publish protocols or whatever in a law, you know this is impossible because they might change and then you have to change the law. But on the other hand you know why did we do that in the framework of the ELGA Act, because **we also wanted to have the, the stability or the security, maybe less the stability but security that all the healthcare providers and their [he stresses this last word] ICT providers, are implementing accordingly our, intentions of interoperability.**'¹⁵³ (Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017)

Un autre acteur central de la communauté de politique publique d'e-santé confirme le rôle actif de M. Brunner dans cette phase d'adoption de la loi ELGA :

'Exactly yeah they [the doctors] had a campaign on that yeah. And this was just one example, so whenever there was a doctor on TV, uh... Mr Mayer sure can tell you but I can show you the posters. And I think it's also a main issue of resistance, and **we have had hard times, and especially Mr Brunner and the Minister of Health**, trying to establish a law for the healthcare record, had to overcome these resistances [...]'¹⁵⁴ (Entretien, acteur autrichien de l'e-santé, 09.03.2017)

¹⁵³ 'Je, je, je ne suis pas un grand supporter de la législation nationale ou européenne sur, sur les standards et les formats, les standards et formats techniques. Parce que, c'est difficile vous savez, parce que ils sont constamment modifiés et vous ne pouvez pas modifier la législation tout le temps. Mais, contrairement à ce que je viens juste de dire, nous avons mis dans notre acte de réforme de santé en 2011-2012 peu importe quand c'était, nous avons changé dans la prévision de notre dossier médical électronique à l'époque, nous avons légiféré sur les CDAs [*Clinical Document Architecture*] et IHE, nous avons dit ce sont les standards privilégiés vous savez, CDAs, pour les documents et IHE. Mais nous n'avons pas fait cela à un niveau très détaillé, parce que vous ne pouvez pas publier de protocoles ou quoi que ce soit dans une loi, vous savez c'est impossible parce qu'ils peuvent changer et ensuite vous devez changer la loi. Mais d'un autre côté pourquoi nous avons fait ça dans le cadre de la loi ELGA, parce que nous voulions avoir la stabilité ou la sécurité, peut-être moins la stabilité mais la sécurité, que tous les fournisseurs de santé et leurs fournisseurs en TIC, assureraient une mise en œuvre selon nos intentions d'interopérabilité' (Traduction par l'auteure)

¹⁵⁴ 'Exactement oui ils [les médecins] ont fait une campagne là-dessus oui. Et c'était juste un exemple, donc à chaque fois qu'il y avait un médecin à la TV... M. Mayer pourra sans aucun doute vous en dire plus mais je peux

L'absence d'usages de l'UE ne peut donc pas s'expliquer par une différence dans l'incarnation de l'entrepreneur de politique publique de l'e-santé, ou d'une variation dans la socialisation à l'UE. Bien au contraire, M. Brunner aurait dû, selon le principe de socialisation, réaliser des usages de l'UE plus importants en 2012 qu'en 2004, puisque son expérience européenne est alors plus ancienne et plus intense. Au contraire, nous soutenons que ce sont plutôt des éléments stratégiques contextuels qui ont participé à réduire le rôle de l'Union européenne dans cette phase d'adoption au Conseil National. En effet, comme nous l'avons démontré ci-dessus, la maturité globale de la configuration est plus élevée en 2012 (score de maturité : 14-17) qu'en 2004 (score de maturité : 10-12), notamment parce les solutions d'e-santé ont eu le temps d'être mûries et acceptées par la majorité des acteurs du système de santé. Dans ce contexte, le besoin de se référer à l'Union européenne pour des motifs de légitimation est sans doute moins impérieux.

La maturité des configurations semble ainsi être un facteur essentiel pour comprendre les usages de l'UE dans les politiques d'e-santé autrichiennes. En effet, nous avons pu observer qu'un même acteur, étroitement connecté aux développements européens et occupant une position centrale dans les politiques d'e-santé au niveau national, ne fait pas systématiquement usage de l'Union européenne dans son travail politique national. Au contraire, les variations de contexte, que nous avons analysées grâce au cadre modifié issu de la théorie des courants multiples, expliquent pourquoi le besoin d'un '*boost*' de légitimité varie au cours du temps. C'est donc bien l'intérêt des acteurs et leurs stratégies, qui, s'adaptant aux circonstances nationales, expliquent l'eupéanisation observée lors des débuts de l'e-santé en Autriche.

vous montrer les posters. Et je pense que c'est aussi principalement un problème de résistance, et nous avons eu des difficultés, et surtout M. Brunner et le Ministère de la Santé, à essayer d'établir une loi pour le dossier médical, ils ont eu à surpasser ces résistances' (Traduction par l'auteure)

Chapitre 4. Les usages de l'UE comme relance d'un processus de politique publique

Au travers du cas irlandais, ce chapitre s'intéresse aux usages de l'Union européenne qui conduisent à transformer cette institution en élément réactif d'une période de synthèse de politique publique. De manière similaire au chapitre précédent, deux configurations spécifiques seront analysées en utilisant la théorie modifiée des courants multiples et la grille d'analyse proposée en introduction de cette partie. La première configuration correspond à la mise sur agenda de l'e-santé en Irlande, principalement sous l'impulsion du Ministre de la Santé et de l'Enfance Micheál Martin qui prend ses fonctions en janvier 2000. La seconde correspond à la clôture de l'élaboration de la première stratégie d'e-santé irlandaise via la publication du document *National Information. A Health Strategy* en 2004, toujours durant le mandat de ce Ministre. Alors que le principal entrepreneur de politique publique (Micheál Martin), demeure identique, et que des liens forts avec l'Union européenne (et donc des possibilités d'usage) peuvent être identifiés dès la phase de mise sur agenda, ce n'est qu'en 2004 que l'UE semble devenir un acteur crucial des politiques publiques d'e-santé irlandaises. Nous montrerons ainsi comment la diminution de maturité entre les deux configurations, notamment due à la complexité de la formulation de la politique publique, contribue à expliquer le rôle de l'UE en tant qu'élément réactif de la période de synthèse clôturant la période d'élaboration (européanisation de troisième ordre).

I. La mise sur agenda gouvernementale de l'e-santé : un processus ancré au niveau national

A) Projets régionaux et locaux : premiers contacts entre l'e-santé irlandaise et le niveau européen

Avant de faire l'objet de politiques nationales, ce qui constitue le sujet de notre étude, les politiques d'e-santé se sont avant tout développées au niveau local et/ou régional en Irlande. En effet, avant 2005, la mise en œuvre des politiques de santé était organisée autour d'entités

régionales, les Health Boards, délimitées selon des contours régionaux et selon le nombre d'individus sur un territoire.¹⁵⁵

Parmi ces initiatives locales, plusieurs témoignent déjà d'une relation étroite avec le niveau européen. Ainsi, dans la stratégie publiée par le North Western Health Board (NWHB) en 2000, on retrouve plusieurs références à l'UE, à la fois dans un objectif de légitimation de l'initiative, et pour inciter à se saisir des fonds européens. On note par ailleurs, que le NWHB est déjà à l'époque engagé dans des projets européens en la matière (usage de répartition).

Usage de l'UE reposant sur une logique de légitimité

'And developments in Ireland are matched by developments in Europe. The European Commission Information Society Technologies (IS1) has said of ICT development and health that "Work will cover new generation computerised clinical systems, advanced telemedicine services and health network applications to support health professionals, continuity of care and health-service management, and intelligent systems allowing citizens to assume greater participation and responsibility for their own health."¹⁵⁶

Traces d'usages de l'UE reposant sur une logique de répartition des ressources

'Approximately 40 per cent of GPs in the Board area have some form of computerised practice administration system. A number of GPs use the Medex system. This system is used as the pilot for transmission of laboratory results. **The introduction of this facility using the EDIFACT standard resulted from the Board's involvement in an EU project to promote regional ICT systems and electronic communication (the CoCo project).**'¹⁵⁷

'In the preceding section of the report the cost constraints faced by the NWHB were discussed, and the gap between the Board's traditional expenditure on ICT and that of other health care organisations in the US and UK was highlighted. Irrespective of the specific content of the ICT programme to be adopted by the NWHB, the Board's main funding options are:

- To continue to seek national funds for all capital developments
- To 'top-slice' local budgets within the NWHB and thereby provide an addition to continued national funds
- **To seek alternative funding, e.g. EU funding**

¹⁵⁵ Entre 1999 et 2005, il existe onze Health Boards en Irlande. Quatre d'entre eux sont coordonnés par la Eastern Regional Health Authority (ERHA) : le Northern Area Health Board (NAHB), le East Coast Area Health Board (ECAHB) and le South-Western Area Health Board (SWAHB). Les sept autres sont : le Midland Health Board (MHB), le Mid-Western Health Board (MWHB), le North-Eastern Health Board (NEHB), le North-Western Health Board (NWHB), le South-Eastern Health Board (SEHB), le Southern Health Board (SHB), et le Western Health Board (WHB).

¹⁵⁶ North Western Health Board (2000). *Health informatics: a strategy for the North Western Health Board*, p.13

¹⁵⁷ North Western Health Board (2000). *Health informatics: a strategy for the North Western Health Board*, p.85

- To involve the private sector in a risk-sharing model for ICT development.¹⁵⁸

Tandis que l'usage de légitimité sert à appuyer l'argumentation en faveur du développement d'une politique d'e-santé (il semble ainsi important que les initiatives irlandaises correspondent à des développements analogues au niveau européen), les passages mentionnant l'usage de financements européens correspondent plus à des traces d'usages de répartition des ressources. Dans ce cadre, l'UE est utilisée car elle perturbe la distribution habituelle des ressources en offrant des financements spécifiques pour l'e-santé, qui sont dans le cas irlandais directement saisis afin de développer ou de mettre en œuvre une politique publique. A l'échelle locale, les financements européens peuvent avoir des effets importants, puisqu'ils peuvent directement être utilisés pour des expériences qui servent à la mise en œuvre de la politique. Cette importance tend à se réduire lorsque l'on passe à une échelle plus grande de territoire.

Le directeur général du NWHB occupera par la suite des fonctions de direction sur plusieurs projets nationaux d'e-santé, et se montre particulièrement investi sur cette thématique (Entretien, haut responsable au sein du Health Service Executive et des Health Boards, 01.12.2017). Le Southern Health Board (SHB) est également très impliqué dans le développement de l'e-santé, et ce dès les années 1990. De nombreux projets sont développés, notamment grâce aux programmes financés par l'Union européenne :

'So, then they decided that hum we would try and align our plans and thinking with the European Commission, because, and the WHO because that was the only way we would ever get funded. [?] but we learnt that if you put the letter 'e' in front of things suddenly there was funding. Really for true, because, if you say you want to do, national blood screening program, nobody is going to give you money, but if you want to do a national e-blood screening program certainly like there's a whole new world of funding.'¹⁵⁹

'So we are based in Cork as hum, like the bottom left corner as you look at it, so the whole Southern west of Ireland was our region, [...] we have a lot of mountains and and, a lot of islands people live on and things like that you know so we had to look a way of connecting them together so we built a network and, we are very, we still are but it was a very poor country, in those times, **so the only**

¹⁵⁸ North Western Health Board (2000). *Health informatics: a strategy for the North Western Health Board*, p.104

¹⁵⁹ 'Donc ensuite ils ont décidé que, on essaierait d'aligner nos plans et réflexions sur ceux de la Commission européenne, parce que, et de l'OMS parce que c'était le seul moyen pour être financés. [?] mais nous avons appris que si on met la lettre 'e' devant les choses tout d'un coup il y a un financement. C'est tout à fait vrai, parce que, si vous dites que vous voulez faire, un programme national de dépistage, personne ne va vous donner de l'argent, mais si vous voulez faire un programme national de dépistage sanguin qui transmet les résultats par voie électronique il y a très certainement tout un nouveau monde de financement qui s'ouvre à vous' (Traduction par l'auteure)

way we could get money to fund those type of works was on a collaboration with an EU body. So, we collaborated with the European Space Agency, because we decided that uh we needed to have some way of using satellites, [...], so together with hum the European Space Agency, we built a network and the program of work is called, FECV, which is Forward Emergency Control Vehicule¹⁶⁰ [...] So, and again, we didn't have any money for these things right? So, the European Commission had programs of work, which are called Framework Programs OK, but before the Framework Programs, there was a program called TEN-TELEMED, right? So the European Commission decided that they would look at how these new emergent technologies could support public good, so at this time this was still all called services for citizens.¹⁶¹

'So that's, then we built the whole national tele-neo-radiology service, and after that **then we continued to participate in a lot of European funded program under the FP**, I think FP three was one of the first one that we joined, I think one and two, were just, more narrowly focused on the technology rather than the service, so from about FP3 the European Commission decided that we should include the delivery people [...].'¹⁶²

(Entretien, manager de projets européens dans l'information et les télécommunications au Health Service Executive et au Southern Health Board, 04.12.2017)

Ces extraits témoignent d'importants usages de répartition de l'UE, qui servent directement à la mise en œuvre d'une politique publique locale. On compte ainsi, en octobre 2000, neuf projets européens visant l'introduction des TIC dans le domaine de la santé au SHB.¹⁶³ Selon notre enquêtée, ces programmes contribuent à apporter une certaine visibilité du SHB auprès de la Commission européenne :

¹⁶⁰ Sorte d'ambulance contrôlable à distance, dans laquelle les patients peuvent se faire examiner par des professionnels de santé via des communications satellites.

¹⁶¹ 'Donc nous sommes basés à Cork, qui est le coin en bas à gauche si vous regardez [une carte de l'Irlande], donc tout le sud ouest de l'Irlande était notre région, [...] nous avons beaucoup de montagnes et et, beaucoup d'îles sur lesquelles les gens vivent et des choses comme ça donc nous devons trouver un moyen de les connecter entre eux donc nous avons construit un réseau, et, nous sommes très, on l'est toujours mais l'Irlande était à l'époque un pays très pauvre, donc la seule façon pour nous d'avoir de l'argent pour financer ce type de travaux était la collaboration avec une institution de l'UE. Donc, on a collaboré avec l'Agence Spatiale Européenne, parce que nous avons décidé que nous avions besoin d'avoir un moyen d'utiliser des satellites, [...], donc avec l'Agence Spatiale Européenne, nous avons construit un réseau et le programme de travail est appelé, FECV, ce qui signifie Véhicule de Contrôle d'Urgence [...] Donc, à nouveau, nous n'avons pas d'argent pour ces programmes, donc la Commission européenne avait des programmes de travail, qui étaient appelés les programmes cadres, mais avant les programmes cadres, il y avait un programme appelé TEN-TELEMED. Donc la Commission européenne a décidé qu'ils s'intéresseraient à la manière dont ces nouvelles technologies émergentes pourraient soutenir l'intérêt public, donc à cette époque tout cela s'appelait encore les services pour les citoyens' (Traduction par l'auteure)

¹⁶² 'Donc ça, c'est quand nous avons construit le service national de télé-néo-radiologie, et après ça on a ensuite continué à participer à de nombreux programmes financés par le niveau européen dans le cadre des PC [programmes cadres], je crois que le PC trois était un des premiers qu'on a rejoint, je crois que le un et le deux, étaient juste, plus focalisés sur la technologie que sur les services, donc, à partir du PC trois la Commission européenne a décidé qu'on devrait inclure les personnes travaillant sur la prestation [...]' (Traduction par l'auteure)

¹⁶³ La liste de ces projets peut être trouvée sur le site du Southern Health Board (disponible dans les archives du Web, voir la section EU projects) : Nivemes, Stand-Risi, Titan, Stand-date, Rise, FECV, Healthline, Kate, TASTE

'[...] and at this stage, we had kind of caught the attention of the European Commission because we were doing things differently.'¹⁶⁴ (Entretien, manager de projets européens dans l'information et les télécommunications au Health Service Executive et au Southern Health Board, 04.12.2017)

Ces différents programmes de travail au sein du SHB conduisent en effet, en 2001, à la publication d'une stratégie régionale d'e-santé intitulée 'Health eSHB' (à laquelle a participé notre principale enquêtée sur cette période), qui sera récompensée par la Commission européenne via l'attribution d'un prix eGovernment.¹⁶⁵ Selon notre enquêtée, cet intérêt de la Commission va mettre en lumière les initiatives du SHB auprès du Ministre de la Santé et de l'Enfance de l'époque, Micheál Martin, qui aurait souhaité s'inspirer des travaux de ce Health Board pour développer une stratégie d'e-santé nationale.

'[...] a man called Seán Hurley, he was, the CEO of the Southern Health Board, and Seán, so he was the CEO of all the Southern Health Board which is SHB. And, hum at that time hum, the European Commission made, the Southern Health Board its reference site for anything to do with 'e' or 'tele' or technology in health. So, a lot of people came there on site visits from the countries who were states in accession. Accession countries at the time were Lithuania all of those countries, were waiting to get into the EU. So the EU said to them, like they were asking how do we you know, get standards and all this, and the EU said to them for a reference site you go to the Southern Health Board. So Seán Hurley was our CEO, and then uh the Southern Health Board got an award from the European Commission for best practice in e-service delivery. And then Micheál Martin was the Minister for Health, Micheál Martin is from Cork, which is always useful right? **So Micheál Martin and Seán Hurley were speaking, because he said "I've heard you had some kind of an award"**, this is absolutely true, right, and actually it's quite funny because I got this text this morning from Seán Hurley before you came, really and saying he's going to be in Cork tomorrow and can he come by for a coffee. Hum but he was speaking with me on Martin and he said that uh... Here is, look. He's coming tomorrow, for coffee to my office. But, so he was speaking to me on Martin, **he explained to him what it is, that we were doing, and hum he said "could we not do that elsewhere" and he said "yeah, but we need to have a plan"**'.¹⁶⁶ (Entretien, manager de projets européens dans

¹⁶⁴ '[...] et à ce stade, nous avons en quelque sorte attiré l'attention de la Commission européenne, parce qu'on faisait les choses différemment.' (Traduction par l'auteure)

¹⁶⁵ Southern Health Board (2001). 'Southern Health Board first in Europe to win eGovernment Award'. Press release. Available at: http://www.shb.ie/content261271079_1.cfm [Site Web archivé]

¹⁶⁶ '[...] un homme appelé Seán Hurley, il était le directeur général du Southern Health Board, et Seán, donc il était le directeur général de tout le Southern Health Board qu'on appelle SHB. Et, à ce moment-là, la Commission européenne a fait, du Southern Health Board son site de référence pour tout ce qui avait à voir avec le 'e' ou le 'tele' ou la technologie dans la santé. Donc, beaucoup de personnes des pays en accession sont venues pour visiter le site. Les pays en accession à l'époque étaient la Lituanie tous ces pays, étaient en attente pour rentrer dans l'UE. Donc l'UE leur a dit pour un site de référence vous allez au Southern Health Board. Et alors Seán Hurley était notre directeur général, et ensuite le Southern Health Board a reçu un prix de la meilleure pratique en prestation d'e-service de la Commission européenne. Et ensuite Micheál Martin a été le Ministre de la Santé, Micheál Martin vient de Cork, ce qui est toujours utile n'est-ce pas ? Donc Micheál Martin et Seán Hurley ont discuté, parce qu'il a dit "j'ai entendu que vous avez reçu un prix?", c'est absolument vrai, et à vrai dire c'est plutôt amusant car j'ai eu ce texto ce matin de Seán Hurley avant que vous arriviez, juste pour me dire

l'information et les télécommunications au Health Service Executive et au Southern Health Board, 04.12.2017)

Il est évidemment difficile de confirmer l'existence de telles discussions entre le directeur général du SHB et le Ministre de la Santé et de l'Enfance Micheál Martin, ces deux derniers n'ayant pas souhaité répondre à nos questions. À minima, nous pouvons supposer que les financements européens ont contribué non seulement à développer la politique publique d'e-santé du SHB (courant des solutions), mais également à donner de la visibilité à ce Health Board et aux initiatives de la Commission européenne auprès du Ministre (courant politique). Les usages de répartition des ressources auraient donc également affecté le courant politique, en mettant en exergue le rôle du SHB et de l'Union européenne en tant qu'acteurs de premier plan dans ce domaine.

C'est ainsi via l'échelle régionale que nous pouvons observer les premiers contacts entre les politiques irlandaises d'e-santé et le niveau européen. Étant donné les relations étroites entretenues par le Ministère avec les Health Boards à cette époque, de tels liens auraient pu constituer une base pour des usages de l'UE, notamment lors de la rédaction de la stratégie générale du Ministre qui implique un grand nombre d'acteurs et constitue le précipité de cette phase de mise sur agenda de l'e-santé en Irlande (voir ci-dessous).

B) L'e-santé dans le programme du Ministre de la Santé et de l'Enfance Micheál Martin

Malgré ces liens européens au niveau local, la première mise sur agenda de l'e-santé semble très ancrée dans des considérations nationales. Micheál Martin, qui devient Ministre de la Santé et de l'Enfance suite à un remaniement ministériel en janvier 2000,¹⁶⁷ annonce dès avril 2000 qu'il souhaite développer une stratégie nationale dans le domaine de l'information et de la santé. Nous le considérons ainsi, dans un premier temps, comme le principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Irlande. La santé électronique est présentée par le Ministre comme une solution permettant 'd'améliorer la santé', et de remettre 'le patient au centre du système', ce qui correspond aux objectifs généraux de la stratégie de santé qui sera publiée en 2001 :¹⁶⁸

qu'il allait être à Cork demain et qu'il pouvait passer pour un café. Donc il me parlait de Martin et il me disait que...Le voici, regardez. Il vient demain, à mon bureau pour un café. Donc, il me parlait de Martin, il lui a expliqué ce qu'on faisait, et il a dit « ne pourrions-nous pas faire cela ailleurs » et il a dit « oui, mais nous avons besoin d'un plan » (Traduction par l'auteure)

¹⁶⁷ Le gouvernement, issu du parti Fianna Fáil, est élu en 1997 pour une durée de 5 ans.

¹⁶⁸ McDaid David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 11(4), p.204

'The aim of this Government, said the Minister, was **to place the patient at the centre of our health services**. We wish to see services that accommodate patients, rather than the other way around and improved information must be used to improve care for the patient at the level of their hospital or their general practitioner. New systems that can allow the rapid transfer of information between hospitals, general practitioners and community services will help to **ensure a patient centred focus**.'¹⁶⁹

L'amélioration de la transmission d'informations est également censée servir à la production de meilleures données sur le système, qui permettraient au gouvernement d'évaluer l'efficacité des politiques publiques et des investissements effectués. Suite à l'annonce du développement d'une stratégie d'information en santé, différents dispositifs de consultation sont mis en place ; une 'National Health Information Conference' est d'abord organisée, suivie dès 2001 par des workshops régionaux dont les résultats sont rassemblés dans un document intitulé *National Health Information Strategy. Regional Consultative Workshop*. Les participants sont principalement des managers des différents Health Boards, des personnels spécialistes en TIC et des professionnels de santé. La coordinatrice de ces initiatives nous indique qu'un des enjeux principaux était alors la création d'un identifiant unique de santé (Correspondance écrite, Coordinatrice de la Stratégie Nationale d'Information en Santé au Ministère de la Santé (2001-2002), juillet 2019).

Les travaux autour de l'e-santé prennent donc place avant même la publication de la stratégie générale de réforme du système de santé intitulée *Quality and Fairness. A health system for you* en 2001. Cette réforme, comme de nombreuses autres mesures visant à rendre le système de santé irlandais plus orienté vers les soins primaires, intervient dans un contexte de croissance économique forte. Dans ce cadre, David McDaid, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos indiquent qu'un objectif central de cette stratégie est d'augmenter les financements investis dans le service de santé.¹⁷⁰ Cette réforme est par ailleurs particulièrement orientée vers un objectif de qualité du système de santé et prévoit de nombreux investissements, notamment dans le but de réduire le problème des listes d'attentes.

¹⁶⁹ Department of Health, Communiqué de presse du 27/11/2000, disponible sur <https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-martin-addresses-the-national-health-information-conference/> [Archives du web]. Traduction par l'auteure : 'L'objectif de ce Gouvernement, a dit le Ministre, est de mettre le patient au centre de nos services de santé. Nous souhaitons développer des services qui s'adaptent aux patients, et non l'inverse, et une meilleure information doit être utilisée pour améliorer les soins pour le patient au niveau de leur hôpital ou de leur médecin généraliste. Les nouveaux systèmes qui permettent le transfert rapide de l'information entre les hôpitaux, les médecins généralistes et les services communautaires aideront à mettre l'accent sur le patient.'

¹⁷⁰ McDaid David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 11(4), p.199; voir également : Department of Health, Communiqué de presse du 27/11/2000, disponible sur <https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-martin-addresses-the-national-health-information-conference/> [Archives du web]

'An Taoiseach, an Tanaiste and the Minister for Health and Children today, 26 November 2001, launched *Quality and Fairness*, a new Health Strategy for the next seven to ten years. The new Strategy was described by Taoiseach Bertie Ahern, T.D., as a programme of investment and reform, starting immediately and stretching over the next decade. **In the short term, the Strategy provides the largest bed capacity expansion in the history of the health service. 650 new beds will come onstream** in the next twelve months, all designated for public patients.[...]The Strategy plans the recruitment of a multi-disciplinary range of staff to develop primary care services for older people, including, over time:

7,000 additional day centre places

Increased funding for aids and appliances in people's homes

1,370 additional assessment and rehabilitation beds

Additional geriatricians in the acute geriatric medical services

600 additional day places covering specialist areas like falls, osteoporosis treatment, fracture prevention, Parkinson's Disease, stroke prevention, heart failure and continence promotion clinics.¹⁷¹

Cette stratégie sera par la suite à l'origine de modifications importantes du système de soins irlandais, notamment en ce qui concerne sa fragmentation et les difficultés d'accès aux soins primaires pour certaines catégories de la population. C'est dans ce document qu'est proposée la création de la Health Information and Quality Authority (HIQA), qui sera formellement établie en 2007.¹⁷² Cette agence indépendante se voit attribuer de nombreuses missions, que l'on peut classer en deux thématiques principales : 1) s'assurer que les services publics de santé soient au niveau des standards établis, que ce soit au niveau clinique ou managérial et 2) évaluer la performance des travailleurs sociaux et des personnels de santé afin qu'ils atteignent les meilleurs résultats possibles au vu de leurs ressources. Trois missions principales sont ainsi identifiées : développer l'information en santé, promouvoir et mettre en œuvre des programmes nationaux d'assurance qualité et superviser l'évaluation des technologies de santé. L'HIQA jouera par la suite un rôle central dans la définition des standards dans le domaine de la santé électronique (voir Chapitres 8 et 10).

La stratégie *Quality and Fairness, a Health System for You* comporte également une partie spécialement dédiée à l'introduction des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé, visible dans les actions numérotées de cent-quinze à cent-vingt-

¹⁷¹ Department of Health, 'New Health Strategy to focus on people, quality, fairness', Press release, 26.11.2001, Disponible sur : <https://health.gov.ie/blog/press-release/new-health-strategy-to-focus-on-people-quality-fairness/> [Archives du web], voir également : Department of Health, 'Speech by Mr. Micheál Martin TD – Launch of Health Strategy', Press release, 26.11.2001, Disponible sur: <https://health.gov.ie/blog/speeches/speech-by-mr-micheal-martin-td-launch-of-health-strategy/> [Archives du web]

¹⁷² Une agence intérimaire sera mise en place avant la création formelle de l'HIQA.

Chapitre 4. Les usages de l'UE comme relance d'un processus de politique publique

et-un. La préparation d'une stratégie nationale d'information en santé ainsi que le développement d'un dossier de santé électronique y sont mentionnés.

Tableau 11. Résumé des actions e-santé dans *Quality and Fairness, a Health System for you*, 2001, p.48

N°	Action	Deliverable	Target date	Responsibility
115	The National Health Information Strategy will be published and implemented	Publication of National Health Information Strategy	December 2001	Department of Health and Children (DoHC)
116	There will be a sustained programme of investment in the development of national health information systems as set out in the National Health Information Strategy	Specific developments in the information infrastructure	Ongoing	DoHC/Health boards/Health Information and Quality Authority
117	Information and communications technology will be fully exploited in service delivery	Implementation of the National Health Information Strategy	Ongoing	DoHC/Health boards/Health Information and Quality Authority
118	Information-sharing systems and the use of electronic patient records will be introduced on a phases-basis	Phases implementation of the electronic health-care record in line with the National Health Information Strategy	Ongoing	DoHC/Health boards/Health Information and Quality Authority
119	A national secure communications infrastructure will be developed for the health services	Health services secure network	2004	DoHC/Health boards/Health Information and Quality Authority
120	Information system development will be promoted as central to the planning process	Enhanced planning protocols in place	2002	DoHC/Health Boards
121	Health information legislation will be introduced	Bill published	2002	DoHC

Les technologies de l'information et de la communication participent ainsi à la réalisation du quatrième 'objectif national' décrit par la stratégie *Quality and Fairness : a Health System for You*, à savoir la recherche d'une 'haute performance',¹⁷³ qui se décline en deux thématiques :

- 1) Le développement de systèmes de qualité standardisés pour favoriser la sécurité et les meilleurs soins à apporter au patient
- 2) Les preuves et les objectifs stratégiques doivent être à la base de toute planification/décision.

On retrouve ici les principaux objectifs rattachés à l'e-santé tels que présentés par le Ministre de la Santé et de l'Enfance en 2000 : améliorer la qualité et la sécurité des soins, et favoriser la prise de décision basée sur l'information (voir supra).¹⁷⁴ On note par ailleurs qu'une emphase particulière est mise sur la contribution de l'e-santé à la stratégie globale :

'Information plays a central role in supporting strategic goals and in underpinning the principles of the Health Strategy. **It must not be seen merely as an add-on.**'¹⁷⁵

La mise sur agenda gouvernementale de l'e-santé intervient donc dans un contexte économique propice aux investissements, ce qui contraste fortement avec le cas autrichien (et le cas français comme nous le verrons dans le chapitre suivant), dans lequel l'e-santé est introduite dans une réforme visant avant tout la maîtrise des coûts. En Irlande, on observe par ailleurs que l'e-santé fait partie des priorités programmatiques du nouveau Ministre de la Santé et de l'Enfance (et principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé) Micheál Martin.

C) Une configuration particulièrement mûre pour les politiques d'e-santé

La mise sur agenda de l'e-santé se concrétise donc ici par un 'précipité solide', qui formalise la volonté du gouvernement de s'investir dans ces politiques, et qui correspond à l'inclusion de ce domaine dans la stratégie nationale *Quality and Fairness, a Health System for you*. Comment évaluer la configuration de cette mise sur agenda de l'e-santé en Irlande ?

¹⁷³ Les trois autres objectifs sont, dans l'ordre : une meilleure santé pour tous, un accès juste, une prestation des soins adaptée et appropriée. Voir : Department of Health (2001), *Quality and Fairness, a Health System for you*, p.59

¹⁷⁴ Department of Health, Communiqué de presse du 27/11/2000, disponible sur <https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-martin-addresses-the-national-health-information-conference/> [Archives du web]

¹⁷⁵ Department of Health (2001), *Quality and Fairness, a Health System for you*, p.132. Traduction par l'auteure : 'L'information joue un rôle central dans la réalisation des objectifs stratégiques et dans la mise en œuvre des principes de la Stratégie de Santé. Elle ne doit pas être vue comme un simple accessoire.'

Tout d'abord, nous pouvons observer que l'élément réactif de la configuration est bien présent : c'est l'arrivée au pouvoir d'un nouveau Ministre de la Santé et de l'Enfance, et la préparation d'une nouvelle stratégie globale de santé qui organisent la temporalité de cette mise sur agenda. Ensuite, le courant politique paraît également être très favorable à l'e-santé. En effet, celle-ci est une priorité programmatique du Ministre Micheál Martin, et ne semble pas rencontrer d'opposition politique particulière. Par ailleurs, et alors que le Ministère autrichien devait déjà à cette époque gérer les difficultés de mise en œuvre d'un premier projet national, le développement de la santé électronique au niveau étatique est encore 'vierge' en Irlande, puisque c'est au niveau régional au sein des Health Boards que ce sont développées la plupart des initiatives antérieures (voir p.151). La maturité du courant politique vis-à-vis des politiques d'e-santé peut donc être évaluée comme élevée (c'est-à-dire à un score de quatre sur un total de cinq), puisque aucun obstacle politique spécifique ne peut être identifié.

Ensuite, l'e-santé s'inscrit dans une réforme globale de santé dont les objectifs semblent être en bonne adéquation avec ces solutions. En effet, il ne s'agit pas ici de réduire les dépenses de santé, mais au contraire d'investir afin d'assurer une meilleure qualité et sécurité des soins, ainsi qu'une meilleure performance globale du système de santé. L'e-santé, puisqu'elle vise précisément à améliorer le flux d'informations, semble donc répondre, en principe, aux problèmes que souhaite régler la réforme proposée par le Ministre Micheál Martin. La santé électronique correspond également au souhait du Ministre de créer un système plus 'orienté vers le patient'. L'adéquation entre problème et solution est donc dans ce cas élevée, et peut donc s'évaluer à quatre sur un total de cinq.

Le courant des solutions est quant à lui très probablement le moins mûr de la configuration. En effet, à l'instar des autres cas analysés, les dispositifs d'e-santé sont particulièrement innovants au début des années 2000, et reposent sur des technologies comme l'internet, qui, bien qu'elles soient alors en pleine expansion, ne sont pas encore majoritairement répandues parmi les usagers. Néanmoins, les technologies d'e-santé ont déjà été expérimentées et fait l'objet de nombreuses stratégies au sein des Health Boards. Celles-ci ont résulté, à plusieurs reprises, dans des mises en œuvre à petite échelle, qui permettent de préfigurer des solutions à l'échelle nationale de la même manière que des projets pilotes. C'est par exemple le cas du projet Healthlink qui débute en 1995 et a pour objectif de fournir un système de messagerie

structurée¹⁷⁶ sécurisée pour les données de santé entre médecins généralistes, les hôpitaux et autres établissements de santé, rendant possible la transmission de documents tels que des résultats de radiologie, d'analyses de laboratoires ou encore de rapports cardiologiques.¹⁷⁷ Ainsi, les relations étroites entre certains Health Boards et le Ministre de la Santé participent sans doute à rendre ce courant des solutions un peu plus mûr que dans d'autres pays. Nous évaluons ainsi cette maturité comme plutôt faible,¹⁷⁸ c'est-à-dire s'établissant entre un et deux sur un total de cinq.

Tableau 12. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en Irlande, 2000-2001

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	4	4	+Priorité programmatique du nouveau Ministre de la Santé +Pas d'antécédents, pas d'opposition politique particulière
Courant des problèmes	4	4	+Objectifs de la réforme globale : amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, augmentation de la performance du système (décisions basées sur la preuve et sur l'information), système orienté vers le patient
Courant des solutions	2	1	–Solutions très innovantes, peu d'exemples internationaux +Développement important d'initiatives locales sur lesquelles peut s'appuyer la formulation de solutions au niveau national
Élément réactif	5	5	Arrivée au pouvoir d'un nouveau Ministre de la Santé, réforme globale du système de santé
Maturité de la configuration	15	14	

Cette configuration étant particulièrement favorable aux politiques d'e-santé, les documents analysés ne révèlent aucune référence spécifique à l'Union européenne.¹⁷⁹ De même, les

¹⁷⁶ Le terme de messagerie structurée renvoie ici au fait que seuls certains types de messages standardisés, tels que des résultats de laboratoire par exemple, peuvent être transmis. Avec Healthlink, l'échange de messages en écriture libre n'est pas possible, et c'est plus tard l'application Healthmail qui permettra l'échange de mails sécurisés.

¹⁷⁷ Ce projet a, au fur et à mesure des années, pris de l'ampleur pour finalement être développé au niveau national à partir de 2007. Il est aujourd'hui financé par le Health Service Executive, ses services sont donc accessibles gratuitement pour les praticiens en contrat avec le Health Service Executive.

¹⁷⁸ Nous l'avons évaluée à un score de un pour l'Autriche, cas dans lequel les connexions entre initiatives locales et nationales ne sont pas apparues comme un élément significatif.

¹⁷⁹ Department of Health, Communiqué de presse du 27/11/2000, disponible sur <https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-martin-addresses-the-national-health-information-conference/> [Archives du web] ; Department

acteurs interrogés qui occupaient une fonction relative à l'e-santé à cette période n'ont pas mentionné de lien particulier entre l'Union européenne et l'inclusion de l'e-santé dans la stratégie *Quality and Fairness, a Health System for You*.¹⁸⁰ Nous ne pouvons donc pas observer d'importants usages de l'UE durant cette période, ce qui n'exclut pas que des usages plus restreints aient été opérés dans le cercle des conseillers de l'ex-Ministre Micheál Martin. Cependant, en l'absence d'une quelconque trace de ces usages et de données provenant de ces acteurs,¹⁸¹ nous considérons cette configuration comme un cas de non usage de l'Union européenne.

Alors que les plans d'action eEurope publiés en 1999 puis en 2000 invitent déjà les États membres à investir dans l'e-santé (voir Encadré ci-dessous), et que les acteurs régionaux des Health Boards témoignent d'importantes connexions avec le niveau européen, c'est plus probablement la configuration particulièrement mûre vis-à-vis de l'e-santé qui explique cette absence d'intérêt pour les usages de l'UE. En effet, le contexte décrit ci-dessus montre que le Ministre de la Santé n'a pas eu besoin de recourir à un 'boost' de légitimité afin de promouvoir les politiques publiques d'e-santé au niveau national.

Encadré 2. L'e-santé dans les plans d'action eEurope 1999, 2002

Communication du 8 décembre 1999, concernant une initiative de la Commission pour le Conseil européen extraordinaire de Lisbonne des 23 et 24 mars 2000: eEurope - Une société de l'information pour tous [COM(1999) 687 final - Non publié au Journal officiel].

Des soins de santé en ligne

En matière de santé, le recours aux réseaux et à des techniques intelligentes pour la surveillance de la santé, l'accès à l'information et aux soins de santé pourraient véritablement améliorer l'efficacité des services de santé pour tous les citoyens.

Pour la fin de l'année 2003, tout citoyen devrait pouvoir disposer d'une carte à puce sanitaire offrant un accès sûr et confidentiel aux informations le concernant sur le réseau.

of Health, 'New Health Strategy to focus on people, quality, fairness', Press release, 26.11.2001, Disponible sur : <https://health.gov.ie/blog/press-release/new-health-strategy-to-focus-on-people-quality-fairness/> [Archives du web]; Department of Health, 'Speech by Mr. Micheál Martin TD – Launch of Health Strategy', Press release, 26.11.2001, Disponible sur: <https://health.gov.ie/blog/speeches/speech-by-mr-micheal-martin-td-launch-of-health-strategy/> [Archives du web]; Department of Health (2001), *Quality and Fairness, a Health System for you*. Department of Health (2001), *Quality and Fairness, a Health System for you: Executive summary*.

¹⁸⁰ Entretien, haut responsable au sein du Health Service Executive et des Health Boards, 01.12.2017 ; Entretien, haut responsable au sein du Health Service Executive et des Health Boards, 08.12.2017 ; Entretien, acteur de l'e-santé au sein du Health Service Executive, 18.12.2017 ; Correspondance écrite, Coordinatrice de la Stratégie Nationale d'Information en Santé au Ministère de la Santé (2001-2002), juillet 2019 ; Correspondance écrite, acteur de l'e-santé au sein des Health Boards, novembre 2017

¹⁸¹ Nous n'avons pas réussi à obtenir d'entretiens ni avec l'ex-Ministre Micheál Martin ni avec sa conseillère spéciale sur les questions de santé Deirdre Gillane.

eEurope 2002 - An Information society for all - Draft Action Plan prepared by the European Commission for the European Council in Feira - 19-20 June 2000

/* COM/2000/0330 final */

c) Health online

The Lisbon Summit indicated that *real efforts must be made by public administrations at all levels to exploit new technologies to make information as accessible as possible.*

The challenge

Health services in all Member States are large, expensive and complex sectors to administrate. The prime objective of this action is to develop an infrastructure of user friendly, validated and interoperable systems for health education, disease prevention and medical care. Many of the tools for the building of such an infrastructure exist, however efforts are needed at Member State level to move towards the implementation of the infrastructure in a coherent way which enables them to use technology to achieve their health objectives. As well as requiring an infrastructure which can connect citizens, practitioners and authorities on-line, four key challenges remain for the full exploitation of Health online:

- i. Electronic health services are growing across Europe and the world. Accordingly best practices must be identified and disseminated. In parallel European bench-marking criteria should be developed.
- ii. Health related information is amongst the most frequently accessed information on the Internet. Yet at present the European citizen has very few resources with which to assess the quality and authenticity of this vital information.
- iii. Public expenditure on health telematics tools and devices is a significant item in health budgets. Yet currently very little independent technology assessment exists to guide the purchaser's decision-making. Similarly, medical practitioners need access to up-to-date, networked public health data guidelines in order to assist their disease management decision-making.
- iv. Europe currently holds a strong position in the nascent eHealth industry, which represents approximately 6% of the IT market. Yet particular uncertainty persists in the health telematics related industry about responsibility and data protection, the legality of providing on-line medical opinions, as well as on-line pharmaceutical information and product supply.

The eEurope response

Management and operation of the health services are a Member State competence, yet there is a role for the Community complementing their activities with the aim of improving public health, preventing human illness and diseases, and obviating sources of danger to human health (Art 152 Amsterdam Treaty). An action will be launched through the IST programme to identify and disseminate best practices in eHealth and develop benchmarking criteria. Furthermore, in collaboration with key experts, a series of quality criteria will be established for health-related websites, which would form the basis for a European level trustmark. The Commission will publish a Communication on 'Legal Aspects of eHealth in 2001'. The objective would be to review current legislation which has a bearing on the area, clarifying the existing legislation and building industrial confidence to enter the market. The eEurope response will aim to accelerate market development. In-depth European wide technology assessments of key health telematics applications will be undertaken to assess their feasibility in terms of interoperability and cost-and effectiveness. In addition, specific data assessment networks will be established, including a pharmaceutical relative effectiveness network which would help Member State health systems to make informed purchasing decisions and networked databanks on communicable disease incidence in the Member States. The Commission will facilitate the setting-up of the networks by Member States at a European level, while offering a European level quality assurance.

Action	Actor (s)	Deadline
Ensure that primary and secondary healthcare providers have health <u>telematics</u> infrastructure in place including regional networks	Member States	end 2002
Best practice in electronic health services in Europe identified and disseminated, benchmarking criteria set.	Member States, European Commission, Private Sector	end 2001
Establish a set of quality criteria for health related websites.	European Commission, Member States, Private Sector	end 2001
Establish health technology and data assessment networks.	European Commission, Member States, Private Sector	end 2002

II. L'UE comme élément réactif : la relance de la politique d'e-santé irlandaise

A) Un processus d'élaboration qui s'essouffle

Alors que la publication de la *National Health Information Strategy* est prévue pour décembre 2001, et que le processus de son élaboration est déjà bien entamé (organisation d'une *National Health Information Conference* et de workshops régionaux dès 2000), celle-ci ne sera finalement publiée que trois années plus tard, en 2004. Il semble donc qu'après un moment fort de mise sur agenda et d'enclenchement rapide du processus d'élaboration, le processus de formulation de la politique publique se soit essoufflé. Les retards pris dans la formulation de cette stratégie ne manquent pas d'être soulignés par certains députés, qui interrogent le Ministre Micheál Martin à ce sujet lors de sessions parlementaires :

Débat du Dáil Éireann¹⁸² – Mercredi 17 avril 2002

Question: Mr. Allen asked the Minister for Health and Children **the reason his Department has missed the deadline** for publication of the national health information strategy which was scheduled for December 2001. [11226/02]

Minister for Health and Children (Mr. Martin): My Department has been engaged in the completion of the national health information strategy and an advanced draft of the report is now being considered and will soon be ready to be submitted to Government.

The overall approach to developing the strategy has been guided by a steering group comprising of representatives of my Department, the health boards and health organizations. A project team was responsible for co-ordinating the work and preparing the final draft of the strategy. I established a series of working groups to make recommendations on key themes that will inform the strategy,

¹⁸² Chambre basse de l'Oireachtas, Parlement irlandais.

such as those relating to improved information for the consumers of health services, e-health, security and use of data. In addition, I initiated a wide ranging consultation process in relation to this strategy. This involved representatives of all the key stakeholders as well as consultations with members of the public, staff of the health services, health boards and other agencies. As a result of the approach adopted by my Department, the national health information strategy will be a most valuable document that will help inform all aspects of the health services and in so doing, support the achievement of many of the aims of the health strategy.

Débat du Dáil Éireann¹⁸³ – Mardi 27 janvier 2004

Question: Mr. Crawford asked the Minister for Health and Children **when the information health strategy promised for 2001 will be published.** [1549/04]

Mr. Martin: The draft memorandum for Government for the national health information strategy was circulated to Departments for observation in December 2003. My Department is currently considering the observations received with a view to an early submission to the Government of the national health information strategy.

Ms. O. Mitchell: **I am a bit concerned about this issue. The reason the question was tabled is that the health information strategy is now three years overdue.** Following the strategy, I presume some sort of a plan for its implementation must be drawn up, yet there is neither strategy nor plan in place. I welcome the fact that a considerable sum of money has been allocated this year for investment in an information strategy for the health service. As the Minister is aware, this has been grossly lacking and it has resulted in very expansive mistakes being made in regard to the absence of data.

Has a decision been made on how to spend the money allocated for this year? Has it been made in the absence of an overall plan, given that this is a once-off investment which still determines how the system can be administered and the kind of information that will be available for making decisions in the future? Is it vital to have a coherent plan in place for the spending of the money? Have the tenders been sought for a contract. What is the brief? Where is it intended to spend the money? Have outstanding issues regarding privacy, human rights and so been resolved? How and when does he expect the money to be spent?

Mr. Martin: It is not three years. The health strategy was concluded in November 2001, which amounts to a year.

Ms. O. Mitchell: It is now 2004.

Mr. Martin: If something ends at the end of one year and is moved to the first month of the next year, it becomes three years.

Widespread consultation was necessary with various Government Departments, hospitals and the health system generally. There were significant issues in regard to the Data Protection Office such as the

¹⁸³ Chambre basse de l'Oireachtas, Parlement irlandais.

utilization of the PPS [Personal Public Service] number which still requires a resolution. That necessitated a certain amount of work. The work is done on the strategy. We ring-fenced significant additional funding for the implementation of the health information strategy, beginning in 2004. It is not once-off funding. Significant ongoing funding will be required.

On the Deputy's question, although it does not affect the national health information strategy, tenders went out for a specific software package in terms of the collection of information on hospital activities. No decision has been taken on accepting or spending the money. I can supply the Deputy with further information.

Dans un premier temps, le Ministre semble suggérer que le retard pris dans la publication de la stratégie d'information en santé s'explique par la mise en place d'une vaste consultation. Pourtant, les documents que nous avons pu trouver indiquent que ces processus ont pris fin dès 2001, avec la publication du rapport sur la *National Health Information Conference* rédigé par le Royal College of Physicians of Ireland le 27 Novembre 2000 et du rapport sur les workshops consultatifs régionaux en juillet 2001. Par la suite, le Ministre évoque des difficultés relatives à la question de la protection des données et à l'identification des patients, et une correspondance écrite (juillet 2019) avec la coordinatrice de la Stratégie Nationale d'Information en Santé de 2001 à 2002 confirme que l'introduction d'un identifiant unique en santé était un enjeu clé des discussions. Développer une stratégie d'information en santé revient donc ici à traiter plusieurs problèmes épineux, qui nécessitent l'adoption d'un dispositif juridique spécifique.¹⁸⁴ En ce sens, la préparation d'un document de stratégie de politique publique, si elle sert à élaborer une feuille de route pour le gouvernement, ne permet pas tout à fait d'aborder les problèmes principaux de formulation tels qu'ils se posent très tôt en Irlande, puisque c'est par la rédaction d'une loi et la construction d'un consensus politique que les questions de protection des données et d'identification des patients peuvent être tranchées. Ainsi, l'adéquation entre les problèmes liés à l'élaboration de la politique publique et la réponse apportée par la stratégie peut s'évaluer à trois sur un total de cinq.

L'échéance fixée par le Ministre dans *Quality and Fairness, a Health System for You* (décembre 2001) ne semble par ailleurs pas suffisante pour constituer un élément réactif fort permettant de clôturer une phase d'élaboration qui s'avère plus complexe que prévue. A cette complexité s'ajoute le fait que l'agenda du Ministre est, dès 2003, occupé par ce que David Mc Daid, Miriam Wiley, Anna Maresso et Elias Mossialos qualifient de 'restructuration la

¹⁸⁴ À noter que la plupart de ces problèmes d'ordre juridique ne sont toujours pas réglés au moment de l'étude, c'est-à-dire en 2019, alors qu'une loi sur l'information en santé est en préparation depuis une dizaine d'années (voir Chapitre 9).

plus radicale du système de santé [irlandais] depuis 1970'¹⁸⁵. En effet, ces auteur.e.s indiquent que lors de la préparation de la stratégie *Quality and Fairness : a Health System for you*, plusieurs problématiques liées à la décentralisation et à la fragmentation du système de santé irlandais ont été soulignées. En particulier, le fait que la majorité des membres des Health Boards soit élue politiquement semblait donner un prisme exclusivement local ou régional aux décisions, au détriment d'une planification nationale efficace. Pour ces mêmes raisons, la perception selon laquelle les services de santé étaient inégalement développés selon les Health Boards était largement répandue.¹⁸⁶ Entre 2001 et 2003, plusieurs rapports¹⁸⁷ commandés par le Ministère de la Santé suggèrent ainsi 'des changements radicaux dans les structures organisationnelles dans le but d'améliorer la direction stratégique, le management, la prestation et la responsabilité dans le système de santé'¹⁸⁸. Ces recommandations donnent lieu, en 2003, à la publication d'un programme de réforme (*Health Service Reform Programme*), qui traite directement du problème de la décentralisation en supprimant les Health Boards pour les fusionner dans une même organisation, le Health Service Executive (HSE). Dans un tel contexte, la priorité programmatique accordée à l'e-santé en début de mandat semble réduite,¹⁸⁹ et le Ministre n'aborde plus le sujet de la santé électronique publiquement jusqu'en 2004.¹⁹⁰ Le contexte politique ne s'avère donc pas particulièrement propice à l'investissement dans la formulation des politiques publiques d'e-santé, en particulier si ce processus s'avère difficile, comme c'est le cas en Irlande à cette période. Nous évaluons ainsi la maturité du courant politique lors de ce processus de formulation à deux sur un total de cinq.

¹⁸⁵ McDaid David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 11(4), p.200

¹⁸⁶ McDaid David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 11(4), p.37

¹⁸⁷ Brennan Niamh (2003). *Commission on financial management and control systems in the health service*. Dublin, Stationery Office ; Deloitte & Touche Organization (2001). *Value for money audit of the Irish health system*. Dublin, Deloitte & Touche Organization ; Prospectus (2003). *Audit of structures and functions in the health system*. Dublin, Stationery Office.

¹⁸⁸ McDaid David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland: Health system review'. *Health Systems in Transition*, 11(4), p.200

¹⁸⁹ Cette interprétation est également soutenue par la coordinatrice de la Stratégie Nationale d'Information en Santé au Ministère de la Santé, bien qu'elle n'ait pas pu assister à la totalité du processus de formulation : 'As I left the role in 2002 I am not aware of why it was delayed. However in my opinion the NHIS was meant to be released to support the work of the *Quality and Fairness: A Health System for You* (2001) report. However there was a lot of changes with regards to healthcare in Ireland which led to the publishing of the Health Service Reform Programme (2003) and the establishment of the Health Services Executive (HSE) in 2004. I think this is what led to the delay in publishing the document.'

¹⁹⁰ Recherche par mots clés dans les communiqués de presse du Department of Health de 2001 à 2004. Les mots-clés utilisés pour la recherche sont : information (pour l'expression 'health information') et ICT. La recherche a été effectuée sur un site web du Department of Health maintenant archivé : <https://health.gov.ie/publications-research/publications/>

Enfin nous considérons le courant des solutions comme similaire à la période de 2000-2001, le nombre d'années s'étant écoulé entre les deux phases ne permettant pas d'observer de transformations radicales de ce courant.

Tableau 13. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de l'élaboration des politiques d'e-santé en Irlande, 2004

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	2	2	–Dès 2003 est entreprise une réforme majeure du système de santé, ce qui diminue la priorité accordée à l'e-santé –L'e-santé rencontre des problématiques qui demanderaient la construction d'un consensus potentiellement coûteux politiquement +Soutien en principe du Ministre de la Santé
Courant des problèmes	3	3	+La stratégie permet d'élaborer une feuille de route pour le développement de l'e-santé –La stratégie ne permet pas de régler les problèmes d'ordre juridique qui constituent déjà des obstacles au développement de l'e-santé en Irlande +Le développement de l'e-santé ne rentre pas en contradiction avec la volonté de réorganisation du système de santé
Courant des solutions	1	2	–Solutions très innovantes, peu d'exemples internationaux +Développement important d'initiatives locales sur lesquelles peut s'appuyer la formulation de solutions au niveau national
Élément réactif	0	0	Absent : l'échéance pour une stratégie nationale d'information en santé fixée en 2001 n'est pas respectée
Maturité de la configuration	6	7	

Telle que présentée ci-dessus, la maturité de la configuration s'avère particulièrement faible, réduisant drastiquement les chances qu'une synthèse s'opère (ie. que le processus d'élaboration aboutisse effectivement à la production d'une stratégie). Mais au-delà de ce score particulièrement bas, c'est bien l'absence d'un élément réactif suffisamment fort pour motiver l'action des individus qui empêche la synthèse de se réaliser. En effet, la première échéance fixée dans *Quality and Fairness: A Health System for you* n'a pas suffi à assurer la production effective de la stratégie, et le processus d'élaboration ne semble pas suffisamment avancé pour qu'un effet de dépendance au sentier puisse s'opérer comme dans le cas

Autrichien. Pourtant, la stratégie nationale d'information en santé est finalement publiée en 2004.

B) La stratégie irlandaise d'e-santé en trois documents

Après une période d'essoufflement, les politiques publiques irlandaises d'e-santé retrouvent une nouvelle impulsion en 2004. En effet, trois documents stratégiques sont alors publiés par des entités différentes.

La première stratégie, intitulée '*Embedding the e in health. A Strategic ICT Framework for the Irish Health System*' est publiée par le Health Boards Executive (HeBE), comité chargé d'assurer la coordination de certaines actions au sein des Health Boards. Elle est présentée comme une contribution à la réalisation de la stratégie nationale *Quality and Fairness: a Health System for You*, et vise à 'accompagner' le document publié par le Ministère de la Santé, '*Health Information. A National Strategy*'. L'objectif est d'apporter une 'réflexion stratégique' dans le domaine de la santé électronique, bien que le degré de précision opérationnelle soit relativement limité : la structure du système de santé étant sur le point d'être entièrement transformée (voir supra), aucune responsabilité de projet ne peut être attribuée. De même, le système de gouvernance qui permettrait de valider et de superviser des projets d'e-santé reste à établir. Le document contient donc avant tout des considérations très générales sur la nécessité de développer les TIC dans le domaine de la santé, sur les principes devant soutenir ces développements, et sur les grandes étapes à entreprendre afin de mener à bien une politique d'e-santé.

La seconde stratégie, intitulée '*An e-Healthy State ?*', est publiée par la Commission de la Société de l'Information en Décembre 2004. Cette Commission, qui appartient aux services du Premier Ministre (Department of the Taoiseach), a été créée en 1997 et a pour objectif d'aider au développement de la société de l'information en Irlande, en conduisant des activités d'analyse et de recherche, en conseillant le Premier Ministre sur ces problématiques et en participant à la diffusion de la connaissance sur les technologies de l'information et de la communication. Elle est composée de dix membres issus du secteur privé et du secteur public. De même que le document publié par le HeBE, cette stratégie comporte peu de recommandations opérationnelles, et vise surtout à plaider en faveur du développement de l'e-santé. Les avantages et bénéfices de ces technologies sont ainsi abondamment soulignés.¹⁹¹

¹⁹¹ Voir par exemple : Information Society Commission (2004). *An e-Healthy State?*, p.5, p.7

Enfin, la stratégie développée par le Department of Health, '*Health Information A national Strategy*', est présentée par le Ministre de la Santé le 20 juillet 2004. Si nous considérons ce document comme essentiel sur le plan du pilotage stratégique, l'articulation entre ces différents documents est loin d'être évidente :

'As to status and how the different strategies interfaced with each other, that's a good question. Section A of "Embedding the e in Health" did try to explain this. The NHIS [National Health Information Strategy] did not refer at all to the the HeBE work and basically did not accord any "status" to it.'¹⁹² (Correspondance écrite, principal rédacteur de *Embedding the e in health*, Novembre 2017)

'[...] but at that time, people didn't see the relationship between all of the different sides of work that was being done. [?] But it was the coordination that was actually quite difficult, because they were legally separated entities. So for example like HIQA was legally separate to the HSE so they had to prepare their own documentation, to make their submission to get their funding. But like automatically we would all answering to the Department of Health, and to the Department of the Taoiseach, and it was fitting with an overall eGovernment action plan. You know so... **It's like confusing when there is more than one document but, when they're all fitting in to the one national eGovernment action plan, it can makes a bit, of sense.**'¹⁹³ (Entretien, manager de projets européens dans l'information et les télécommunications au Health Service Executive et au Southern Health Board, 04.12.2017)

Contrairement aux deux documents présentés ci-dessus, un certain nombre de projets précis sont annoncés dans la stratégie présentée par le Ministre de la Santé et de l'Enfance : création d'un portail d'information sur la santé, développement des dossiers médicaux électroniques, mise en place d'un identifiant unique de santé, travail sur une proposition de législation ('*Health and Information bill*'). Vingt-sept actions différentes sont présentées, chacune étant associée à un livrable, une temporalité spécifique ('phases') et à une entité en charge de la réaliser. Un rôle important est attribué à l'Health Information and Quality Authority (HIQA), qui endosse une responsabilité pour vingt de ces actions. En termes d'échéance, la phase une

¹⁹² 'Quant au statut et à la manière dont les différentes stratégies interagissaient entre elles, c'est une bonne question. La section A de "Embedding the e in Health" a essayé de l'expliquer. La NHIS [*National Health Information Strategy*] ne s'est pas du tout référée au travail du HeBE et ne lui a par accordé de "statut" particulier.' (Traduction par l'auteure)

¹⁹³ '[...] mais à cette époque, les gens ne voyaient pas le lien entre tous les différent aspects du travail qui était réalisé. [?] Mais c'était la coordination qui était en réalité assez difficile, car c'étaient des entités légalement distinctes. Donc par exemple l'HIQA était légalement distincte du HSE donc ils avaient à préparer leur propre documentation, pour faire leur soumission pour avoir leurs financements. Mais automatiquement nous répondions tous du Ministère de la Santé, et des services du premier Ministre, et cela rentrait dans le cadre d'un plan d'action national d'eGouvernement. Donc... Cela apporte de la confusion quand il y a plus d'un document mais, quand ils rentrent tous dans le cadre d'un plan d'action national eGouvernement, cela peut faire un peu sens.' (Traduction par l'auteure)

correspond aux priorités de court terme (un à deux ans), la phase deux aux priorités de moyen-terme (trois à cinq ans) et la phase trois aux priorités de long-terme (six ans et plus).

Tableau 14. Liste des actions à entreprendre, *Health Information. A National Strategy*, 2004 (Extraits)

N°	Action	Deliverable	Phase	Responsibility
3	The Health Information and Quality Authority will draw a multi-annual information and ICT action plan	Multi-annual plan in place	Ongoing	HIQA, Health Services Executive Department of Health and Children (DoHC)
7	A national health information database will be developed and maintained	Database established	2	HIQA
14	A Health Information Portal will be developed	Portal up and running	1-2	HIQA
15	The electronic healthcare record will be implemented on a phased-basis	Definition adopted Implementation sites in primary and secondary care in place Roll-out takes place	2-3	HIQA Primary Care Task Force Health Agencies
16	A system for unique identification within the health sector using the PPS [Personal Public Service] Number will be introduced	Unique identifier available for use in the health sector	1	DoHC HIQA Health Agencies
17	A legislative framework to support the National Health Information Strategy will be developed	Health Information Bill published	1	DoHC
27	The HIQA will review and update the National Health Information strategy every year and submit it to the Minister for Health and Children for approval	Review process completed	Ongoing	DoHC, HIQA

On note ainsi que conformément aux problématiques soulevées lors des phases préliminaires d'élaboration de la politique publique, la préparation d'une proposition législative (action dix-sept) et la création d'un système d'identification pour les patients (action seize) sont érigées en priorités de court terme.

L'année 2004 semble donc, à plusieurs niveaux, correspondre à la clôture d'une première phase d'élaboration des politiques d'e-santé en Irlande. Comment expliquer l'apparition de cette période de synthèse dans un contexte pourtant peu favorable aux politiques d'e-santé ? La prochaine section s'intéressera au rôle de l'Union européenne, afin d'explorer comment

celle-ci a pu contribuer à la 'maturation' de la configuration vis-à-vis des politiques publiques d'e-santé en Irlande.

C) Une relance poussée par des opportunités européennes

L'UE dans les documents de politique publique

Conformément à notre méthode de détection des usages de l'UE, nous avons dans un premier temps cherché des références à l'Union européenne dans les documents officiels de politique publique. Lorsqu'on regarde tout d'abord la stratégie intitulée '*An e-Healthy State ?*', publiée par la Commission de la Société de l'Information rattachée au Premier Ministre irlandais, on observe que les références à l'Union européenne sont abondantes :

'4.1. eHealth readiness – stated requirements

Background

Ireland's eHealth requirements were collated from the following documents:

- **EU eHealth Action Plan**
- **EU eEurope 2002**
- **EU eEurope 2005**
- National Health Strategy
- National Health Information Strategy
- New Connections and related Progress Report
- Government Health Statement of Strategy 03-05
- ISC eGovernment Strategy' (p.16)

'Our results indicate that Ireland is making good progress against its EU and Government commitments for eHealth. This is also demonstrated in its strong rating in the **EU benchmarking report.**' (p.16)

Dans une annexe résumant les diverses actions à entreprendre dans le domaine de l'e-santé, on observe que le niveau européen est à lui seul responsable d'environ un tiers des exigences énoncées (vingt-neuf actions sur quatre-vingt-onze au total).

Tableau 15. Liste des actions à entreprendre, *An e-Healthy State ?*, 2004 (extraits)

N°	Source	Requirement
1	eHealth Action Plan	By end 2005, each Member State is to develop a national or regional roadmap for eHealth. This should focus on deploying eHealth systems, setting targets for interoperability and the use of electronic health records, and address issues such as the reimbursement of eHealth services.
4	eHealth Action Plan	During the period 2004-2008, Member States should support deployment of health information networks for eHealth based on fixed and wireless broadband and mobile infrastructures and Grid technologies.
19	eEurope 2002	Ensure that primary and secondary healthcare providers have health telematics infrastructure in place including regional networks by end 2002
21	eEurope 2002	Establish a set of quality criteria for health related websites by end 2001.
28	eEurope 2005	By end 2005, Member States should develop health information networks between points of care (hospitals, laboratories and homes) with broadband connectivity where relevant. In parallel, the Commission intends to set up European-wide information networks of public health data and co-ordinate actions for Europe wide rapid reactions to health threats.
29	eEurope 2005	By end 2005, Commission and Member States will ensure that online health services are provided to citizens (e.g. information on healthy living and illness prevention, electronic health records, teleconsultation, e-reimbursement). Some of the health and related preventative services (e.g. air and water quality online information) could be expanded to a trans-European level through the eTEN programme. The Commission will monitor actions taken by Member States to make health information as accessible as possible to citizens as well as initiatives to implement quality criteria for web sites.

Il est intéressant d'observer que la *soft law* européenne s'est ici transformée en 'exigences' (*requirements*) au niveau national, et que les trois stratégies européennes sont mentionnées en premier lieu, avant les initiatives nationales. Au sein de ce document, d'autres types de références sont faites à l'Union européenne. On trouve par exemple une liste des projets ayant été présélectionnés par la Commission dans le cadre de la remise des prix e-santé eEurope :

‘4.2.1. Examples of eHealth best practice in Ireland

The eEurope eHealth awards bestowed during the Irish Presidency of the EU in 2004 selected a number of projects from Ireland as award winners. These included:

- Caring for Carers Ireland (www.caringforcarers.org)

This project, based in Ennis, uses web cams to link day centres used by the elderly with a central hub centre in Ennis. This provides access for elderly people and their carers to a range of services they would otherwise not have access to, or need to travel to avail of.

Chapitre 4. Les usages de l'UE comme relance d'un processus de politique publique

- The VHI website (www.vhihealth.com)

The VHI health portal provides online health information and advice to their members

- The National HealthLink project (www.healthlink.ie)

This project has developed and implemented an electronic communication system between primary and secondary care and has greatly improved the efficiency of information exchange between GPs and hospitals in areas such as radiology, lab results and waiting times

- Áit Eile

Áit Eile is an online interactive portal for children in hospital which aims to reduce their sense of isolation through the provision of communication, educational and entertainment activities' (p.19)

Enfin, les possibilités en termes de financements européens, notamment via le 6ème Programme Cadre pour la Recherche et le Développement, sont rappelées et les acteurs fortement incités à s'en saisir (p.33). Comment interpréter ces nombreuses références à l'Union européenne ?

De manière générale, la Commission de la Société de l'Information semble étroitement liée aux initiatives européennes, comme en témoigne le vocabulaire utilisé dans les rapports qu'elle produit : 'société de l'information', 'société de la connaissance'. Conor Mc Caffery (2007) note ainsi l'utilisation d'une rhétorique commune entre cette Commission irlandaise et l'Union Européenne. Par ailleurs, l'UE est systématiquement citée dans l'ensemble des rapports produits par cette organisation. Il n'est donc pas surprenant de retrouver de telles références à l'UE dans '*An e-Healthy State ?*'. Selon le chef du groupe de projet travaillant sur l'e-santé au sein de cette Commission, il était important de 'synchroniser les efforts' et de ne pas 'agir de manière isolée' (Correspondance écrite, chef du groupe de projet e-santé à la Commission de la Société de l'Information (2004), Décembre 2017). Les références à l'UE peuvent donc ici être interprétées comme des usages de légitimité, l'Union européenne étant systématiquement présentée comme un acteur aussi (voire plus) important que les acteurs nationaux dans ce domaine.

En revanche, concernant l'avancement plus général des politiques publiques d'e-santé, il est difficile de dire si ces références à l'UE ont eu un quelconque effet. En effet, le rapport '*An e-Healthy State ?*' est publié à la fin de l'année 2004, et contribue surtout à résumer l'ensemble des actions entreprises dans le domaine de l'e-santé, que ce soit au niveau local, national ou européen. De tels usages, s'ils appuient la position de l'UE comme acteur politique central de l'e-santé en Irlande, ne permettent cependant pas de confirmer que celle-ci a joué un rôle

particulier dans la configuration ayant mené à la synthèse de la première phase de formulation des politiques d'e-santé en Irlande.

Dans le document produit par le Health Boards Executive *Embedding the e in health*, on trouve également des références à l'Union européenne, bien qu'elles occupent une place moins proéminente que dans la stratégie de la Commission de la Société de l'Information. Ainsi, 'soutenir' les stratégies européennes est présenté comme un objectif parmi d'autres :

'Objectifs stratégiques TIC

- Permettre une prestation des soins intégrée et centrée sur la personne
- Augmenter l'efficacité, l'efficience et l'économie des activités
- Améliorer l'intelligence économique du système
- **Soutenir l'eGouvernement et l'eEurope**¹⁹⁴

Une section est ainsi dédiée aux initiatives européennes, au sein de laquelle on trouve des références aux stratégies eEurope et eGovernment, sans que mention soit faite du plan d'action e-santé publié en 2004 par la Commission européenne :

'The health system will give effect to the eGovernment and **eEurope agenda** through the achievement of the three goals that earlier sections have presented. Creating an ICT structure that supports a system-wide 'person-centric' agenda, whereby the public will have secure access to appropriate services, will deliver the most meaningful response to the information society objectives that lie at the heart of successful eGovernment. This approach, apart from following eEurope and eGovernment programmes, represents sound business practice.' (p.72)

'The strategy for the future will be to **satisfy the eEurope and eGovernment agenda** through identifying areas for development that are also high on the health system's agenda, thereby ensuring that 'win/win' is achieved as a result of effort expended.' (p.73)

Par ailleurs, les fonds européens sont décrits comme une source de financements à saisir (p.97). Alors que dans le document de la Commission de la Société de l'Information les initiatives européennes sont présentées comme très importantes, elles semblent ici rétrogradées à un rang de 'bonus' : il est souligné que la poursuite d'objectifs nationaux contribue à répondre à 'l'agenda européen', sans que celui-ci apparaisse nécessairement comme un moteur de l'e-santé. De plus, les priorités européennes considérées sont seulement celles qui sont également en haut de l'agenda national du système de santé. Si le lien entre eGouvernement et e-santé est reconnu, il est bien précisé que la santé ne peut être considérée comme tous les autres domaines vis-à-vis de ce sujet :

¹⁹⁴ Health Boards Executive (2004). *Embedding the e in health. A Strategic ICT Framework for the Irish Health System*. Publications from the Health Service Executive. p. 44

'However, while many government departments have brought their internal projects under an eGovernment banner, it is not the intention to do so within the health sector.' (p.72)

Si les initiatives européennes semblent donc connues et mentionnées, la façon dont elles sont décrites témoigne néanmoins d'une certaine forme de distance. Enfin, dans le document produit par le Ministère de la Santé (*Health Information. A National Strategy*), qui constitue le document stratégique principal concernant l'e-santé, on trouve également traces de l'Union européenne. Si la stratégie eEurope est mentionnée, l'accent est principalement mis sur des initiatives qui découlent des compétences de l'UE (par exemple la carte européenne d'assurance maladie) :

'There is widespread recognition of the need for better and more accessible EU and international health data at all levels to meet the requirements of all stakeholders. The EU report *The Health Status of the European Union: Narrowing the Health Gap* concluded that the need for comparable data remains the central issue and that the lack of reliable data on morbidity, disability and health services points to the need for data and information-related improvements. **The Sevilla European Council in June 2002 agreed eEurope 2005: An Information Society for All. In relation to eHealth a number of actions are listed covering electronic health cards, health information networks and online health services.** By the end of 2005 it is intended that online health services will be provided to the public. **In relation to electronic health cards, the European Commission has developed a European health services entitlement card which initially will replace the E111 form.** While the EU does not have a mandate for the organisation and delivery of health services in member states, it does have a wide and growing remit in the area of public health and health protection issues and in the impact of community policies on health. Serving this remit necessitates having effective information systems on health, on health services and on the effectiveness of health systems. The directive (95/46/EC) of the European Parliament in October 1995 governs the processing and movement of personal data and has resulted in the Data Protection (Amendment) Act (2003) being enacted to bring Irish law in line with this directive.' (p.27)

Dans ce cadre, les initiatives plus spécifiques en matière d'e-santé comme le plan d'action de la Commission européenne publié en avril 2004 et qui relèvent exclusivement de la *soft law* ne sont pas décrites. En revanche, ces passages montrent que l'inscription des initiatives nationales dans un cadre européen a fait l'objet d'un travail de formulation et de rédaction spécifique, ce qui témoigne de l'importance du niveau européen dans ce domaine.

'Some of the most important implications arising from the EU and international contexts in which we operate are as follows:

- Data standards, indicator definitions, information governance and performance measurement guidelines need to be harmonised with EU and international standards
- **Analysis for policy must take into account EU data and the EU policy context**
- Health impact assessment protocols need to closely follow EU standards in this area
- EU directives on data protection and confidentiality must be adhered to
- **EU-wide developments concerning ICT issues and communication standards will need to be followed**
- The proposed national Health Information Portal (see Chapter 9) should link in closely with the EU's development of a Public Health Portal.
- **Participation at EU level in health information developments is a necessity to keep abreast of developments and to ensure appropriate input to decisions.**

It is essential that we bring our health information systems to the level of development where they can effectively meet national needs for health monitoring, health service delivery and policy development, **while also meeting EU requirements**. In turn, we must draw on EU and international health information to provide an objective assessment of the health of our population.' (p.30)

Contrairement à la phase de mise sur agenda de l'e-santé, durant laquelle aucune référence à l'Union européenne n'a pu être trouvée dans les documents officiels concernant l'e-santé (notamment au sein de la stratégie *Quality and Fairness : a Health System for you*), on observe que la clôture de la première phase d'élaboration des politiques d'e-santé irlandaise témoigne au contraire de l'importance de l'Union européenne en tant qu'acteur de ce domaine. Ces premières traces de l'UE ne nous permettent cependant pas de qualifier précisément le rôle que celle-ci a joué dans le processus de politique publique, et de déterminer le type d'europanisation observé. Une analyse plus fine du contexte ainsi que des entretiens avec des acteurs de ces politiques nous permettront de compléter ces premières données.

L'UE comme élément réactif

L'année 2004 peut être considérée comme inhabituelle en ce qui concerne les relations entre l'Union européenne et l'Irlande dans le domaine de la santé, et en particulier dans le domaine de l'e-santé. Plusieurs événements tendent en effet à rapprocher fortement ces deux niveaux durant cette période.

Ainsi, au premier semestre de l'année 2004, l'Irlande prend la Présidence tournante du Conseil de l'Union européenne.¹⁹⁵ Cette Présidence est associée à un travail de mise sur agenda spécifique de la part du Ministre de la Santé Micheál Martin, qui prévoit un plan d'action en conséquence. Le 7 janvier 2004 est ainsi présenté un programme de quatre priorités pour la Présidence irlandaise en matière de santé : promotion de la santé cardiovasculaire, accord pour la création du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, développement des technologies de l'information et de la communication en santé (e-santé) et prévention du tabagisme. La Présidence irlandaise correspond donc à une remontée en priorité de l'e-santé au niveau du gouvernement, alors que ce sujet n'avait plus été abordé par le Ministre de la Santé depuis 2001 (voir p.165). L'e-santé est par ailleurs à l'agenda de la rencontre formelle des Ministres de la Santé des États membres dans le cadre du Conseil de l'Union européenne du 02 juin 2004 :

'The Council adopted Conclusions on Promoting Heart Health, **E-Health**, Influenza Pandemic Preparedness Planning, Patient Mobility, Alcohol and Young People and Childhood Asthma.'¹⁹⁶

Alors que les agendas des Présidences sont généralement déterminés par des événements extérieurs ou par les thématiques déjà abordées lors des Présidences précédentes (Bengtsson *et al.* 2004), l'Irlande semble au contraire avoir été particulièrement proactive dans la décision d'ériger l'e-santé en priorité, ce qui soutient l'hypothèse que cette dernière ait été perçue comme une réelle opportunité pour le développement des politiques d'e-santé.

'Ireland will have the opportunity to make major advances on health issues during the Presidency of the European Union this year. The action plan for eEurope 2005 includes the area of eHealth and **Ireland has made eHealth one of the key themes of the Irish Presidency.**

It is against this background that, under Ireland's Presidency of the European Union, **I have prioritised the area of eHealth** and in conjunction with the European Commission I am organising this Conference and Exhibition which will take place in Cork, Ireland, on 5th and 6th May 2004. ' (Mot d'accueil du

¹⁹⁵ Si les effets de la Présidence tournante ont déjà été analysés par la littérature, l'angle retenu est souvent celui de la manière dont un pays aborde cette Présidence et de ce que celle-ci produit sur la scène européenne, notamment en ce qui concerne les thématiques abordées au niveau européen (Bengtsson *et al.* 2004). Dans cette section, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux effets que la Présidence tournante peut avoir sur le niveau national, dans une perspective d'analyse des phénomènes d'européanisation. Hélène Caune (2015) analysait de la même manière les effets de la Présidence portugaise sur les réformes nationales du code de travail.

¹⁹⁶ Department of Health. 'Meeting of the European Council of Ministers with responsibility for Health'. Press release 02.06.2004

Ministre de la Santé et de l'enfance Micheál Martin à la conférence européenne de l'e-santé, 2004)¹⁹⁷

L'e-santé ne faisait effectivement ni partie des priorités des Présidences grecque et italienne de l'année précédente (alors que l'année 2003 est celle de l'organisation de la première conférence européenne de l'e-santé à Bruxelles), ni de la Présidence suivante (néerlandaise). Nous notons par ailleurs que le Southern Health Board, qui est, comme nous l'avons vu, particulièrement investi sur les questions d'e-santé (voir p.151), est le seul des Health Boards qui aurait activement participé à la préparation du programme de cette Présidence :

'During his commentary the Minister paid compliment to the various Agencies who are working with his Department on the Health Presidency programme including: HeBE [Health Boards Executive], the **Southern Health Board**, the Office of Tobacco Control, the Food Safety Authority of Ireland, the European Society of Cardiology, the Irish Medicines Board, the Office of Public Works, Aer Rianta and An Garda Síochána as well as a number of Non- Governmental Organisations.'¹⁹⁸

Il existe donc une concordance temporelle forte entre la mise sur agenda de l'e-santé dans le cadre de la Présidence du Conseil de l'Union européenne par l'Irlande et la publication de la stratégie irlandaise d'e-santé. En mai 2004, un événement supplémentaire permet de renforcer la connexion entre le niveau européen et le niveau national en matière d'e-santé. En effet, la seconde conférence européenne de l'e-santé (et première édition à se dérouler hors de Bruxelles), est organisée à Cork. L'organisation de cette conférence semble avoir fortement accéléré le travail de formulation autour des différents documents stratégiques d'e-santé irlandais. Dans un rapport intermédiaire publié en Novembre 2003, le Health Board Executive présente ainsi l'organisation de la conférence européenne de l'e-santé comme une 'priorité immédiate'. Une enquêtée ayant participé à la rédaction de *'Embedding the 'e' in health'* indique que le Ministre de la Santé aurait spécifiquement demandé l'établissement d'une stratégie nationale au regard de ces événements européens :

'– But he said the only way we're going to get anywhere is if we have a national action plan for everything. So even if we didn't all join up we still needed an action plan in place. **So, in 2004, he went to hum the [?] a conference in Cork. And he made an announcement that he was going to have a national eHealth strategy. And then he asked us to write it.**

–So you say in 2004? Because I've seen it in the media in 2000, so it was a bit earlier.

–So no that's when he said that he wanted to have it, and in 2004 he had it.

¹⁹⁷ Site de la conférence européenne de l'e-santé , disponible sur : <http://www.ehealthconference2004.ie/> [Site web archivé]

¹⁹⁸ Department of Health. 'Martin outlines plans for Health Presidency', Press releases, 07.01.2004

—OK and so you say he announced it in Cork was it like during the...
—**It was when the European Commission came to Cork with the eHealth conference. That's why he wanted it for them.** So they were, they you know they have it every year now and it's in a different country. But that first time it was ever done outside Brussels. And they decided to do it in Cork because it is where we [the Southern Health Board] were.¹⁹⁹ (Entretien, manager de projets européens dans l'information et les télécommunications au Health Service Executive et au Southern Health Board, 04.12.2017)

La conférence européenne de l'e-santé est par ailleurs l'occasion pour le Ministre de lancer le 'portail national de santé', supposé constituer un point d'accès pour les services de santé en réseau et rassembler les informations sur le système de santé.²⁰⁰ Nous n'avons cependant pas pu trouver de trace écrite d'une annonce de publication de stratégie de la part du Ministre (les informations écrites disponibles sur cette conférence sont cependant très limitées)²⁰¹. Toujours est-il que la stratégie *Health Information. A National Strategy* est finalement publiée deux mois après cet événement (juillet 2004), avec presque trois années de délai par rapport à l'échéance initiale.

La Présidence du Conseil de l'Union européenne par l'Irlande, ainsi que la conférence européenne de l'e-santé organisée à Cork, semblent donc avoir été des opportunités saisies par le Ministre de la Santé Micheál Martin pour relancer le processus de formulation d'une politique d'e-santé en Irlande. En d'autres termes, l'Union européenne aurait ici joué un rôle d'élément réactif dans la synthèse menant à la clôture de la première phase d'élaboration des politiques d'e-santé irlandaises. Comme nous l'avons vu précédemment (p.165), cette absence d'élément réactif rendait relativement improbable la survenue d'une synthèse dans une configuration par ailleurs particulièrement peu mature vis-à-vis des politiques d'e-santé.

¹⁹⁹ '—Mais il a dit que la seule façon d'avancer était d'avoir un plan d'action national pour tout. Donc même si on n'est pas tous rassemblés nous avons quand même besoin d'un plan d'action en place. Donc, en 2004, il est allé à [?] une conférence à Cork. Et il a annoncé qu'il allait avoir une stratégie nationale d'e-santé. Et ensuite il nous a demandé de l'écrire.

—Donc vous dites en 2004 ? Parce que j'ai vu cela dans les médias en 2000, donc c'était un peu plus tôt.

—Non ça c'était quand il a dit qu'il voulait l'avoir, et en 2004 il l'avait.

—OK et donc vous dites qu'il l'a annoncé à Cork c'était pendant la...

—C'était quand la Commission européenne est venue à Cork avec la conférence européenne de l'e-santé. C'est pour cela qu'il la voulait, pour eux. Donc ils étaient, ils vous savez maintenant ils font la conférence tous les ans et c'est dans un pays différent. Mais c'était la première fois qu'elle était en dehors de Bruxelles. Et ils ont décidé de la faire à Cork parce que c'était là où nous [le Southern Health Board] étions.' (Traduction par l'auteure)

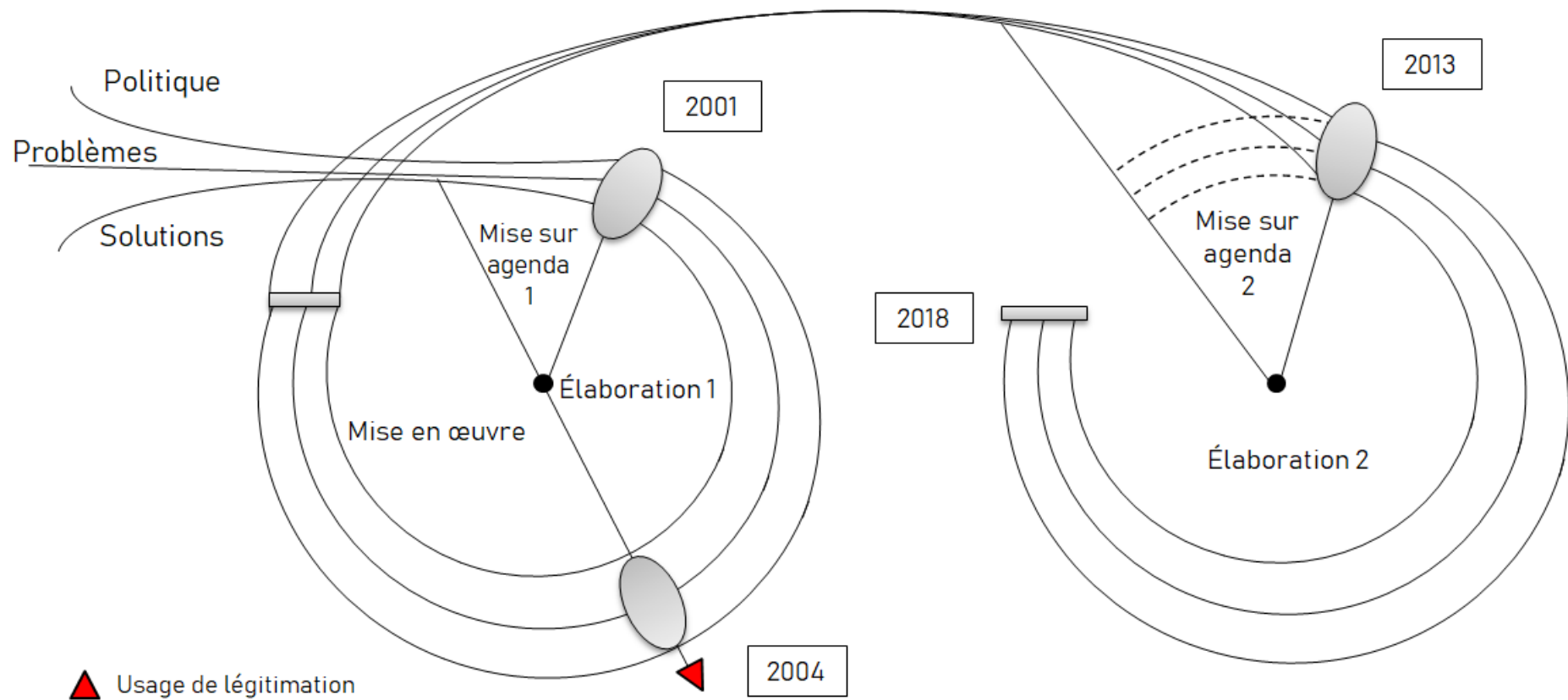
²⁰⁰ Department of Health, 'Minister Martin opens the 2nd EU eHealth Conference', Press release, 05.05.2004

²⁰¹ Si nous avons pu retrouver le site internet de la conférence dans les archives du web (<http://www.ehealthconference2004.ie/>) et constater que le Ministre s'était exprimé à quatre reprises (Minister Martin Opening Speech, Minister Martin Opening Exhibition, Minister Martin Portal Launch, Minister Martin Closing Plenary), l'accès aux discours est cependant impossible, ceux-ci n'ayant pas été archivés automatiquement.

Chapitre 4. Les usages de l'UE comme relance d'un processus de politique publique

L'Union européenne aurait ainsi eu un effet particulièrement fort sur la temporalité de la politique publique.

Figure 11. L'UE comme élément réactif de la première phase d'élaboration des politiques publiques en Irlande, 2004



L'usage de l'UE par le Ministre, qui appartient à la catégorie des usages de légitimité (la mobilisation des acteurs est permise car l'UE est perçue comme un acteur politique important dans la gouvernance de l'e-santé), demeure difficile à analyser malgré ses effets importants sur la politique publique. Ainsi, cet usage semble s'opérer à double sens : si la Présidence irlandaise donne un nouveau souffle aux politiques d'e-santé nationales, le cas de l'e-santé permet également au Ministre de mettre en valeur l'alignement entre niveau national et niveau européen auprès de la Commission européenne. La tenue de la conférence européenne de l'e-santé se présente ainsi comme un moment de communication important pour le Ministre, durant lequel il s'adresse à des personnalités politiques européennes de premier plan (le Commissaire européen à la santé David Byrne et plusieurs représentants de la Commission européenne).

Dans ce contexte, on pourrait être surpris de ne pas trouver plus de références à ces initiatives européennes dans le document final *Health Information. A National Strategy* ou dans l'annonce que fait le Ministre de cette stratégie.²⁰² Cette différence suggère que l'objectif des usages de l'UE était particulièrement localisé. En effet, ceux-ci ne servent pas à appuyer la légitimité de l'initiative auprès du public, mais bien plutôt à relancer en interne le processus d'élaboration de la politique publique. L'inclusion de l'e-santé dans les priorités programmatiques du Ministre dès la phase de mise sur agenda semble donc suffire à assurer une légitimité politique à son développement. Ce sont plutôt les difficultés liées à l'élaboration des politiques d'e-santé, couplées avec la place prise par la réforme globale du système de santé annoncée en 2003, qui contribuent à créer une situation dans laquelle l'UE devient un élément stratégique pertinent. En effet, alors que le processus de formulation de ces politiques s'essouffle, la Présidence irlandaise de l'Union européenne permet au Ministre de la Santé Micheál Martin de re-prioriser l'e-santé et de finalement clôturer une première phase d'élaboration de ces politiques, près de trois ans après l'échéance initialement annoncée. L'Union européenne joue ainsi un rôle crucial dans la temporalité de cette étape de la formulation des politiques publiques d'e-santé irlandaises.

²⁰² Dans le communiqué de presse du Ministère de la Santé à propos de l'annonce de la stratégie *Health Information. A National Strategy* (<https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-announces-major-investment-in-the-future-of-healthcare-system/>), les initiatives européennes mentionnées en fin de communiqué sont celles qui traitent d'une meilleure collecte des données (en cardiologie plus précisément) dans un objectif de comparaison. On retrouve ainsi le même rapport aux initiatives européennes que dans le document de pilotage stratégique du Ministère. À noter cependant que le communiqué ne reprend pas l'intégralité du discours, et nous ne pouvons donc pas exclure que des références à la conférence européenne de l'e-santé ou à la stratégie eEurope aient été réalisées.

Chapitre 5. Une opportunité manquée ? Le cas des absences d'usage de l'Union européenne en France

L'objectif de ce chapitre est de montrer que l'intérêt, bien qu'étant le moteur central de l'usage de l'UE, n'en n'est qu'une condition nécessaire mais non suffisante. Nous analyserons ainsi deux configurations centrales pour l'e-santé en France, afin de montrer que l'apparition d'un contexte favorable aux usages de l'UE ne résulte pas toujours en des phénomènes d'europanisation. La première configuration analysée dans ce chapitre est celle qui donne lieu à la mise sur agenda du dossier médical électronique français (Dossier Médical Personnel, DMP) par le Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille Philippe Douste-Blazy. Comme nous le verrons, la mise au premier plan de cet instrument dans le cadre de l'adoption de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie contribue à la maturité de la configuration, qui apparaît comme relativement élevée vis-à-vis des politiques d'e-santé. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la relance de ce même dispositif à partir de 2007 dans le cadre du mandat de Roselyne Bachelot. Entre ces deux périodes, diverses problématiques contribuent à réduire la maturité de la configuration de manière significative. Pourtant, l'Union européenne ne fait pas l'objet d'usages, bien qu'elle ait été un acteur présent tout au long de ces périodes au niveau institutionnel.

I. Le dossier médical électronique dans la réforme de 2004 : une configuration 'mûre' pour l'e-santé en France

A) Historique : l'e-santé avant 2004

Bien que l'idée d'un dossier médical dématérialisé apparaisse, au début des années 2000, 'moderne' et 'novatrice' (Entretien, membre du cabinet de Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005), 06.04.2017), elle est en réalité déjà présente chez certains décideurs politiques dès 1983. C'est en effet cette année-là que Pierre Bérégovoy, alors Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, annonce une série d'expérimentations informatiques appliquées à la médecine. Parmi elles, on trouve les 'cartes individuelles à mémoire de santé', dont les objectifs rappellent avec netteté ceux qui seront attribués plus tard au Dossier Médical Personnel de 2004 : 'un premier pas vers

la carte de santé individuelle contenant les données essentielles sur chaque individu, et qui devrait simplifier les contacts avec le système de santé, supprimer la répétition d'examens, permettre des interventions en cas d'urgence'²⁰³.

Parallèlement sont lancées des expérimentations visant à introduire la Carte Vitale, ce qui donne lieu en 1993 à la création du Groupement d'Intérêt Economique SESAM. L'objectif est, entre autres, de remplacer la saisie manuelle des feuilles de soins par les employés de l'Assurance Maladie, par une saisie 'à la source' (par le médecin) suivie d'une transmission électronique des données à l'Assurance Maladie. Les bénéfices attendus sont ainsi une rationalisation et une simplification du système administratif, avec à la clé d'importantes économies. Tandis que les patients s'identifient via leur Carte Vitale, les professionnels de santé doivent quant à eux s'équiper d'une Carte Professionnelle de Santé (CPS) afin d'assurer leur identification et leur authentification. Le projet Carte Vitale est perçu à l'époque comme 'une solution de bon sens' et devient petit à petit un 'élément essentiel de la maîtrise médicalisée des dépenses'.²⁰⁴ Déjà bien avancé, il trouvera donc toute sa place dans le plan Juppé de 1995 (Entretien, fonctionnaire e-santé, 1995-2016, 24.05.2018 et 30.05.2018). C'est également dans la réforme promue par le Premier Ministre Alain Juppé que l'on retrouve à nouveau mentionnée l'idée de dossier médical informatisé disponible à l'ensemble des professionnels de santé. En effet, les ordonnances Juppé de 1996 préconisent la mise en place d'un 'volet médical' sur la Carte Vitale :

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Art. L. 161-31. - I. - Les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie. Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en Conseil d'État.
II. - **Cette carte comporte un volet médical destiné à recevoir les informations pertinentes nécessaires à la continuité et à la coordination des soins mentionnées à l'article L. 162-1-4.**

Art. L. 162-1-6. - **Le carnet de santé peut être porté sur le volet de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 à partir d'une date arrêtée par les ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale.** Le titulaire de la carte, ou le cas échéant son représentant légal, peut s'opposer à ce que certaines informations y

²⁰³ Propos de Pierre Bérégovoy recueillis par Claude Régent pour Le Monde, 'Des cartes de santé individuelles "à mémoire" seront expérimentées en France', Lundi 21 novembre 1983. Source : Europress.

²⁰⁴ Loth, André (1996). 'Systèmes d'information et cartes de santé', *Droit Social*, numéro spécial septembre-octobre, p.829

soient mentionnées. Il peut obtenir, par l'intermédiaire d'un médecin, copie sur papier des informations de santé que le volet de santé contient. Certaines des catégories d'informations du volet de santé peuvent être rendues accessibles, dans l'intérêt du titulaire et dans la limite de leur compétence propre, aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale. Un décret en Conseil d'État pris après avis motivé et public du Conseil national de l'ordre des médecins précise la nature des informations portées sur le volet de santé et les conditions d'accès à celui-ci.

Ce volet médical, censé contenir les informations nécessaires à la 'continuité et la coordination des soins', ne représente qu'un aspect mineur du plan Juppé. Il n'est ainsi ni mentionné par Alain Juppé dans son discours de politique générale,²⁰⁵ ni par Jacques Barrot, alors Ministre du Travail et des Affaires Sociales, lorsqu'il vient présenter le plan de réforme du Premier Ministre au Journal de 20 heures de France 2 le 15 Novembre 1995. D'après un acteur central de l'époque, l'inscription du volet médical dans les ordonnances Juppé fait ainsi office de 'bonus' :

'Alors, quelques mots peut-être d'abord sur la Carte Vitale et accessoirement aussi **le volet médical de la Carte Vitale qui était, qui faisait l'autostop sur la carte hein, qui était un peu une cerise sur le gâteau** ou qui n'était pas l'objet initial du projet, euh mais on s'était dit que tant qu'à faire on pouvait en profiter, puisque c'était un machin pour réunir tous les professionnels de santé, sur leur poste de travail, et donc l'idée paraissait pas idiote, c'était quand même avant la généralisation d'internet, et euh...'

'Euh, alors du coup on utilisait des outils relativement performants qui étaient les cartes à puce, avec en particulier des grandes capacités de sécurité, donc on, la carte à puce sa principale caractéristique c'est que l'information y est très bien protégée, c'est ce qui permet d'assurer la sécurité du système bancaire, [?] on avait de la sécurité on avait un peu de place sur la carte à puce, ça ne coûtait pas cher une fois qu'on disposait déjà des cartes, et donc on s'était interrogé assez vite sur le fait que **ça serait hum, à la fois sexy et sympa** de faire un, de rajouter des trucs utiles pour le docteur et pas seulement pour l'administration, pour dire les choses rapidement, sachant que le système SESAM Vitale est un système très utile pour les patients, mais pas tellement pour les professionnels de santé, sauf quand ils étaient en tiers payant.'

(Entretien, fonctionnaire e-santé, 1995-2016, 24.05.2018 et 30.05.2018)

L'idée de dossier médical informatisé, dont nous avons pu tracer l'origine dès 1983, semble donc réapparaître à l'occasion du développement de la Carte Vitale au milieu des années 1990. Plusieurs réflexions émergent alors sur ce type de projet, notamment dans le cadre du

²⁰⁵ Discours d'Alain Juppé du 15 novembre 1995 : 'Déclaration de politique générale de M. Alain Juppé, Premier ministre, sur son plan de réforme de la protection sociale, à l'Assemblée nationale le 15 novembre 1995', Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/discours/153545-declaration-de-politique-generale-de-m-alain-juppe-premier-ministre-s>

Conseil supérieur des systèmes d'informations de santé²⁰⁶ (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 1998, 19.07.2018 ; rapport d'activité 1999 du Conseil supérieur des systèmes d'informations en santé). Cependant, ce 'volet médical', dont il était prévu d'ajouter le contenu à la Carte Vitale 2, ne sera finalement pas mis en place, et son décret d'application jamais publié.

'Alors ce truc [le volet médical] a foiré, alors je sais même plus très bien pourquoi, au bout d'un moment euh l'internet, en fait l'internet est arrivé sur...On a notamment eu beaucoup de discussions sur ce qu'il fallait mettre sur le volet de santé, et puis euh et puis après il y a eu des projets plus ambitieux, autour du Dossier Médical Personnel Partagé, Partagé Personnel, et euh, et donc l'idée qu'il était un peu absurde de se promener, de mettre ça sur un objet qu'on met dans sa poche alors qu'il était quand même plus simple, et tout aussi plus facile de sécuriser un système dans lequel on pouvait mettre beaucoup plus d'informations euh, a fini par tuer le volet de santé, qui en plus exigeait qu'on remplace la carte, par une carte un peu plus performante. L'Assurance Maladie, comme c'était pas pour elle en réalité ce volet de santé, était pas spécialement pressée de le faire.' (Entretien, fonctionnaire e-santé, 1995-2016, 24.05.2018 et 30.05.2018)

Au niveau institutionnel, la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS) est créée en 1998, afin d'assurer la coordination des initiatives dans le domaine de l'informatisation en santé.²⁰⁷ En effet, celles-ci tendent à se multiplier : dès 1997 est lancé le Conseil supérieur des systèmes d'information de santé, suivi en 2000 par la création du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) dont la mission est entre autres de traiter de la question de l'interopérabilité des systèmes d'informations hospitaliers. L'ATIH, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, assure de son côté la maîtrise d'œuvre des systèmes d'informations hospitaliers pour le compte de la Direction de Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.²⁰⁸ La MISS, alors rattachée au Ministère de la Santé, est dès ses débuts une structure d'une taille relativement réduite,²⁰⁹ dotée de peu de moyens propres. Elle s'attaque néanmoins

²⁰⁶ Créé en 1997, le Conseil supérieur des systèmes d'information de santé a pour mission 'd'émettre des recommandations et des avis sur les problèmes liés à la production, à la transmission et aux modalités d'exploitation des informations relatives aux soins et à la santé des personnes.' (Décret no 97-20 du 14 janvier 1997 portant création d'un Conseil supérieur des systèmes d'information de santé, JORF n°12 du 15 janvier 1997 page 712). Il est présidé par Gérard Worms, et est 'mis en sommeil' dès 2000 après la publication de trois rapports d'activité (1997, 1998 et 1999).

²⁰⁷ Arrêté du 22 avril 1998 portant nomination d'un chargé de mission pour l'informatisation du système de santé, JORF n°97 du 25 avril 1998 page 6393

²⁰⁸ Jégou, Jean-Jacques (2007). Rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur le suivi du référé de la Cour des comptes concernant l'interopérabilité des systèmes d'information de santé. Rapport d'information du Sénat n° 35 (2007-2008), p.45

²⁰⁹ L'entretien avec un ancien directeur de la MISS nous indique un nombre de 4-5 personnes en 'fixe', plus un noyau de 10-15 personnes provenant des différentes Directions du Ministère de la Santé, et dont l'implication

aux différents chantiers de la santé électronique, sans s'engager dans la réalisation de grands projets centralisés.²¹⁰

Par la suite, l'année 2002 peut être considérée comme marquante pour l'e-santé pour deux raisons. Premièrement, la loi Kouchner, publiée en 2002, est régulièrement présentée comme une initiative phare pour la création d'un dossier médical informatisé et partagé.²¹¹ Filiation justifiée ou non (nous avons vu que l'idée de partage des données de santé peut être retracée au moins jusque dans les années 1980), plusieurs des acteurs que nous avons rencontrés l'ont mentionnée comme point de départ des travaux sur le Dossier Médical Personnel. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite 'loi Kouchner'²¹², revêt un caractère particulier du fait de son inscription dans un contexte marqué par l'épidémie du SIDA. En effet, cette loi entend, entre autres, répondre à plusieurs décennies de bataille de la part des associations de patients atteints de ce virus pour une meilleure prise en compte du patient dans le système de santé (Cardin 2014). L'article L. 1111-7 (version initiale) prévoit ainsi que 'toute personne ait accès à l'ensemble des informations concernant sa santé'. La loi Kouchner a été également l'occasion pour certains acteurs du Ministère d'insérer un article visant à réglementer l'hébergement des données de santé (Art. L. 1111-8. De la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), dans la continuité des travaux menés par l'administration sur l'informatisation du système de santé avec la visée, à terme, de produire un dossier de santé informatisé (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018).

Dans le même temps, Jean-François Mattei, qui devient Ministre de la Santé en 2002, lance des travaux sur la question du partage de l'information dans le domaine de la santé. Ce sujet aurait, selon un de ses collaborateurs, été mis sur l'agenda durant sa campagne pour les législatives de juin 2002. Ce même collaborateur rattache d'ailleurs les travaux de l'époque au

pouvait varier selon les projets traités (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018).

²¹⁰ L'approche choisie est alors plutôt décentralisée, l'idée n'étant pas de produire une offre centralisée pour tous les citoyens, mais plutôt de développer des standards afin que les offres décentralisées d'e-santé soient interopérables (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018).

²¹¹ Entretien, membre du cabinet de Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005), 06.04.2017 ; Entretien, directeur du projet DMP à la CNAMTS, 20.06.2018 ; Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018 ; voir également : Gros, Jeannette (2010). Santé et nouvelles technologies de l'information. Rapport du Comité Economique et Social. Paris : Presses Universitaires de France, 2010, p.364

²¹² LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

dossier médical papier, qui avait été mis en place par Jacques Barrot dans le cadre des ordonnances Juppé de 1996 (Entretien, membre du cabinet de Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées (2002-2004), 12.05.2017). Un autre acteur de l'e-santé de l'époque nous confirme l'intérêt du Ministre pour la question informatique dès son arrivée au Ministère :

‘– [...] c'était Jean-François Mattei, [...] avait déjà effectivement en tête de voilà, je me souviens très bien de son arrivée au Ministère, où il avait voulu symboliquement, et où il avait dit mais où est la prise réseau pour mon outil informatique etc. Bien sûr il n'y en avait pas.’ (Entretien, chargé de mission e-santé, 08.06.2018)

Peu après son arrivée, Jean-François Mattei commissionne ainsi un rapport sur le sujet de la santé électronique à Marius Fieschi, supposé constituer la ‘feuille de route’ du cabinet. Dans ce rapport, les motivations attachées au développement des systèmes d'information en santé sont principalement axées sur la qualité des soins :

‘Favoriser la coordination des professionnels de santé et leur coopération étroite pour **améliorer la prise en charge des malades**, tel est le but de l'utilisation des TIC dans ce contexte. Ces technologies apportent des outils pour répondre aux besoins croissants de partage de l'information et de la connaissance’²¹³

Certes, la question de la réduction des coûts n'est pas complètement absente. Mais celle-ci n'est pas mentionnée une seule fois dans l'introduction du rapport, et est perçue comme directement liée à un intérêt ‘stratégique’ pour les individus occupant des fonctions décisionnelles :

‘Le **travail coopératif** est devenu un outil **stratégique** aux yeux des décideurs en santé publique dans tous les pays. Il répond à des raisons pragmatiques **d'amélioration de la productivité et de réduction des coûts** (diminution de la redondance d'actes médico-techniques, diminution des hospitalisations inutiles, diminution des déplacements inutiles de patients, augmentation de la productivité des experts,...). Une partie importante de la télémédecine entre dans ce cadre. **Il demande le partage des données médicales du dossier du patient.**’²¹⁴

Lorsque l'idée du partage des données de santé réapparaît sur l'agenda gouvernemental, elle est donc déjà présentée avec ces deux caractéristiques : amélioration de la qualité des soins et possibilité de réduction des coûts. Cette dernière caractéristique cependant, ne semble pas centrale, tandis que deux ans plus tard, ce sont précisément les propriétés économiques du

²¹³ Fieschi Marius (2003). *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. p.8

²¹⁴ Fieschi Marius (2003). *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. p.13

DMP qui lui permettront d'apparaître dans la loi du 13 août 2004, dont l'objectif affiché est de répondre à la crise du financement de l'Assurance Maladie en réalisant 15 milliards d'euros d'économies.

Si les systèmes d'informations dans le domaine de la santé font l'objet d'une attention dès le début des années 2000, ce n'est cependant qu'en 2004 que ces types de dispositifs seront placés au sommet de l'agenda politique. Cette mise sur agenda se concrétise par l'introduction du Dossier Médical Personnel (DMP) dans la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (précipité de la synthèse).

Un tel historique souligne l'intérêt de l'approche de John W. Kingdon (Kingdon 2002), pour qui l'analyse ne doit pas chercher à établir l'origine d'une idée, mais doit au contraire s'intéresser aux conditions qui lui permettent de se développer et d'impacter significativement les politiques publiques. Les prochaines sous-sections vont ainsi analyser la configuration de 2004 afin de passer en revue ces diverses conditions, d'évaluer leur maturité et de déterminer si l'Union européenne a fait ou non partie des éléments déterminants de la configuration.

B) L'irruption du politique

Jusqu'en 2004, l'e-santé se développe à un niveau essentiellement institutionnel au sein du Ministère de la santé, et ces premiers travaux semblent commencer à structurer une communauté de politique publique autour de ce sujet. Les événements de 2004, avec la saisie du sujet du DMP par le Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille vont ainsi marquer un tournant dans la conduite institutionnelle du développement de cette politique. Une rupture est alors ressentie par certains acteurs de la communauté de politique publique de l'e-santé :

‘Donc on était pris un peu entre l'écorce et l'arbre, et c'est un peu dans ces moments-là que **le politique s'en est mêlé**, le politique c'était qui c'était Douste’ (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018)

‘Et euh le directeur général de l'époque Daniel Lenoir me dit oh la ils vont, on est un sujet là euh t'arrives de l'AP-HP [Assistance publique – Hôpitaux de Paris], tu dois connaître un peu ça, tu connais Marius Fieschi bah écoute bosses avec lui, pour savoir comment l'Assurance Maladie pourrait reprendre l'opérateur. [...] Et en fait euh donc on a commencé à embaucher des gens, donc euh deux personnes avec ça pour commencer à réfléchir là-dessus, **et puis, changement de gouvernement, nouveau Ministre de la santé, qui dit ohlala non c'est pas à la CNAM de faire ça, on va créer une agence reliée au Ministère, pilotée par le Ministère pour le faire**. Donc euh, moi j'avais mon dossier c'était le SNIRAM

donc on débutait à peine donc je dis moi je pars pas par contre les deux personnes qu'on avait embauchées sont parties dans l'agence en question.'(Entretien, directeur du projet DMP à la CNAMTS, 20.06.2018)

Un autre acteur de l'e-santé à cette époque nous confie que les **annonces** de Philippe Douste-Blazy vis-à-vis du DMP ont été vécues comme irréalistes (**à 'mille lieues' de ce qui était faisable à l'époque**), alors qu'eux-mêmes auraient selon lui proposé des objectifs bien travaillés et réalistes (Entretien, 24.11.2016).

Comment expliquer cette brusque saisie du sujet de l'e-santé par le politique ? La mise sur agenda du DMP prend place dans un contexte particulier de crise des déficits de l'Assurance Maladie. De même qu'en Autriche donc, ce dispositif arrive sur l'agenda à la faveur d'une réforme poursuivant avant tout des objectifs économiques.

À partir de 2000, on observe ainsi la survenue d'une période de récession en France, la croissance annuelle du PIB chutant à 0,82% en 2003 (contre 3,88% en 2000, source : Banque Mondiale). En parallèle, les comptes de la Sécurité Sociale et de la branche maladie se dégradent, notamment à cause d'une importante hausse des dépenses.

'Le déficit de la branche maladie, qui a presque doublé entre 2002 (6,1 Md€) et 2003 (11,9 Md€), est sans précédent. [...] Les ressources du régime général ont augmenté plus vite en 2003 (+ 2,9%) qu'en 2002 (+ 2,1 %) du fait notamment du remboursement des exonérations de cotisations sociales au titre de 2001 par la CADES. Elles s'établissent à 237,8 Md€ contre 231 Md€ en 2002. Cette progression des ressources est néanmoins insuffisante pour compenser celle plus rapide des dépenses observée depuis 2002. Cet écart est le facteur explicatif central de la dégradation des comptes'²¹⁵

On constate ainsi une nette 'dégradation des indicateurs'(Kingdon 2002) de cette branche à partir de 2002. En réponse à ce problème, la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie est votée au Parlement en procédure d'urgence²¹⁶. Plusieurs types de mesures sont adoptées afin d'atteindre les quinze milliards d'euros d'économie visés par la loi : création du parcours coordonné de soins de santé, mise en place du rôle de médecin traitant, création d'un comité d'alerte en cas de dépassement de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), participation forfaitaire de un euro par acte médical pour les patients, création d'une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie, hausse du forfait hospitalier, déremboursement de certains médicaments, création de l'UNCAM dirigée par un

²¹⁵ Cour des comptes (2004). *La Sécurité sociale*. p.8

²¹⁶ La 'déclaration d'urgence' (article 45 de la Constitution) permet d'accélérer le processus décisionnel de navette entre l'Assemblée Nationale et le Sénat, en n'autorisant qu'une seule lecture des deux chambres avant la convocation d'une commission mixte paritaire.

fonctionnaire nommé par le gouvernement, renforcement du contrôle des arrêts maladie, augmentation de la CSG pour les retraités (voir : Hassenteufel and Palier 2007, 2015). La loi du 13 août 2004 est également celle qui consacre la création de la Haute Autorité de Santé. Dans cette réforme, le Dossier Médical Personnel (DMP) occupe une place centrale, et est ainsi présenté au tout début de la loi, à l'article 3.²¹⁷

'Dossier médical personnel

Art. L. 161-36-1. - **Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins**, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8 du même code, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention. Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 du même code.

L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à l'article L. 162-5 du présent code, et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel de la personne prise en charge par le médecin.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables à compter du 1er janvier 2007.

Art. L. 161-36-2. - Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique, et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8 du même code, **chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge**. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie prévu à l'article L. 322-2 est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter. Le professionnel de santé est tenu d'indiquer, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, s'il a été en

²¹⁷ L'article 1 contient quelques dispositions très générales tandis que l'article 2 traite de la protection des données de santé, et doit donc être considéré en lien direct avec l'article suivant portant sur le DMP.

mesure d'accéder au dossier.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes visées aux chapitres Ier à V du titre VI du livre VII pour les soins reçus à l'étranger ou à l'occasion d'un séjour temporaire en France.

Art. L. 161-36-3. - L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus à l'article L. 161-36-2, même avec l'accord de la personne concernée.

L'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Art. L. 161-36-4. - Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil supérieur des professions paramédicales, fixe les conditions d'application de la présente section et notamment les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations qui figurent au dossier médical personnel.'

Devant être rendu disponible pour les citoyens dès 2007, diverses économies lui sont associées, 3,5 milliards d'euros dans un premier temps puis 7 milliards d'euros,²¹⁸ soit environ la moitié de la réduction de déficit annoncée. L'utilisation d'un tel dossier permettrait en effet le contrôle et l'élimination des 'dépenses inutiles' de santé :

'M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a ensuite évoqué la question des « **dépenses inutiles** ». Le président de la Caisse nationale d'assurance maladie estime que **6 à 7 milliards d'euros d'économies peuvent être faites à ce titre**. Aussi bien la majorité que l'opposition peuvent et doivent dire ensemble qu'il est légitime de ne rembourser que les dépenses utiles. **Enfin, tous les médecins devront utiliser le dossier médical personnalisé**. Un accès par Internet est envisagé afin de faciliter sa mise en place.'²¹⁹

²¹⁸ Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.7

²¹⁹ Commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, Compte rendu n° 2 (application de l'article 46 du règlement), Jeudi 17 juin 2004 (Séance de 9 heures 30), Présidence de M. Yves Bur, président, puis de M. Pierre Morange, vice-président. Ensemble du document disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-spec-assurance-maladie/03-04/c0304002.asp>

Le DMP est donc un outil central de la réforme, et est porté comme tel par le Ministre de la Santé. Alors que les objectifs de la loi sont très similaires à ceux poursuivis en Autriche à la même période, on observe cependant que la place occupée par le DMP est très différente, puisque l'e-santé n'est que très peu mentionnée par la Ministre de la Santé Maria Rauch-Kallat et apparaît plutôt comme un projet d'ordre secondaire (voir Chapitre 3).

Présenter le DMP en tant que mesure centrale d'une réforme visant à générer 15 milliards d'euros d'économie n'a pourtant rien d'évident, puisque les politiques d'e-santé sont coûteuses et longues à mettre en place, avec un retour sur investissement au mieux possible sur le long terme. De même qu'en Autriche donc, l'adéquation entre le problème que la réforme vise à régler et la solution DMP n'est pas particulièrement élevée, même si ce dispositif pourrait éventuellement à terme participer à une réduction des dépenses dans des conditions d'usage optimales. Ainsi, la maturité du courant des problèmes vis-à-vis du DMP peut être évaluée comme moyenne, c'est-à-dire située entre deux et trois.

À la différence de l'Autriche cependant, le courant politique ne semble pas particulièrement propice à des réformes de grande envergure. Alors que dans ce dernier cas l'aspect 'paradigmatique' en était entièrement assumé dans une configuration politique sans précédent (coalition noire-bleue), le cas français semble très différent. Ainsi, nous pouvons observer que la communication autour de la réforme tend à faire l'impasse sur les mesures purement économiques, en présentant davantage celles liées à l'organisation du système de soins. Dans le communiqué du Conseil des ministres du 16 juin 2004 annonçant le début du processus d'adoption parlementaire,²²⁰ seuls quatre-vingt-six mots sur les six-cent-soixante-douze (c'est-à-dire environ 12% du discours) traitent directement de questions économiques et financières. De même, dans le discours de Philippe Douste-Blazy devant l'Assemblée Nationale le 17 juin 2004,²²¹ seuls 20% du discours sont dédiés à ces mesures (soit quatre cent quarante-trois mots sur les deux mille quatre cent trente-sept), tandis que la présentation des aspects purement financiers est laissée à Xavier Bertrand, Secrétaire d'État à l'Assurance Maladie.²²² Enfin, lors de son intervention télévisée visant à présenter la réforme,²²³ Philippe

²²⁰ Conseil des ministres du 16 juin 2004, 'La réforme de l'assurance maladie', Disponible sur : <http://discours.vie-publique.fr/notices/046003559.html> [Site web archivé]

²²¹ Audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, et de M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie, Comptes rendus de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, jeudi 17 juin 2004, Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-spec-assurance-maladie/03-04/c0304002.asp>

²²² Par comparaison, la présentation de la réforme par Alain Juppé, qui se déroule dans des conditions politiques 'mûres', montre que les réformes économiques et financières sont beaucoup plus assumées puisqu'elles constituent environ 40% du discours de politique générale du Premier Ministre le 15 Novembre 1995. Source :

Douste-Blazy n'aborde pas la question des mesures exclusivement financières, tels que participation forfaitaire de un euro par acte médical pour les patients, le déremboursement de certaines spécialités pharmaceutiques ou encore la hausse de la Contribution Sociale Généralisée pour les retraités. Il semble donc que le courant politique soit perçu comme peu 'mûr' pour accueillir une réforme majeure de l'Assurance Maladie, ce qui, paradoxalement, contribue à mûrir le courant politique en vue de l'adoption du Dossier Médical Personnel (DMP).

En effet, dans ce contexte où poursuivre des objectifs de réduction des coûts tout en conservant son capital politique paraît difficile, le DMP va s'avérer être un instrument particulièrement utile pour mitiger la tension entre ces deux éléments. Du fait de l'ambivalence des missions qui peuvent lui être attribuées, le dossier électronique peut être introduit dans une loi visant à réaliser des économies, tout en permettant à son principal entrepreneur de politique publique (en l'occurrence Philippe Douste-Blazy) d'utiliser son potentiel de communication lié à l'amélioration de la qualité des soins et à sa modernité. Il semble ainsi que le Ministre ait été particulièrement sensible aux avantages non économiques du DMP ; en effet, ceux-ci n'auraient été investigués qu'une fois que le dossier ait été placé en haut de l'agenda du Ministre :

'[...] je reçois un coup de téléphone un jour du cabinet Douste-Blazy, hum on veut des données sur, **alors ils avaient déjà en tête le DMP**, [...]. Et puis euh donc j'ai transmis les éléments de contribution, c'était une espèce de note stratégique d'une trentaine de pages hein, et euh donc le cabinet s'en est emparé, j'essayais de savoir mais ça me convient ça vous convient et je savais pas du tout ce qu'ils allaient en faire. Et en fait en ben il a vendu ça, parce que Monsieur Douste-Blazy, [...] et j'ai découvert qu'il avait parlé du partage de l'information et du DMP en s'appuyant sur mes chiffres, c'est-à-dire que **les données médico-économiques que je lui avais transmises**. ça m'a fait sourire, mais bon, j'ai dit bon. Et c'est de là que l'aventure du DMP est sortie [...]' (Entretien, chargé de mission e-santé, 08.06.2018)

On pourrait ainsi se demander pourquoi le Ministre décide de mobiliser son équipe et ses ressources pour trouver des justifications économiques à l'introduction du DMP (qui s'avéreront par la suite peu solides), alors qu'il aurait simplement pu s'appuyer sur les mesures classiques de maîtrise des dépenses, qui constituent par ailleurs l'essentiel de la loi du 13 août 2004. Ces données suggèrent que la réduction des dépenses n'était pas l'objectif

<https://www.vie-publique.fr/discours/153545-declaration-de-politique-generale-de-m-alain-juppe-premier-ministre-s>

²²³ Interview du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille Philippe Douste-Blazy sur TF1, le 3 mai 2004. Source : Archives INA.

principal recherché lors de la mise sur agenda du DMP. Par ailleurs, la mise en œuvre du DMP semble loin d'être prioritaire pour le Ministre :

‘ [...] et j'ai eu franchement l'impression que l'idée c'était de trouver, mais je suis peut-être un peu parano là mais, mais j'ai quand même quelques éléments, **l'idée c'était de trouver mille excuses pour expliquer pourquoi ça ne serait pas en place le premier janvier 2007 tellement ça paraissait compliqué quoi.** Donc...

–Donc même avant d'essayer ?

–Donc presque même, presque même avant d'essayer. Excusez-moi c'est un peu subjectif ce que je vous dis mais j'ai eu cette impression, [...].’

‘Non mais l'aspect CDC [Caisse des Dépôts et des Consignations] nous a plombé c'est-à-dire que, pour moi passer par la CDC cela voulait dire... **ça je soutiens une thèse hein, voilà, que passer par la CDC ça voulait dire, ne pas vouloir faire le DMP.** Ça j'en suis sûr vraiment, et de juin à septembre 2004, oui c'était avant le vote de la loi quand même parce qu'on s'inquiétait quand même un peu de l'implémentation avant le vote de la loi heureusement [...].’

(Entretien, conseiller de Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005), 06.04.2017)

L'investissement mis dans la recherche de données économiques par le Ministre au moment de la mise sur agenda du DMP, par opposition au manque d'investissement au moment de débiter sa mise en œuvre, soutient à nouveau l'idée que la réussite économique de la réforme était a priori loin de reposer sur le DMP.

En parallèle, on observe que le DMP, dans la loi du 13 août 2004, n'est pas uniquement associé à des objectifs d'ordre économique. En effet, bien que ce dispositif soit inséré sous le titre premier concernant les dispositions relatives à l'organisation de l'offre de soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, l'article qui l'introduit stipule que celui-ci sert à ‘favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins’. Dans la loi, le DMP est ainsi à la fois lié à des objectifs de qualité et de réduction des coûts. Cette dualité d'objectifs du DMP semble voir été perçue par le Ministre, qui fait de ce dispositif un axe majeur de sa communication.

‘–Oui. Mais alors Douste en fait un... une espèce de, oui oui, **il s'identifie à ça donc, en tout cas sur TF1,** parce que c'était... Parce que personne n'en n'avait vraiment parlé en 2002 donc il voit que c'est un élément sur lequel communiquer, il était très fort pour communiquer lui donc... Il explique ça, lui est assez pédagogue alors il explique ça à la télé voilà, je ne sais plus ce qu'il dit exactement donc... Je m'en rappelle plus mais il en parle pas mal, j'ai dans la tête la moitié, j'exagère peut-être mais ouais. Mmh... [...]

–Donc c'est bon pour l'image, à ce moment-là en tout cas ?

–Oui, ça, oui, ça c'est sûr oui ah oui oui oui. [Silence]' (Entretien, conseiller de Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005), 06.04.2017)

‘C'est compliqué, j'aurais encore une fois, investir dans la e-santé c'est en partie un acte de foi, c'est ce que j'essayais d'expliquer, enfin lisez mon petit machin où je citais les études, les caractères très très peu convaincant des études sur les gains à attendre de la e-santé, plus la longueur des délais donc ça c'est quand même, lancer des projets dont on se dit ça débouche dans dix ans va intéresser les investisseurs de manière générale privés ou publics c'est pas évident. Et donc il faut des gens qui soient euh, qui aient un peu la fibre, qui aient de l'imagination et se disent que, c'est pour le bien de l'humanité et que euh, ça sera rendu au centuple mais on sait pas très bien quand, donc c'est euh, donc il y a une vraie difficulté je pense. On peut aussi raconter des bobards, ça ça permet pendant un temps, de faire, **l'histoire du lancement du DMP ça a été regardez les milliards d'euros qu'on va gagner tout de suite, c'était à la fois de la naïveté mais aussi un... un moyen de de... d'occuper le devant de la scène.**’ (Entretien, fonctionnaire e-santé, 1995-2016, 24.05.2018 et 30.05.2018)

Lors de son interview donnée sur TF1 le 3 mai 2004, Philippe Douste-Blazy se concentre presque exclusivement sur le dossier électronique, au détriment des autres mesures de la réforme :

– Oui mais en définitive qui va être ponctionné, est-ce que c'est le contribuable ou est-ce que ça va être le patient ?

–C'est important quand même de savoir déjà comment on va gérer. **Deuxièmement un effet comment on peut faire maintenant un nouveau système. Je propose, ce soir, un dossier médical informatisé, pour tous les Français [insiste sur ces derniers mots].** C'est-à-dire que en quelques secondes le médecin pourra savoir immédiatement quels sont les actes médicaux qui ont été prescrits, les médicaments qui ont été prescrits, les antécédents du malade. Je prends un exemple une vieille dame de 82 ans, une dame de 82 ans qui va chez ses petits enfants, qui sont en vacances, elle n'est pas chez elle, elle tombe malade. Elle ne voit donc pas son médecin elle voit le médecin de ses petits enfants. En quelques secondes avec ce Dossier Médical on va pouvoir savoir quels sont ses médicaments, quelles sont ses maladies, et on ne va pas recommencer pour la dixième fois de lui prescrire des radios et des examens biologiques, on ne va pas lui redonner des médicaments. Sachez qu'en France...

–Mais cela n'imputera pas le remboursement de ses frais ?

–**Ah mais si les actes médicaux ne sont pas mis sur le dossier médical, elle ne sera pas remboursée.** C'est la première fois qu'on le fait. Vous savez, les Français consomment deux fois plus de médicaments que les danois, ils ne sont pas malades deux fois plus [petit sourire]. Prenez un exemple aussi sur la qualité, parce que **mon souhait c'est que on dépense moins et qu'on soigne mieux.** Par exemple, une femme de cinquante ans qui perd connaissance dans la rue, et bien cette personne, si on a un dossier médical, immédiatement en quelques secondes à

l'hôpital on va voir qu'elle est diabétique donc on ne refait pas les examens, et on lui donne du sucre.'²²⁴

Une stratégie de communication similaire est adoptée lors de la présentation de la loi par le Ministre devant l'Assemblée Nationale. Ainsi, après un résumé des difficultés financières rencontrées par l'Assurance Maladie, Philippe Douste-Blazy annonce l'introduction du Dossier Médical Personnel :

'Organiser notre système de soins est la priorité du gouvernement : c'est le cœur du projet de loi.

Le premier élément de cohérence du système de soins est la constitution du dossier médical personnel. Chaque Français doit pouvoir disposer d'ici 2007 de ce dossier médical, qu'il partagera avec son médecin traitant et, le cas échéant, avec l'ensemble des professionnels de santé avec lesquels il est en contact. Ce dossier répond à une demande d'information médicale de la part de nos concitoyens ; il est aussi un **droit** donné aux patients par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce dossier sera obligatoire et à terme, l'accès au dossier **conditionnera le remboursement des soins**. L'expérience menée en 1993 par le ministre de la santé, Mme Simone Veil, où le dossier médical n'avait pas été rendu obligatoire, est à cet égard riche d'enseignements. L'ensemble des partenaires gagnera à la mise en place rapide d'un dossier médical : le médecin par **un meilleur suivi** de son patient grâce à l'information en temps réel sur son patient ; le patient, par une **garantie de qualité de soins** et un accès unifié aux informations le concernant, trop souvent éparées ; l'assurance maladie, par la **limitation des soins inutiles ou dangereux**.'²²⁵

On note à nouveau la dualité des objectifs présentés, le DMP assurant à la fois l'exercice du droit des patients, la qualité des soins et un meilleur suivi, tout en permettant un contrôle des dépenses par la 'limitation des soins inutiles ou dangereux'. Le Ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy devient ainsi le principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé pendant cette première période de mise sur agenda, bien qu'il n'ait pas investi de ressources dans l'e-santé sur le long terme. En effet, c'est grâce aux choix stratégiques qu'il opère que cette solution est adoptée dans la loi du 13 août 2004. Le DMP est ainsi porté par un acteur particulièrement bien positionné au sein du courant politique, ce qui permet d'assurer une maturité élevée à ce courant. Par ailleurs le DMP ne rencontre pas d'opposition de principe au Parlement, puisque la plupart des députés souscrivent aux objectifs de coordination et de qualité des soins. Ainsi, seul le Parti communiste français s'oppose frontalement à la création du dossier, au motif du risque que présenterait pour l'assuré l'utilisation de ces données de

²²⁴ Interview du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille Philippe Douste-Blazy sur TF1, le 3 mai 2004. Source : Archives INA, retranscription par l'auteure.

²²⁵ Audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, et de M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie, Comptes rendus de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, jeudi 17 juin 2004, Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-spec-assurance-maladie/03-04/c0304002.asp>.

santé par certains organismes.²²⁶ Cependant, le DMP ne manque pas de provoquer d'importantes discussions au Parlement, notamment parce que de nombreuses dispositions vis-à-vis de sa mise en œuvre nécessitent encore d'être précisées (masquage des informations par le patient, alimentation du dossier, recueil du consentement, gestion des accès etc.).²²⁷ Des doutes sont également émis sur les économies attendues de ce dispositif, sans que cela remette en cause son adoption. Du fait du soutien fort du Ministre au DMP (il en est, durant cette phase, le principal entrepreneur de politique publique), ainsi que de par son acceptation de principe au Parlement, la maturité du courant politique peut être considérée comme relativement élevée (quatre sur un total de cinq).

Enfin, l'évaluation de la maturité du courant des solutions se base sur les mêmes éléments que dans les cas autrichiens et irlandais : en 2004, les technologies sur lesquelles repose le DMP, comme l'internet, sont encore très innovantes et peu testées au niveau international. Ainsi, seuls 34% des foyers français disposent d'un accès internet en 2004 (contre 90% en 2019).²²⁸ Par ailleurs, comme nous l'avons montré au début de cette sous-partie, les dispositions relatives au DMP semblent créer une rupture avec le travail institutionnel mené jusqu'alors sur les questions d'informatisation de la santé, ce qui ne permet pas d'améliorer la maturité de ce courant.

'[...] c'était Douste, Douste qui était allé voir, je sais pas qui il avait envoyé, l'avait amené quelque part où il a vu les gens qui avaient accès en ligne, des médecins qui avaient accès en ligne aux dossiers de santé, il a dit, je veux ça. Je veux ça, et donc euh il a dit, et je veux que, je me souviens plus sous quelle forme c'était mais que tout le monde ait un dossier de santé en ligne dans les deux ans ou quelque chose comme ça. **Dont tout le monde savait que c'était une injonction irréalisable quoi.** [...]' (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018)

L'écart entre les préconisations du rapport Fieschi, feuille de route de l'e-santé sous Jean-François Mattei (voir sous-section précédente), et la loi du 13 août 2004 est ainsi frappant :

'Nous éviterons donc de parler du dossier médical pour parler des données du patient dont le recueil a pour objet l'amélioration du suivi de son état de santé. En effet, d'une manière pragmatique, **il ne peut s'agir d'un dossier médical structuré, exhaustif**, convenant à tous quelle que soit la spécialité de chacun et

²²⁶ L'analyse des comptes-rendus de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie montre que le DMP n'a rencontré l'opposition que de deux élus PCF, en très grande minorité dans la Commission (recherche par mot-clé : 'dossier', voir : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-spec-assurance-maladie/03-04/index.asp>).

²²⁷ Débats parlementaires disponibles sur : http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/assurance_maladie.asp#041675

²²⁸ Source : Eurostat isoc_ci_in_h

interopérable avec tous les systèmes d'information existants en pratique. **La mise en place d'un tel dossier ne peut être envisagée à court terme** pour une proportion très importante de la population. Il s'agit de recentrer le système d'information de santé sur le patient en permettant, pour un patient donné et pour les professionnels de santé qui le prennent en charge, l'accès aux documents élaborés ou échangés le concernant.²²⁹

'Structurer et normaliser un dossier patient partagé ne peut être l'objectif de la première étape en 2003/2005 étant donné l'état des systèmes d'information disponibles et la culture du traitement de l'information dans le pays.'²³⁰

Nous évaluons ainsi la maturité du courant des solutions comme faible, c'est-à-dire s'élevant à un sur un total de cinq.

Tableau 16. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en France, 2004

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	4	4	+ Le principal entrepreneur de politique publique du DMP est le porteur de la réforme (Ministre de la Santé) +Le DMP ne connaît pas d'opposition de principe
Courant des problèmes	3	2	+ L'e-santé permet éventuellement de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins –Économies difficilement calculables et au mieux réalisée sur le long terme
Courant des solutions	1	1	–Solution très innovante, peu d'exemples internationaux –Déconnexion visible avec les attentes de la communauté de politique publique
Élément réactif	5	5	Présent : loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie
Maturité de la configuration	13	12	

C) Usages de l'UE dans la phase de mise sur agenda de l'e-santé : un potentiel en sommeil

Durant cette première période de mise sur agenda forte de l'e-santé par le Ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy, aucune trace d'usage de l'Union européenne n'a pu être repérée, ni dans les documents de politique publique analysés (Loi du 13 août 2004 relative à

²²⁹ Fieschi Marius (2003). *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. p.7

²³⁰ Fieschi Marius (2003). *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*. p.32

l'Assurance Maladie, discours publics du Ministre sur la réforme), ni dans les entretiens conduits avec les acteurs de politique publique de cette époque.²³¹

‘Ah là vraiment je veux bien que ce soit pas terrible pour votre étude je suis obligé de vous dire que **c'était très franco français**. Il n'y avait aucune comparaison internationale, et jamais on nous a demandé ça, et on n'avait pas le temps de faire ça’ (Entretien, membre du cabinet de Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005), 06.04.2017)

Pourtant, plusieurs indices suggèrent que l'Union européenne était déjà un acteur de l'e-santé à cette époque, au moins du côté institutionnel et des acteurs de la communauté de politique publique. Ainsi, dès 2000, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie un rapport sur la création de volets de synthèse médicaux à installer sur la carte de santé européenne.²³² Le principe est ici très similaire à l'idée du ‘volet de santé’ de la Carte Vitale, mentionné dans les Ordonnances Juppé, bien que ce projet national ne soit pas décrit dans la publication en question. Les principales conclusions de ce rapport de huit pages pointent les difficultés liées à la mise en place de volets de santé européens (accès, type d'informations, authentification et difficultés technologiques – taille de la carte à mémoire, lecteurs etc.). Ce document mentionne également l'existence d'un projet européen, ‘Cardlink’ auquel participe la France depuis les années 1990. Le projet se base sur l'expérience ‘Santal’ conduite à Saint-Nazaire (Nord) de 1988 à 1992, qui introduit les prescriptions électroniques sur les cartes à puce. Dix hôpitaux, douze laboratoires et cinquante médecins participent à l'expérimentation. En 1992, une coopération européenne est lancée entre ce projet Santal (qui agit au nom du Ministère de la Santé) en France et l'institution nationale des pharmaciens en Suède (*Apoteksbolaget*), dans le but de développer des standards pour la transmission électronique de prescriptions en Europe.²³³ Par ailleurs, la personne référente de ce programme en France n'est autre que Jean Valois, qui fera par la suite partie de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé et de la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information (DSSIS). L'Union européenne semble donc être présente très tôt en France comme acteur de l'e-santé. On observe ainsi qu'un conseiller de Philippe Douste-Blazy sur le sujet du Dossier Médical Personnel occupe les bureaux de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), alors même qu'il est chargé de mission pour le Premier Ministre avec pour objectif

²³¹ Entretien, chargé de mission e-santé, 08.06.2018 ; Entretien, membre du cabinet de Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005), 06.04.2017 ; Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 1998, 19.07.2018 ; Entretien, directeur du projet DMP à la CNAMTS, 20.06.2018 ; Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018

²³² Haehnel Pierre (2000). *Volet Médical et carte de santé européenne*. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2000.

²³³ Smith Jack (1993). *Smart cards news*. February 1993. 2:2, p.28

de 'rechercher des soutiens financiers dans le cadre de la promotion de la société de l'information à l'initiative du Premier Ministre (Jean-Pierre Raffarin)'. Or ces initiatives sont étroitement connectées aux développements européens :

‘—Oh bah c'était, de mémoire c'était, vous savez ça remonte un petit peu maintenant j'ai un peu de mal. Donc je vous dis l'enjeu des systèmes d'information était devenu très important et effectivement ça avait été porté très très haut et notamment à l'initiative du Premier Ministre de l'époque alors je sais plus...

—C'est Raffarin je crois... oui.

—Voilà, qui voulait soutenir effectivement et avait lancé différentes initiatives pour soutenir le développement, de alors plus largement d'une société numérique euh, qui visait notamment par secteur à promouvoir notamment le numérique dans tous les secteurs parce que là le Gouvernement avait bien entendu sur le radar que euh le numérique pouvait potentiellement changer énormément de choses. Voilà donc j'accompagnais le responsable de la mission un peu sur ces sujets-là [...]

—Et j'avais juste une question sur cet objectif là de société numérique, est-ce que, peut-être que vous savez pas d'ailleurs est-ce que c'est quelque chose qui était lié au Conseil européen de Lisbonne, il y avait tout un...

—Tout à fait. **Oui oui non c'est toute la dynamique, je l'ai pas cité mais c'est dans la dynamique européenne, l'Europe** commençait euh alors évidemment avec des états d'avancement assez différents d'un pays à l'autre, invitant à fortement investir le champ de la numérisation dans tous les secteurs, on avait du retard je pense par rapport aux américains qui avaient déjà largement, bon sans parler d'autres pays et sans préjuger éventuellement de ce que d'autres grands pays aujourd'hui font dans ces enjeux-là et en plus c'est des enjeux de stratégie énormes, dans la lutte, la survie intercontinentale, l'enjeu numérique est devenu maintenant un enjeu stratégique et c'est peu de le dire quoi, c'est le [?] le *big data*, etc. ça a dépassé les frontières, **mais du coup c'était effectivement à l'époque où l'Europe se réveillait, était réveillée donc par les Ministres de la communauté, pour le développement de la communauté numérique.**' (Entretien, chargé de mission e-santé, 08.06.2018)

Un entretien avec le directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS) de cette époque confirme les liens institutionnels établis entre le Ministère de la Santé et l'Union européenne dans ce domaine :

‘— Et je voulais vous parler un petit peu des initiatives européennes [...] alors déjà est-ce que ce sont des choses qui, vous étiez au courant de ces initiatives ou pas ?

—**Oui mais donc, nous on suivait ça on était assez impliqués, il y a quelqu'un qui est toujours sur ces sujets-là** qui était à la MISS à l'époque et qui est resté là-dessus c'est Joëlle Rouvière. Donc qui suit ça et donc à l'époque si vous voulez ce qu'il y avait c'était plutôt des réseaux d'experts de différents pays financés par l'Union européenne qui essayaient de faire émerger cette importance de l'enjeu de l'e-santé, et les travaux portaient sur les même idées, standardisation, communication, interopérabilité, enfin on avance un peu tous du même pas, et aussi en regardant euh au-delà de l'aspect dossier médical aussi les avancées technologiques dans différents champs qui pouvaient être utiles et intégrées dans

le paquet quoi. [...] (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018)

L'Union européenne semble donc bien alimenter le courant des solutions à cette époque, par le biais de ce qu'on pourrait éventuellement qualifier d'usage technique : les réseaux d'experts permettent le partage d'expériences et la comparaison, qui soutiennent le processus de construction d'une solution d'e-santé à l'échelle nationale. Il est toutefois difficile d'établir un lien de causalité entre ces 'inspirations' d'ordre européen et la formulation de la politique nationale, surtout que ces initiatives européennes ne sont pas toujours perçues positivement du côté des cabinets ministériels :

'Ah lui peut-être parce que lui il faisait des voyages tout ça, il faisait, il parlait d'informatique de systèmes de santé au niveau européen, **mais moi je voyais pas l'intérêt c'est-à-dire moi je, on avait le boulot de faire ça en France point quoi**, point barre comme on dit. Je voyais pas le lien. Et même ce qu'ils ont fait finalement leur dossier à l'UNCAM il est pas très européen, c'est tellement spécifique tous ces systèmes que... Je vois pas comment on aurait pu s'inspirer de quoi que ce soit.' (Entretien, membre du cabinet de Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille (2004-2005), 06.04.2017)

A noter que ces relations à l'Union européenne conduisent également le directeur de la MISS à opérer des usages de l'UE (courant politique), non dans le cas de la loi du 13 août 2004 mais dans le cadre de la loi Kouchner de 2002, qui contient un article sur l'hébergement des données de santé (Art. L. 1111-8. De la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) :

–Et du coup à l'époque le sujet européen c'était quelque chose qui était perçu comme, important...

–Oui, c'était perçu comme important de deux façons, en premier c'était d'essayer de voir ce qui se faisait ailleurs, et c'est de ça que je tire ma logique que je vous ai servie tout à l'heure, ça a démarré plus vite dans les pays à service national de santé, et donc on est allé voir sur place à quoi ça ressemblait comment ça marchait quels principes et ainsi de suite euh donc **pour pouvoir s'appuyer là-dessus aussi, pour pouvoir défendre ces idées-là en France, dire bah les autres font des choses pourquoi pas nous, et puis sous ces aspects donc évolution d'un contexte favorable à la e-santé au niveau européen.**

–D'accord. Et alors vous dites les autres font des choses pourquoi par nous, c'est une argumentation que vous avez utilisée alors mais auprès de qui dans quel contexte plus précisément ?

–Bah là toujours dans nos relations avec le politique.

–D'accord...

–Pour essayer d'obtenir des moyens et des orientations sur ces sujets-là c'est-à-dire que ça progresse.

–D'accord. Donc l'argument... C'était un argument européen ou plutôt de la comparaison internationale...

- **Bah c'était un argument de, c'est le sens de l'histoire il faut aller vers ça.**
- D'accord, et ça fonctionnait [il me coupe]
- Si vous voulez, le fait qu'on ait pu mettre, parce que le premier truc a été la loi de 2002, la loi euh... Kouchner de 2002 sur les droits des patients, c'est là qu'on a réussi à mettre l'article de loi sur l'hébergement des dossiers de santé. Et si vous voulez on a gagné ça au dernier moment, eux voyaient pas tellement, pour eux le cœur c'était euh, l'accès des patients à leur propre dossier c'était ça qu'ils voulaient et notre affaire apparaissait un peu orthogonale par rapport à ça donc je me souviens plus si c'est au moment des amendements qu'on a réussi à faire passer ça mais enfin c'est assez tard quoi. Mais c'était bien autour de cette idée-là de la faire progresser à ce niveau-là.
- D'accord. Et là vous avez utilisé les initiatives européennes ou pas du tout ?
- **Là on a utilisé un peu tout. Le fait que c'était le sens de l'histoire qu'il fallait vraiment aller vers ça quoi, et que notamment si on donnait accès aux patients à leur dossier ça allait assez vite poser la question de la dématérialisation des dossiers et qu'il fallait organiser ça quoi.**
- Et c'est bien perçu par le politique justement ce type d'argumentation ?
- Oui c'est des argumentations quand même assez technos et c'est pas si vous voulez c'est pas leur mode d'entrée, on arrive à vendre ça à la fin, au directeur de cabinet quoi [...] (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018)

La différence entre la loi Kouchner et la loi du 13 août 2004 cependant, est que le type d'acteur à promouvoir l'e-santé est radicalement différent. Tandis que dans le premier cas un aspect de celle-ci est soutenu par une petite unité du Ministère de la Santé dotée de peu de moyens (la MISS), c'est bien le Ministre, qui, dans le second cas, se saisit du sujet et devient le principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que l'Union européenne n'ait pas fait l'objet d'usages spécifiques : du fait de son positionnement privilégié, qui contribue grandement à la maturité de la configuration vis-à-vis du DMP, le Ministre ne semble pas souffrir d'un manque de légitimité. Bien que l'UE ait été un acteur des politiques d'e-santé à cette époque, la maturité de la configuration, et notamment la saisie du sujet par le Ministre de la Santé, expliquent pourquoi l'UE n'est pas considérée comme un acteur significatif de cette première phase de mise sur agenda.

II. Une mise sur agenda en boucle : la relance du DMP par Roselyne Bachelot

A) La relance du DMP

Lorsque Philippe Douste-Blazy quitte le Ministère de la Santé en juin 2005, il est remplacé par Xavier Bertrand jusqu'en mars 2007, qui semble prendre peu d'initiatives politiques en matière d'e-santé alors que le développement du projet DMP suit son cours. Après la victoire de l'Union pour un Mouvement Populaire aux élections de 2007, c'est Roselyne Bachelot qui

reprend le Ministère de la Santé et des Sports le 18 mai 2007. Elle est alors saisie de la problématique du DMP, qui rencontre de nombreuses difficultés de mise en œuvre, et déclare dans un entretien au Monde daté du 22 juin 2007 que le DMP est 'au point mort' :²³⁴

‘–Faut-il réorienter la réforme de 2004 ?

–Il y a eu un dérapage net par rapport à l'objectif national de dépenses de l'assurance-maladie. Ce dérapage est confirmé par les chiffres de mai. Des objectifs qui avaient été fixés en matière de maîtrise médicalisée des dépenses n'ont pas été tenus. Nous allons étudier les propositions de la Caisse nationale d'assurance-maladie, et celles des autres régimes (agriculteurs et indépendants), puis consulter les partenaires sociaux et les professionnels de santé.

La réforme de 2004 était censée en finir avec les plans d'urgence et prônait notamment, comme source d'économie, la mise en place du dossier médical personnel (DMP). Où en est-on ? Je ne me contenterai pas d'un énième plan d'urgence, même s'il est indispensable. **Le DMP est au point mort, mais je vais le relancer très vite.** Il est impossible de mener une politique de santé dans ce pays, que ce soit en ville ou à l'hôpital, sans DMP.’

Cette formulation, le DMP ‘au point mort’ est emblématique au sens où elle marque fortement les acteurs de l’e-santé de l’époque. Elle sera ainsi reprise telle quelle par certains de nos enquêtés. En 2007, elle est également utilisée par des groupements d’industriels afin de se faire entendre des pouvoirs publics.²³⁵ Bien que la Ministre soutienne par principe le projet DMP, son arrivée au Ministère marque un tournant particulier dans la politique d’e-santé, au sens où la pertinence du projet lui-même est réinterrogée. Plutôt que la poursuite d’une phase d’élaboration, c’est donc une phase de mise sur agenda secondaire qui s’opère, durant laquelle l’existence du projet est remise en cause, avec un risque de ‘sortie de boucle’ pour la politique publique. Cette nouvelle mise sur agenda est étroitement mêlée à une phase de formulation durant laquelle la politique publique est ‘remise à plat’.

‘Personne, quand on est arrivé d'abord, bien que ce soit une alternance, enfin, une continuité au sein de la droite, il y a pas eu de continuité en fait dans la gestion des dossiers et donc que ce soit moi sur la gestion de mes dossiers ou mes collègues, on n'a pas eu de passation de pouvoir où nos prédécesseurs nous ont expliqué les tenants et les aboutissants, **on est reparti un peu de zéro. Et hum, et euh, sur le DMP il y avait euh, des échos très divergents, avec beaucoup d'acteurs qui se plaignaient**, qui disaient on ne va pas dans la bonne direction, c'est n'importe quoi, parce qu'il y avait un appel d'offres très structurant sur le DMP qui avait été lancé, pendant euh, pendant l'élection. Et je crois que c'était entre les deux tours de l'élection quelque chose comme ça. Hum... Et... euh, et et donc les acteurs qui critiquaient cette approche se manifestaient, et comme il n'y avait pas eu le temps

²³⁴ Benkimoun Paul, Sandrine Blanchard et Michel Delberghe. ‘Mme Bachelot « On ne peut pas lier mécaniquement dépenses et performances du système de santé »’. Le Monde, 22 juin 2007, p.10

²³⁵ LESISS et SNITEM (2007). *Le DMP au point mort - Pour la relance d'un projet d'intérêt national*. Disponible sur : http://www.lesiss.org/offres/file_inline_src/445/445_P_15191_2.pdf

de vraiment rentrer dans le détail de ce qu'il se passait ça faisait un bruit de fond qui disait, voilà, le truc est planté, hum, et **c'est pour ça que Roselyne Bachelot en 2007 a fait une déclaration en disant "Le DMP est au point mort". Voilà.** [Silence] [...] (Entretien, conseiller de Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports (2007-2010), 10.05.2017)

L'élément réactif de cette mise sur agenda secondaire est donc double : c'est le processus de formulation tel qu'il a été lancé en 2004 (dépendance au sentier), couplé avec l'arrivée de Roselyne Bachelot après les élections, qui expliquent la temporalité de la synthèse qui s'opère en 2007.

'Le **DMP existait déjà**, enfin tout le monde avait déjà entendu parler du DMP, ça faisait partie, ça c'était un élément clé de la loi de 2004, avec la promesse qu'il y ait un DMP en 2007 et quand elle est arrivée on était en 2007, donc il y avait aussi une **certaine pression sur ses épaules.**' (Entretien, conseiller de Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports (2007-2010), 10.05.2017)

Dans un premier temps, la relance entreprise par Roselyne Bachelot prend la forme d'une mission interministérielle de revue de projet dirigée par Michel Gagneux. Une des caractéristiques de ce premier rapport est qu'il est extrêmement critique vis-à-vis des initiatives précédentes relatives au DMP. Bien que les recommandations finales affichent un soutien de la mission au projet DMP, le bien-fondé de celui-ci est plusieurs fois explicitement questionné au cours du rapport :

'Tant de vertus ont été prêtées au DMP qu'aucune documentation sérieuse n'a jamais vraiment étayées, tant d'objectifs difficiles à concilier lui ont été assignés, tant de ruptures et de vicissitudes ont affecté sa mise en œuvre, tant d'incertitudes pèsent encore aujourd'hui sur la pertinence de la stratégie adoptée, tant d'acteurs apparaissent aujourd'hui découragés, sceptiques ou déçus, si large enfin est le fossé constaté entre les annonces initiales et l'état d'avancement du projet, qu'il apparaît aujourd'hui impossible de ne pas poser la question : le projet DMP n'est-il pas une chimère ? **Faut-il, à l'heure où les comptes de l'assurance maladie connaissent un déficit record, poursuivre un projet qui nécessitera un investissement de plus de 1Md€, sans garanties suffisantes de réussite et sans visibilité sur les effets positifs que l'on peut attendre en retour ?**'²³⁶

Alors même que le déficit de l'Assurance Maladie a été central dans la mise sur agenda du DMP en 2004, c'est ce même élément qui conduit ici à questionner la pertinence du DMP en tant que projet national. Malgré les nombreux problèmes mis en avant, la mission conclut sur la nécessité de poursuivre le projet, du fait du potentiel structurant qu'il présente pour l'informatisation des systèmes de santé (en matière d'interopérabilité notamment). Plus

²³⁶ Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.49

concrètement, le rapport émet plusieurs recommandations, dont certaines seront appliquées par la suite. Tout d'abord, il préconise l'annulation de l'appel d'offres hébergeur, qui avait pour objectif de sélectionner l'industriel qui serait en charge de stocker les données du DMP. Ensuite, le rapport suggère des pistes pour la refondation de la gouvernance du projet, afin d'obtenir un schéma organisationnel plus clair et efficace. Il est avant tout recommandé de ne pas fixer d'échéances 'intenable', et de mettre les moyens nécessaires au bon fonctionnement du projet. Entre autres, il s'agit d'abandonner la logique de déploiement rapide et généralisé, pour aller vers une mise en œuvre progressive et par zone géographique. De même, le rapport préconise explicitement d'abandonner l'idée de 'retours sur investissement' attribuée au DMP, pour au contraire se focaliser sur l'amélioration des soins :

‘ Il ne faut pas attacher au DMP des objectifs qui ne peuvent manifestement pas être les siens.

Le but premier du DMP est l'amélioration de la qualité des soins, via la mise en place d'un système informatisé d'échange et de partage des données médicales, centré sur le patient. Il doit être considéré comme tel, **sans chercher à le parer de multiples vertus, notamment budgétaires**. S'il peut naturellement concourir, par ses effets induits, à la réduction des prescriptions inutiles ou redondantes et à la réduction du risque iatrogène, il n'en n'est ni l'unique vecteur, ni même le principal. C'est un moyen parmi d'autres, dont on ne saura sans doute jamais déterminer la contribution précise. Le DMP ne prendra tout son sens que dans le cadre d'une évolution générale des systèmes de santé qu'il ne pourra pas seul engendrer.’²³⁷

Concernant la gouvernance, la mission propose la création d'un Conseil National des Systèmes d'Information de Santé (CNSIS), afin 'd'instituer une autorité institutionnelle disposant de la légitimité et des moyens d'action concrets nécessaires à ses missions'²³⁸.

Suite à cette revue de projet, Roselyne Bachelot prend la décision de relancer le DMP, 'en évitant toute précipitation'²³⁹. Une deuxième mission est alors lancée afin de produire la 'feuille de route' du DMP, qui comporte diverses recommandations, tant techniques et portées sur l'objet DMP lui-même que sur sa gouvernance. Ce rapport préconise notamment la création d'une Agence pour le Développement des Systèmes d'Information partagés, qui deviendra lors de sa création en 2009 l'Agence nationale des systèmes d'information partagés

²³⁷ Mission interministérielle de revue du projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.64

²³⁸ Mission interministérielle de revue du projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.62

²³⁹ Door, Jean-Pierre (2008). *Rapport d'information sur le Dossier médical personnel*. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, p.61

de santé (ASIP, aujourd'hui 'l'Agence Française de la Santé Numérique').²⁴⁰ L'ASIP résulte de la fusion de deux Groupements d'Intérêt Publics (GIP) auparavant distincts, le GIP DMP et le GIP Carte de professionnel de santé (CPS). Elle récupère également les missions relatives à l'interopérabilité auparavant dévolues au Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH, les autres missions de cet organisme seront quant à elles absorbées par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, créée à la même période). L'ASIP est directement placée sous la tutelle du Ministère de la Santé, et plus particulièrement de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS). Selon un rapport de la Cour des comptes de 2009, la création de l'ASIP vise directement à pallier d'importants défauts de gestion du GIP DMP :

'En l'absence de services communs avec d'autres organismes et au regard des ambitions affichées, le GIP n'a en fait pas atteint une taille lui permettant de se doter des moyens nécessaires à une bonne gestion administrative. Le regroupement de trois entités au sein de l'ASIP est de nature à pallier cet inconvénient.'²⁴¹

L'ASIP deviendra par la suite un acteur majeur des politiques d'e-santé françaises, et comptera environ cent-trente employés.

Enfin, en 2009, est publié un troisième rapport, toujours dirigé par Michel Gagneux, portant exclusivement sur les questions de gouvernance. Cette question de la gouvernance est en effet centrale, puisqu'elle est posée dès les débuts du DMP et sera encore à l'ordre du jour lors de l'enquête de terrain en 2018. Le rapport fait état de douze recommandations détaillées, articulées autour de plusieurs thèmes : établir une stratégie nationale des systèmes d'information de santé, création d'une direction dédiée aux systèmes d'information de santé au sein du Ministère de la Santé, renforcement de la 'vigilance éthique', favorisation de la concertation avec tous les acteurs et meilleure maîtrise des données de santé.

La relance opérée sous Roselyne Bachelot se focalise donc dans un premier temps sur les questions de gouvernance de l'e-santé, pour ensuite engager la reprise des travaux sur le projet DMP et l'informatisation des systèmes de santé au niveau général. Ainsi, la MISS travaille sur la mise en place d'infrastructures techniques destinées à supporter le DMP et d'autres applications d'e-santé, comme le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

²⁴⁰ Arrêté du 8 septembre 2009 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public, JORF n°0213 du 15 septembre 2009 Texte n° 15

²⁴¹ Rapport public annuel de la Cour des comptes, 2009, p.139

(RPPS, Entretien, fonctionnaire e-santé, 1995-2016, 24.05.2018 et 30.05.2018). La MISS travaille également sur des programmes plus centrés sur le développement des systèmes d'information à l'hôpital, tels que le Programme Hôpital Numérique lancé en 2011 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (Entretien, fonctionnaire e-santé, 1995-2016, 24.05.2018 et 30.05.2018). L'objectif de ces programmes est principalement de financer des projets hospitaliers répondant à la feuille de route établie, en permettant de les accompagner dans leur transformation numérique. La MISS travaille donc sur un certain nombre de sujets, tandis que le GIP DMP puis l'ASIP prennent à leur charge la préparation concrète de la réalisation du DMP, en restant toutefois sous la tutelle du Ministère.

Sur la période 2009-2011, l'ASIP parviendra, selon son directeur de l'époque, à préparer techniquement le DMP, qui sera prêt à être déployé à la fin du mandat de Roselyne Bachelot (Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018). Ainsi, en 2010, l'hébergement du DMP est attribué à un consortium dirigé par Atos Origin et La Poste :

‘Quatre candidats avaient déposé une offre dans le délai imparti, dont Atos-La Poste, Cegedim-Cap Gemini et Sqli-SFR. Le consortium Orange-General Electric avait été éliminé pour vice de procédure, révélait TICsanté le 5 janvier dernier. Ce marché, d'une durée de quatre ans, est destiné à assurer l'hébergement du DMP dans sa première phase de développement (2010-2013). Il comporte une tranche ferme portant sur l'installation d'infrastructures capables de gérer 5 millions d'ouvertures de DMP dès la fin 2010 et une tranche conditionnelle liée au nombre effectif de DMP ouverts.’²⁴²

En parallèle, l'ASIP entreprend de rédiger les premières versions du cadre d'interopérabilité et de sécurité dès 2009 (première version publiée en 2010), document supposé servir de référence et de guide pour les éditeurs de logiciels, afin de les rendre communiquant entre eux en assurant leur compatibilité avec le DMP. Entre 2010 et 2012, Jean-Yves Robin indique ainsi qu'une centaine d'éditeurs de logiciels sont certifiés ‘DMP compatibles’.²⁴³

Le mandat de Roselyne Bachelot constitue donc une période particulière pour les politiques d'e-santé. Elle représente à la fois un coup d'arrêt, puisque le processus de développement de la politique publique est stoppé et remis à plat notamment par une transformation de sa gouvernance, et une relance forte de l'e-santé, puisque le projet DMP sera finalement reconduit et rapidement mis au point.

²⁴² TIC Santé. ‘L'Asip attribue l'hébergement du DMP au consortium Atos Origin-La Poste’. 19/02/2010. Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/559/1%E2%80%99asip-attribue-1%E2%80%99hebergement-du-dmp-au-consortium-atos-origin-la-poste.html>

²⁴³ Robin Jean-Yves (2014). *L'urgence numérique*. Paris : L'Harmattan, p.137

B) Le 'Dossier Mal Parti' : une configuration peu mûre pour l'e-santé...

Comment évaluer la maturité de la configuration ayant mené à cette relance ? Tout d'abord, nous pouvons observer que l'élément réactif est bien présent, puisque ce sont à la fois les décisions prises sous Philippe Douste-Blazy (dépendance au sentier) et l'arrivée de Roselyne Bachelot au pouvoir après les élections de 2007 qui constituent les éléments réactifs de cette relance.

Ainsi, la manière dont se déroule la formulation du DMP en vue de sa mise en œuvre semble susciter de nombreuses critiques chez les différents acteurs de l'e-santé, et ce dès la reprise du dossier par Xavier Bertrand en 2005 :

‘[...] Mais vous voyez je vous parle euh, très en vérité. Et euh, transparence en tout cas dans la perception que j'ai des sujets, donc un Ministre [Xavier Bertrand] qui était très motivé mais euh qui sentait bien qu'effectivement les choses n'étaient pas les bonnes quoi. Donc ça a été un peu la guerre parce vous savez quand une fusée de ce type-là est partie pour reconfigurer en vol c'est quand même vachement compliqué hein, donc euh et donc j'ai commencé à [?] et six mois après, je me souviens de, j'avais commencé à travailler sur le fond sur le dossier et **je me suis rendu compte que ça ne tenait pas la route**, on n'y arriverait pas comme ça. [...] Et moi j'étais terrorisé à l'idée de pouvoir effectivement [...] terrorisé, enfin pas terrorisé mais extrêmement mal à l'aise avec ces annonces **et ce que je voyais de l'incapacité qu'on avait compte tenu des tensions** [...]. Alors on a changé une troisième fois de directeur général, on en a nommé un autre, [?] lui-même dit bah non vous inquiétez pas Monsieur le Ministre, grand Énarque de surcroît je ne citerai pas son nom euh ce sera fait, bon ça pas été fait parce que les fondamentaux étaient pas, et puis la dimension plus stratégique était pas comprise. Et ça je pense que Xavier Bertrand l'avait compris, mais il était un peu piégé par ce qui avait été lancé par la fusée qui était lancée. Donc euh j'ai passé deux ans avec un conseiller, un autre conseiller qui est devenu un ami d'ailleurs depuis, **à essayer de lui faire perdre le moins de crédit possible sur un truc qui était mal parti**. Et on a fait quelques progrès et c'est comme ça qu'on a lancé par exemple le projet alors là auquel je croyais beaucoup qui était le dossier pharmaceutique. [...]’ (Entretien, chargé de mission e-santé, 08.06.2018)

Ce conseiller en charge du DMP est très explicite sur le contenu de son travail durant les deux années qu'il a passées dans le cabinet de Xavier Bertrand : pieds et poings liés par la 'promesse' de Douste-Blazy vis-à-vis du public et les différentes dispositions prises à sa suite, il en est réduit à faire de la 'gestion de dommage collatéraux' pour le compte du Ministre. Malgré ce contexte difficile, les premières expériences pilotes sont mises en place, et bien qu'elles connaissent de nombreux problèmes de mise en œuvre,²⁴⁴ certaines d'entre elles

²⁴⁴ Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.13

retiennent l'attention comme celles du consortium D3P (Microsoft, Réseau Santé Social et Medcost) en Rhône-Alpes. Un article du Monde à ce sujet relate les difficultés de mise en œuvre du DMP et les doutes émis quant aux économies annoncées par Philippe Douste-Blazy :

‘Thierry Philip, le vice-président du conseil régional (PS) et patron du centre Léon-Bérard, estime de son côté que "l'investissement nécessaire à la généralisation de ce DMP mal préparé sera de l'ordre de 1,5 milliard d'euros, alors que M. Douste-Blazy avait annoncé qu'il permettrait d'économiser 3,5 milliards d'euros !"’²⁴⁵

Ainsi, malgré quelques avancées dans le courant des solutions, le constat posé par les acteurs et largement repris dans la revue de projet ministériel commandée par Roselyne Bachelot fait état d'un avancement très problématique de la politique publique :

‘Des délais de réalisation toujours plus serrés et impossibles à tenir, comme des objectifs toujours plus larges et ambitieux, ont fait peser sur les équipes chargées du développement du projet **une pression constante et contre-productive**, et ont eu pour conséquence une forme de **fuite en avant** conduisant à négliger certaines étapes fondamentales, à faire de multiples hypothèses, aboutissant à un **écart croissant entre les objectifs annoncés et l'avancement réel du projet**. Il n'a pu en résulter en définitive qu'une **perte de crédibilité générale** dans le discours de l'État et dans la viabilité du projet, et, consécutivement, une perte de confiance chez de nombreux acteurs.’²⁴⁶

‘La loi du 13 août 2004 prévoit que chaque patient pourra disposer d'un DMP avant le 1er juillet 2007. **L'inscription dans la loi d'une échéance jugée dès l'origine irréaliste par la plupart des acteurs a fonctionné comme un piège**. Imposée par le ministre de la Santé et de la Protection sociale de l'époque, qui ira même jusqu'à afficher la possibilité de prendre de l'avance, elle a placé son successeur dans l'obligation de la maintenir afin de ne pas affaiblir une réforme de l'assurance maladie dont le DMP avait été présenté comme une mesure-phare. [...] En l'occurrence, la mise en œuvre du DMP conformément aux objectifs de la loi étant devenu un enjeu politique, **la volonté de "forcer les feux" a prévalu au-delà du raisonnable** ; cela a amené les décideurs successifs à promettre, contre toute vraisemblance, que le projet serait opérationnel dès 2007, et a contraint tous les acteurs à gérer le dossier dans sa seule perspective des annonces de résultat.’²⁴⁷

‘Et hum il se trouve que le DMP suscitait vraiment beaucoup de bruit, en particulier parce que les Ministres précédents que ce soit Philippe Douste-Blazy ou Xavier Bertrand en avaient fait un des axes majeur de leur politique, on avait

²⁴⁵ Landrin, Sophie. ‘En Rhône-Alpes, une expérience pilote de mise en œuvre du DMP’. Le Monde, 13 novembre 2007. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/talents-fr/article/2007/11/13/en-rhone-alpes-une-experience-pilote-de-mise-en-oeuvre-du-dmp_933158_3504.html

²⁴⁶ Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.2

²⁴⁷ Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.3

prétendu que les, publiquement que les gains à en attendre seraient substantiels, tant en terme de qualité de service pour les patients qu'en termes d'économie, et en plus en se mettant, **en se fixant des délais qui étaient extrêmement réduits**, et qui ont conduit en fait, à ce que [...] conçoive son projet comme il l'a conçu, et **avance à marche forcée** y compris en lançant un appel à projet, enfin un appel d'offres, entre les deux tours de l'élection présidentielle, ce qui est, quelque chose, on va dire, pour employer le vocabulaire, **qui n'est pas de bonne administration**. C'est une manière un peu de profiter de la vacance du pouvoir pour tordre le bras, euh de...du politique. Sur un sujet qui lui même était très politique.' (Entretien, conseiller de Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports (2007-2010), 10.05.2017)

À la différence de l'Irlande donc, ce n'est pas ici un processus de formulation de politique publique qui s'essouffle après avoir buté sur d'importantes difficultés, c'est au contraire un développement qui se poursuit malgré elles.

'Lancé dans une phase de pré-industrialisation sous la conduite d'un management à plusieurs reprises déstabilisé et avant même que les finalités primordiales et le contenu du DMP aient pu être suffisamment pensés, le groupement s'est trouvé constamment confronté à la difficulté d'avoir à résoudre au fil de l'eau des problèmes juridiques complexes qui auraient mérité d'être traités en amont, et dont la non anticipation a régulièrement fait peser **une série d'hypothèques sur le processus de mise en œuvre**. Le GIP-DMP n'est d'ailleurs pas encore tout à fait sorti de ce type de difficultés.'²⁴⁸

Tandis que les annonces du Ministre de la Santé en 2004, de par leur déconnexion avec les attentes de la communauté de politique publique à ce moment-là (voir p.191), préfiguraient ces difficultés, celles-ci se sont concrètement matérialisées durant la première période d'élaboration. Cela a conduit, comme nous l'avons vu, la mission de revue à mettre en doute jusqu'à la pertinence de l'existence d'un tel projet. Paradoxalement donc, alors que la formulation de la politique avance, le courant des solutions semblerait presque moins mûr qu'en 2004, où son manque de maturité reposait avant tout sur des projections et non des constats. Le DMP provoque ainsi 'une perte de confiance chez de nombreux acteurs'²⁴⁹, ce qui nous amène à évaluer le courant des solutions entre zéro et un sur une échelle de cinq.

Côté politique, la maturité du courant n'est pas particulièrement aisée à évaluer. Ainsi, il semblerait que le DMP fasse l'objet d'un soutien programmatique de la part de la Ministre, même si ce constat n'est pas partagé par tous les acteurs :

²⁴⁸ Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.17

²⁴⁹ Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.2

‘[...] **je me souviens de Roselyne Bachelot me disant « J'aimerais être la Ministre du DMP, la Ministre qui a réussi le DMP »**, elle a, elle a consacré du temps, elle a pris un ensemble d'initiatives sur le sujet de la e-santé, la e-santé avait une importance à ses yeux, et aux yeux du cabinet, ce qui a pas toujours été le cas, voilà.’ (Entretien, conseiller de Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports (2007-2010), 10.05.2017)

Le directeur du Groupement d'Intérêt Public DMP, créé en 2005 afin de mettre en œuvre le DMP, confirme également cet intérêt de la Ministre pour le sujet de l'informatisation en santé :

‘[...] **Ce que Roselyne Bachelot appelait « mes deux bébés »**, c'est ANAP [Agence Nationale d'Appui à la Performance] et ASIP [Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé] qui sont les deux agences qui ont été créées à ce moment-là. [...]

‘Super, super tant qu'il y avait le portage et l'aliment politique, c'est-à-dire tant qu'il y avait Bachelot’

(Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018)

Côté administration, la perception est très différente, et la nouvelle saisie du DMP par le politique est parfois vécue comme un arrêt et une perturbation du processus :

‘Alors. ça c'est une question intéressante parce que, vous m'auriez, le DMP là pour nous c'est un peu derrière nous maintenant, donc vous m'auriez posé la question sur le DMP là je vous aurais répondu que oui c'était un vivant exemple de **stop-n-go, de l'absence de constance de la politique**, que vous avez une loi en 2004 qui demande à ce que le DMP existe en 2007, **qu'en 2007 vous avez une alternance qui bloque le process...** Parce que le modèle à l'époque était un peu trop, bousculait un peu trop de choses à la fois. Donc la Ministre qui arrive Bachelot elle est saisie du sujet, elle commande des rapports, donc celui de Michel Gagneux, qui aboutit à la conclusion que oui il faut... euh... oui il faut poursuivre dans le sens du DMP mais que en l'état on peut pas notifier parce qu'on était parti dans une procédure, que dans le contexte c'était un peu prématuré donc on a été obligé de relancer une procédure, mais dans un contexte où il y avait eu un travail de fait sur la gouvernance, donc c'est comme ça que l'ASIP santé a été créée. Donc le DMP a été conforté finalement. **Il y a eu la période de stop**, parce qu'on était quand même très lancé, on a un petit peu interrogé le modèle, on a relancé les procédures, on a créé l'ASIP, on a créé la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé, donc le DMP repart.’ (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

‘Euh alors c'est compliqué parce que **ce qui à l'époque occupe Roselyne Bachelot et le Ministère, c'est pas du tout le DMP et l'informatisation**, c'est le plan Hôpital Patients Santé Territoire, donc HPST, qui met en place les ARS [Agences Régionales de Santé] en particulier, c'est la seule chose qui intéresse à l'époque la Ministre, son cabinet, et le Secrétaire Général du Ministère qui était

Jean-Marie Bertrand [Secrétaire Général des Ministères Sociaux], et donc qui se contrefiche du sujet de... d'informatisation.'

'[...] et puis deuxièmement c'était un outil qui était, qui est mal fichu au plan, c'est pas euh, *user friendly*, et donc ce qui devait être la *killer app* de l'époque n'est jamais devenue la *killer app* de l'époque, c'est devenu un serpent de mer, et même un objet de plaisanterie donc euh, on l'appelait le **Dossier Mal Parti**, il y avait, et donc, et là on observe aussi que **les gouvernements successifs ont pas du tout été solidaires avec ce qu'avaient fait les précédents, et donc on a eu à chaque fois l'idée qu'on allait faire, commander un rapport de bilan pour... Critiquer ce qu'avaient fait les prédécesseurs**, et donc on en a eu une succession, avec mon avis une parfaite mauvaise foi.'

(Entretien, fonctionnaire e-santé, 1995-2016, 24.05.2018 et 30.05.2018)

S'il existe un soutien de la part de la Ministre à ce projet, force est de constater que celui-ci n'en n'est pas pour autant au cœur de son programme, qui se formalise dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) adoptée en 2009.²⁵⁰ Pourtant, l'adéquation entre les objectifs de cette loi et les dispositifs d'e-santé semble à première vue élevée : amélioration de la coordination, renforcement des liens entre médecine de ville et hôpital, modernisation du système. Si la loi est adoptée dans un contexte financier proche de 2004 (dégradation rapide du déficit de l'Assurance Maladie, notamment à cause de la crise de 2008, voir Cornilleau and Debrand 2011), elle est en revanche beaucoup moins explicitement orientée sur l'objectif économique, qui n'est pas une seule fois mentionné dans le communiqué qui suit le Conseil des Ministre annonçant la réforme le 22 octobre 2008, ni dans le discours d'introduction de Roselyne Bachelot lors de son audition devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale le Mercredi 28 janvier 2009.²⁵¹ Le courant des problèmes semble donc favoriser l'action politique dans le domaine de l'e-santé. À cela s'ajoute le fait qu'une partie importante des acteurs institutionnels semblait attendre une redirection politique dans la manière dont le projet s'était engagé. Ainsi, l'adéquation entre les problèmes généraux du système de santé, les problèmes plus spécifiques de l'e-santé et la réalisation d'une action politique en la matière semble élevée. Cependant, la forme prise par la relance est également critiquée par certains acteurs, notamment parce qu'elle implique un 'arrêt' d'un processus d'élaboration déjà très engagé. Ensuite, nous pouvons observer que

²⁵⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, 22 juillet 2009

²⁵¹ Communiqué suivant le Conseil des ministres du 22 octobre 2008, 'Réforme de l'hôpital, patients, santé et territoires', Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/discours/172679-conseil-des-ministres-du-22-octobre-2008-reforme-de-lhopital-patients>; Audition, ouverte à la presse, de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, et Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-cafc/08-09/c0809034.asp>

certaines problèmes juridiques majeurs, tels que la question de l'identification des patients, ne sont toujours pas réglés par cette relance en 'feuille de route'. La maturité du courant des problèmes peut néanmoins être considérée comme plutôt élevée, puisque c'est essentiellement la forme de l'action politique (et non sa pertinence en tant que telle), qui semble susciter le débat. Nous l'évaluons ainsi à trois sur un total de cinq.

Malgré cette apparente adéquation entre problèmes et solutions, le DMP ne fait pas partie des projets centraux de la réforme HPST. Quelques modifications mineures sont apportées au texte initial dans l'article 50, par ailleurs noyé au milieu des cent-trente-cinq autres articles du projet de loi.

Article 50

I. — 1. Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 3 intitulée : « Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique », comprenant les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L. 161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale, qui deviennent respectivement les articles L. 1111-14, L. 1111-15, L. 1111-16, L. 1111-17, L. 1111-18, L. 1111-19, L. 1111-21, L. 1111-22, L. 1111-23 et L. 1111-24 du code de la santé publique.
2. La section 5 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est abrogée.
II.-L'article L. 1111-15 du code de la santé publique tel qu'il résulte du I est ainsi modifié :
1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
« L'accès au dossier médical personnel des professionnels mentionnés au premier alinéa est subordonné à l'autorisation que donne le patient d'accéder à son dossier.
» ;
2° Le dernier alinéa est supprimé.
III. [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009.]
IV.-Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 1111-14 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section ».

La loi HPST de 2009 permet également d'inscrire le dossier pharmaceutique (DP) au Code de la santé publique.²⁵² Ce dossier, qui existe depuis 2007, évolue en parallèle du DMP et est géré directement par l'Ordre des pharmaciens. L'objectif affiché est de créer un dossier informatisé 'adapté à l'exercice professionnel des pharmaciens'²⁵³, qui permettrait de réduire

²⁵² Voir l'article L1111-23 créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 50 (V)

²⁵³ Ordre National des pharmaciens, 'Le Dossier Pharmaceutique, Sa genèse et son évolution', Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Sa-genese-et-son-evolution>

le risque iatrogénique et la redondance des prescriptions. Ainsi, on trouve au sein du DP les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois (durée portée à vingt-et-un ans pour les vaccins). Cette initiative semble donc faire doublon au DMP, ce dernier étant également supposé contenir les prescriptions et être accessible par les différents professionnels de santé.

D'autres sujets, sans doute plus secondaires du point de vue de la politique publique d'e-santé, font par ailleurs l'objet d'avancées dans la loi HPST ; c'est par exemple le cas de la télémédecine, qui sera inscrite au Code de Santé Publique suite à son introduction dans l'article 78.²⁵⁴ La télémédecine est dès lors reconnue comme une 'forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication'. Son inclusion dans la loi semble avoir fait l'objet d'un travail d'argumentation poussé de la part de certains acteurs de l'e-santé :

'Et il était clair que la loi Hôpital Patient Santé Territoires, qui était alors présentée en débat par Mme Bachelot, allait porter ou ne pas porter un article sur la télémédecine. Or **nous étions nombreux à souhaiter qu'il porte un article sur la télémédecine** car il y avait eu une loi précédente votée sous Jean-François Mattei, qui disait que les Agences Régionales de l'Hospitalisation, puisqu'à l'époque c'était encore l'Hospitalisation, devaient intégrer dans leur stratégie régionale la télémédecine. Alors la loi disait que ça devait être comme ça. En réalité ça n'a eu aucun effet, comme d'ailleurs un certain nombre de lois ou d'articles de lois. [...] Donc le rapport avait pour objectif de faire en sorte, de contribuer avec d'autres acteurs qui y liaient un article, et cet article a été voté finalement. Il y a eu des moments où il a été menacé de ne pas le mettre parce que la loi était déjà trop longue etc. Bon cela a été mis et on a eu quand même une certaine satisfaction vaniteuse peut-être, c'est que **l'article de loi c'est quasiment, mot pour mot, quasiment quand même seulement ce que nous avons écrit.**' (Entretien, membre d'une association médicale, 03.06.2015)

On observe donc que le DMP, et l'e-santé en général, ne semble pas être une priorité dans la réforme de la Ministre Roselyne Bachelot : malgré son soutien de principe à cette thématique, elle choisit de ne pas en faire un axe majeur de sa politique. Cette relative absence de l'e-santé peut paraître surprenante au vu des objectifs de la loi qui semblent entrer en bonne adéquation avec le développement de ce type de dispositifs. L'absence d'aboutissement de la politique menée en 2004 encourage alors sans doute Roselyne Bachelot à ne pas faire de ce dispositif un axe majeur de la réforme, les coûts politiques en cas d'échec pouvant s'avérer élevés. Alors qu'en 2004 Philippe Douste-Blazy fait jouer à plein le potentiel de communication

²⁵⁴ Nous considérons ici la télémédecine comme un 'sujet secondaire' non pas du fait de sa place dans l'organisation des soins, mais par rapport aux dispositifs que celle-ci nécessite pour sa mise en place au niveau de la politique publique. En effet, les actions politiques concernant la télémédecine visent à ce moment-là essentiellement à la régulation de cette pratique, à la différence du DMP qui requiert la constitution d'infrastructures importantes afin que l'outil soit rendu disponible pour l'ensemble des citoyens.

politique du DMP, cet instrument devient en quelques années un pari risqué politiquement. De plus, les relations avec la CNAMTS vis-à-vis du DMP semblent alors particulièrement problématiques, et sont évoquées par plusieurs acteurs centraux de cette période.

Plusieurs acteurs que nous avons rencontrés durant la recherche de terrain ont ainsi fait état de difficultés avec la CNAMTS vis-à-vis de la gestion du DMP. Il ne s'agit pas ici d'évaluer la véracité des propos de chacun ou la manière dont la CNAMTS aurait ou non contribué à l'échec du DMP. Nous souhaitons plutôt montrer que ces difficultés, dans la mesure où elles sont perçues par les acteurs, contribuent à diminuer la maturité du courant politique. En effet, la CNAMTS étant un acteur majeur du système de santé (et, au demeurant, le financeur principal du projet DMP), les enjeux de gouvernance qui lui sont liés agissent fortement sur la maturité du courant politique.

‘[...] Donc maintenant la mission a été confiée à la **CNAM donc, qui pendant toute cette période a freiné des quatre fers**. Ils montaient eux-mêmes leur système un peu parallèle c'est-à-dire à partir du SNIRAM vous avez un truc qui est extrêmement riche, c'est-à-dire à partir notamment des prescriptions de médicament, euh vous pouvez avoir une vision assez précise de ce qu'ont les gens.’ (Entretien, fonctionnaire e-santé, 04.06.2018)

‘[...] Donc la question c'est plutôt pourquoi il marche pas mais je vous renvoie, bon, il marche pas parce que, alors y a une première raison pour laquelle il n'a pas marché, c'est que **la CNAM ne l'a pas soutenu**. On est dans le problème habituel de la dyarchie dans le monde de la santé entre le Ministère et la CNAM, et euh et donc la CNAM avait sur ce sujet une grande capacité de nuisance, ce qu'elle a montré, d'abord il y avait, je vous dis sans trop euh [...] la CNAM avait mis en place un système concurrent qui s'appelle l'historique des remboursements. Le fait de ne pas mettre à disposition, les données dont elle disposait, en particulier pour la consommation de médicaments, le truc vraiment utile quand vous arrivez aux urgences, que vous êtes inconscients ou que vous n'êtes pas trop capable de vous expliquer, bah c'est de savoir quels médicaments vous prenez, parce que si on va vous opérer ou vous endormir, il faut un peu savoir ce que vous avez et si je sais les médicaments que vous prenez, en gros j'ai pas besoin de plus, le reste... **Donc le fait que la CNAM n'ait pas mis ça au pot, était en soi absurde**, alors du coup on a eu ce truc idiot, bah oui on va prendre l'information pas à la CNAM où on l'a déjà, mais chez les pharmaciens qui vont peut-être les retenir un jour, c'était un sabotage pur. Deuxièmement la CNAM dispose de l'arme atomique puisque c'est elle qui négocie les conventions avec les professions libérales, et donc elle a la possibilité de faire en sorte que tous les médecins et les biologistes en particulier alimentent le DMP, ou en tout cas qu'ils aient des outils compatibles avec le DMP. [...]. **La CNAM, avait une capacité de nuisance, en tout cas elle n'a pas soutenu pour dire les choses gentiment**, or elle avait tous les moyens de faire en sorte que [...]’ (Entretien, fonctionnaire e-santé, 24.05.2018 et 30.05.2018)

‘Euh et vous avez ensuite l'Assurance Maladie, et puis la Caisse Des Dépôts. In fine la Caisse Des Dépôts a été écartée, ce n'est pas historiquement un acteur présent des données de santé. **En revanche les relations avec l'Assurance Maladie ont été compliquées**, puisqu'à la tête de l'Assurance Maladie vous aviez un Directeur Général qui était extrêmement, on va dire, protecteur de... des intérêts de sa maison, et pas dans une logique de coopération avec l'État, et de fait il y avait un, l'Assurance Maladie avec son historique des remboursements disposait d'une information qui avait vocation à être versée dans le DMP et que l'Assurance Maladie ne voulait pas... **En clair l'Assurance Maladie ne voulait pas faire réussir le DMP**. Et quelque part, hum... elle a gagné la partie puisque aujourd'hui c'est elle qui gère le DMP. Sans que l'échec du DMP lui soit exclusivement imputable, elle porte une part de responsabilité, mais le DMP aurait pu réussir malgré ça, elle n'est pas la principale responsable, loin s'en faut. Mais en tout cas, en tout cas, il y avait quand même une forme de concurrence entre l'État et l'Assurance Maladie, donc le GIP DMP et l'Assurance Maladie. Et l'État, de mon point de vue, alors au sein de l'État vous aviez la MISS et puis vous avez le cabinet aussi, la MISS qui devait exercer la tutelle ne la jouait pas suffisamment pleinement à mon goût, voilà’ (Entretien, conseiller ministériel, 10.05.2017)

‘Et il ne voulait pas trop compromettre non plus son... son dossier de dépenses de santé, parce qu'il savait qu'il dirigerait ça et il ne voulait pas qu'on l'embête, enfin lui il voulait plus réussir à la limite le dossier en question à l'UNCAM que le DMP qu'il voyait mal barré dans l'administration quoi vous voyez.’ (Entretien, conseiller ministériel, 06.04.2017)

Le rapport de la Cour des Comptes de 2009, dans sa section sur le DMP, reprend ces éléments. La parole est également donnée au Directeur de la CNAMTS, qui affiche au contraire son soutien au DMP :

‘RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAM-TS)

Après avoir pris connaissance de l'insertion sur « la gestion du GIP dossier médical personnel », je souhaite apporter des éléments de réponse sur la motivation de la CNAMTS à contribuer au financement de ce projet et au positionnement du service « Historique des Remboursements » mis en œuvre par l'Assurance Maladie. **Depuis l'origine, la CNAMTS a toujours soutenu le projet conduit par le GIP DMP**. Le principe du financement du GIP DMP par le FAQSV [Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville] puis par le FIQCS [Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins] est reconduit chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Chaque année la CNAMTS et le GIP DMP établissent conjointement une convention de financement pour mettre en œuvre la loi votée. Durant les dernières années, la CNAMTS, a appliqué les modalités prévues par la convention et n'a jamais fait obstacle aux versements demandés par le GIP DMP d'une quelconque manière que ce soit. **Elle a même à plusieurs reprises relancé le GIP DMP sur ses besoins en termes de financement**. Ainsi, le constat fait par la CNAMTS sur la pratique des demandes de financements du GIP DMP révèle en réalité beaucoup plus un manque de gestion prévisionnelle du GIP DMP de ses propres besoins en la matière, qu'un

manque de réactivité de la CNAMTS à verser les sommes correspondantes. Le service « Historique des Remboursements » est disponible, généralisé et accessible par tous les médecins depuis près de deux ans.

Ce service a été conçu comme précurseur et complémentaire au DMP.

À ce titre il a vocation à s'intégrer dans le DMP. Dans cette perspective, dès le premier séminaire organisé par le GIP DMP en 2005, j'ai proposé que le service « historique des remboursements » en appui au DMP lui assure la présence des données de base afin de constituer un premier contenu susceptible d'intérêt pour les médecins.²⁵⁵

Dans ce contexte, la maturité du courant politique semble particulièrement faible, malgré le soutien de principe de la Ministre. Nous l'évaluons ainsi à deux sur un total de cinq.

²⁵⁵ Cour des Comptes (2009). *Rapport public annuel*, pp.150-151

Tableau 17. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda secondaire de l'e-santé en France, 2007-2009

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	2	2	+Soutien programmatique de la Ministre Roselyne Bachelot –Projet risqué politiquement, fait suite à un premier échec : le DMP n'est pas un axe majeur de la réforme HSPT –Problématiques de gouvernance avec la CNAMTS
Courant des problèmes	3	3	+Adéquation entre les objectifs généraux de politique publique de la Ministre (loi HPST) et l'e-santé +Les difficultés de formulation et de mise en œuvre semblent nécessiter l'intervention du politique –Le choix d'une 'remise à plat' est vécu comme un coup d'arrêt au processus du DMP par certains acteurs –Plusieurs questions d'ordre juridique auraient nécessité un accord parlementaire, et ne sont donc pas réglées par la relance du projet en forme de 'feuille de route'
Courant des solutions	0	1	–Précédents choix de politique publique jugés inappropriés par de nombreux acteurs –De nombreuses difficultés techniques et juridiques demandent à être réglées –Perte de confiance d'une partie des acteurs de politique publique dans le projet
Élément réactif	5	5	Présent : Arrivée de Roselyne Bachelot au Ministère suite aux élections de 2007, reprise en main par le politique jugée nécessaire suite aux décisions prises sous la législature précédente (dépendance au sentier)
Maturité de la configuration	10	11	

La configuration dans son ensemble semble ainsi relativement peu mûre vis-à-vis de l'e-santé (score entre dix et onze), puisque les scores de maturité de la configuration précédente en 2004 s'établissaient entre douze et treize. Dans ce contexte, il existe sans doute une opportunité pour le ou les entrepreneurs de politiques publiques de l'e-santé de réaliser des usages de l'UE afin de soutenir leur positionnement et d'effectuer la jonction entre les trois courants et l'élément réactif.

C) ...Qui pourtant n'aboutit pas à des usages de l'UE

Avant de s'intéresser aux usages de l'UE qui auraient pu être réalisés, il s'agit d'identifier le ou les principaux entrepreneurs de politique de l'e-santé lors de la synthèse ayant mené à la relance des politiques d'e-santé sous Roselyne Bachelot. Une telle identification constitue ici une réelle difficulté : Roselyne Bachelot, malgré son soutien de principe au projet DMP, ne s'est pas saisie aussi activement de cette thématique que Philippe Douste-Blazy. À l'instar du principal rédacteur du projet de relance, Michel Gagneux, elle se positionne avant tout comme une évaluatrice prudente. On imagine par ailleurs qu'au sein de l'administration et plus largement de la communauté de politique publique, certains acteurs aient activement défendu le projet DMP. Nous n'avons cependant pas pu identifier un acteur ou un groupe spécifique d'acteurs dont les actions auraient été déterminantes pour assurer cette relance. Malgré cela, la méthode de détection des usages que nous utilisons habituellement demeure possible, puisque nous disposons à la fois d'un précipité à analyser (les rapports de relance rédigés par Michel Gagneux), et des témoignages des acteurs centraux impliqués dans la gestion de cette politique publique sous Roselyne Bachelot.²⁵⁶

Dans les trois documents qui constituent la revue de projet et le programme de relance (les trois 'rapports Gagneux'), nous n'avons pu trouver que très peu de traces de l'Union européenne. Ainsi, celle-ci n'est mentionnée que dans le dernier des trois rapports, qui traite spécifiquement de la gouvernance des systèmes d'information en santé. Il est ainsi proposé qu'une nouvelle instance succède à la MISS (une 'direction de la stratégie et de la prospective des systèmes d'informations de santé'), qui serait notamment en charge de :

'Coordonner l'action publique à l'échelle européenne et internationale dans le domaine des systèmes d'information et de la télé-santé.

L'ensemble des acteurs est unanime à souligner **l'insuffisance globale de la réponse française aux initiatives européennes**, qu'il s'agisse des programmes cadre en recherche et développement, des appels à projets lancés au titre des politiques communautaires, ou d'initiatives à visée réglementaire. Note : Parce qu'un renforcement significatif de la capacité d'action du ministère est indispensable en ce domaine, il est proposé ici de doter la direction de la stratégie et de la prospective des systèmes d'information des ressources appropriées. Cette proposition est formulée sans préjudice de toute réflexion éventuelle sur

²⁵⁶ Entretien, conseiller de Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports (2007-2010), 15.11.2016 ; Entretien, conseiller de Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports (2007-2010), 10.05.2017 ; Entretien, ex-directeur de l'ASIP, 08.12.2016 ; Entretien, ex-directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé, 25.05.2018 et 30.05.2018 ; Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018

l'organisation générale des relations avec l'Union européenne au sein du ministère, question maintes fois évoquée et jamais véritablement tranchée.²⁵⁷

La nécessité de se positionner et de se coordonner vis-à-vis des actions européennes semble donc avoir été énoncée par un nombre importants d'acteurs.²⁵⁸ En l'état, il est cependant difficile de dire si ces références à l'Union européenne témoignent simplement d'une volonté d'intégration, ou affectent réellement le déroulement des politiques d'e-santé au niveau national, auquel cas elles feraient partie d'un processus d'europanisation.

Les entretiens réalisés avec les différents acteurs de politiques d'e-santé de l'époque soutiennent plutôt la première hypothèse. Pour le rédacteur du rapport, l'investissement dans la coordination de la 'réponse française' au niveau européen semble essentiellement viser à garder la main sur un processus d'intégration perçu dans sa dimension communautaire classique (*hard law*) :

'Et c'est ça le... ce que je voulais pointer dans mon rapport de 2009, c'est la nécessité d'être plus présent, mais de manière organisée, mutualisée, il y a beaucoup d'agences ici, dans ce pays. Si on mutualisait les forces de la CNAM de l'ASIP du Ministère des agences sanitaires pour créer une petite unité de mutualiser, de suivi des travaux européens, d'influence des travaux européens sur les sujets de la santé, euh bah **on serait mieux on serait plus... plus à l'aise des fois avant de crier au feu quand un projet de réglementation ne nous convenant pas arrive.**'

Du côté de l'administration, la construction européenne, bien qu'utile, ne semble pas être perçue comme un enjeu majeur qui affecterait le processus de formulation au niveau national :

'**–Si si si si, on rendait compte de l'avancement de ces trucs-là mais, mais en clair quand même tout le monde s'en fichait...**

–D'accord, et il n'y avait pas besoin de ressources, vous ne demandiez pas de ressources particulières pour avancer ce projet-là, vous aviez ce qui fallait ?

–Non on n'avait pas ce qu'il fallait, mais ça c'était plus globalement on était sur, enfin on était de toute façon débordés, c'était une petite équipe, et, mais personne nous aurait donné les moyens pour suivre les projets européens, c'était pas dans la culture de la maison. Les sujets internationaux enfin, [...] **les trucs internationaux sont toujours très marginalisés.**' (Entretien, ex-directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé, 25.05.2018 et 30.05.2018)

'**–Et du coup pour vous l'Union européenne c'est un acteur important des politiques d'e-santé ?**

²⁵⁷ Gagneux, Michel (2009). *Douze propositions pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action publique dans le domaine des systèmes d'information de santé. Rapport à madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports.* p.7

²⁵⁸ Voir par exemple : Gagneux, Michel (2009). *Douze propositions pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action publique dans le domaine des systèmes d'information de santé. Rapport à madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports.* p.15

–**Aujourd'hui ? Non.** Aujourd'hui enfin ces dernières années on peut pas dire que la e-santé, je pense que l'Europe a agit sur la e-santé par le biais des grands programmes et des *call* européens, sur différents sujets, sur la pharmacovigilance machin, y a plein de grands *call* du secteur de la santé sur la *vaccine effectiveness* etc. qui embarque du SI [Système d'Information] en terme de surveillance sanitaire, en terme de d'évaluation des soins etc, donc, tous les grands *call* de la santé avec les consortiums qui répondent etc qui répondent et autre participent à une forme de déploiement de développement de la e-santé, parce que c'est embarqué dedans, dans H2020 dans toutes ces actions-là il y a de la e-santé, est-ce que c'est drivé par une politique très claire je crois pas, parce que du coup justement c'est des *call*, donc c'est plutôt des gens qui viennent avec leurs idées donc ça canalise assez peu, par contre ça ça fertilise [...]**Après, est-ce que sur le plan il y a pas eu de règlement européen sur la e-santé,** après l'Europe intervient sur le fameux RGPD ou sur un certain nombre, y a un règlement ou une directive sur les données de santé qui du coup qui embarque et puis il y aura une position du Conseil de l'Europe bientôt sur ce sujet-là, qui du coup met en évidence euh ou en avant la nécessité d'interopérabilité, de coordination des soins etc **mais bon c'est assez high level euh, est-ce que ça a atterri dans les politiques nationales, pas vraiment, la santé reste un sujet très national,** même dans le RGPD c'est intéressant, dans le RGPD vous avez une cinquantaine de points dans le RGPD qui renvoient au droit national, le système de la gestion des données de santé, il y a bien sûr la règle générale du RGPD, mais les spécificités liées au données de santé, elles sont renvoyées dans le droit national. Et d'ailleurs nous on a fait notre INDS [Institut National des Données de Santé], notre machin notre bidule toute notre usine à gaz, **donc ça reste quand même un sujet extrêmement localisé.'**

(Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018)

Dans ce contexte, il n'est sans doute pas étonnant que le cabinet de la Ministre témoigne d'un certain éloignement vis-à-vis de l'UE :

‘–Et sinon il y avait des acteurs qui faisaient le lien plus régulier entre l'Union européenne et le Ministère de la Santé sur ce sujet-là ou pas ?

–Je pense que c'était le rôle de la MISS. Et donc ils m'en parlaient, ils m'en parlaient de temps en temps mais, mais... **le rôle d'un cabinet d'un Ministre c'est de prendre des décisions. On n'avait pas de décision à prendre.** Ça faisait partie d'une forme, je vais employer un ton un peu péjoratif, mais d'une forme de routine administrative, qui n'appelait pas de décision particulière.’(Entretien, conseiller de Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports (2007-2010), 10.05.2017)

Ainsi, en dépit des quelques traces de l'Union européenne qui émergent dans le précipité de cette seconde phase de mise sur agenda de l'e-santé, il ne semble pas que celle-ci ait été un acteur qui ait réellement contribué à la jonction des courants lors de la synthèse. On note cependant que l'enjeu européen est toujours présent, notamment du côté des acteurs institutionnels, qui le mentionnent auprès des acteurs politiques. De manière plus générale, l'Union européenne semble gagner en importance, puisque les programmes européens (et les

enjeux internationaux en général) font dès cette période officiellement partie des attributions de l'ASIP et de la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé (DSSIS, qui remplace la MISS en 2011).²⁵⁹ On observe alors en France principalement un renforcement du processus d'intégration, qui ne semble pas encore affecter de manière significative le développement de la politique nationale d'e-santé.

Alors que la maturité de la configuration vis-à-vis des politiques d'e-santé peut être considérée comme plus faible en 2009 qu'en 2004, et que son score corresponde par ailleurs à des cas d'usages de l'UE en Autriche (voir le chapitre conclusif de la Partie II pour une comparaison plus détaillée), il reste à expliquer pourquoi nous n'observons pas d'usages de l'UE lors de cette seconde période de synthèse des politiques d'e-santé françaises. Les éléments que nous avons analysés ci-dessus laissent en effet suggérer que l'utilisation de références extérieures au modèle national aurait pu paraître appropriée pour les acteurs de l'e-santé et ses éventuels entrepreneurs de politique publique. Il semblerait ainsi que l'intérêt des acteurs pour les usages de l'UE, bien qu'il soit le moteur de l'europanisation, ne soit pas l'unique facteur explicatif à prendre en compte pour comprendre les phénomènes d'europanisation via la *soft law*. La Partie suivante visera précisément à explorer les autres conditions nécessaires à l'émergence de ce type d'europanisation au niveau national.

²⁵⁹ JORF n°0213 du 15 septembre 2009 page 15096
texte n° 15. Arrêté du 8 septembre 2009 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public ; Décret n° 2011-496 du 5 mai 2011 portant création d'une délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé auprès des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des solidarités et de la cohésion sociale

Chapitre 6. Conclusion de la Partie II : L'intérêt, une condition nécessaire mais non suffisante pour expliquer les usages de l'Union européenne

Ce chapitre vise à revenir sur les Chapitres 3, 4 et 5 en restituant leurs résultats dans une dimension plus explicitement comparative. Alors que ces chapitres sont structurés de manière à mettre en valeur la comparaison interne aux cas, il s'agit ici de mobiliser l'outil analytique présenté dans l'introduction de cette partie (p.110) afin d'explorer les résultats de la comparaison entre les cas.

Un résumé des résultats des comparaisons internes à la France, à l'Autriche et à l'Irlande est tout d'abord présenté. D'un point de vue théorique, ces résultats sont en effet particulièrement intéressants, puisque les cadres cognitifs et institutionnels, gardés constants, n'influencent pas les processus observés.²⁶⁰ Il en va de même pour la socialisation à l'Union européenne, qui demeure une variable relativement stable au cours des périodes analysées. Dans un second temps, les résultats seront comparés entre les pays, afin d'observer si l'hypothèse d'une relation entre variations de contexte, intérêts et usages de l'Union européenne est également vérifiée dans le cadre d'une comparaison internationale.

Cette démarche permet de déterminer ce que l'identification d'un potentiel intérêt des acteurs pour l'Union européenne permet d'expliquer, tout en mettant en exergue les phénomènes qui semblent nécessiter l'exploration de conditions supplémentaires. En conclusion, nous présenterons ainsi une cartographie de l'ensemble des usages de l'UE observés au cours de cette recherche, ce qui montrera que la variable de l'intérêt ne constitue qu'une partie de l'explication des phénomènes d'eupéanisation.

²⁶⁰ À ce titre, Ellen Immergut (1992) montre comment les règles institutionnelles, différentes entre chaque pays, influencent les processus décisionnels en créant une distribution particulière des pouvoirs entre les individus ou groupes d'individus. De même, différents 'styles' de politique publique expliqueraient les variations internationales dans les choix de politique publique (Linder and Peters 1989).

I. Autriche : les effets de contexte et de ressources sur les stratégies d'un entrepreneur de politique publique connecté à l'Union européenne

Les cas présentés en Autriche dans le Chapitre 3 s'intéressent à deux configurations distinctes, qui structurent trois étapes de la politique publique d'e-santé autrichienne. La première configuration est ainsi similaire pour la mise sur agenda de l'e-santé et sa phase d'élaboration primaire, les deux étapes s'enchaînant dans une période très resserrée au niveau temporel. Dans ce cadre, nous nous intéressons au contexte ayant permis l'introduction de l'e-santé dans la réforme du système de santé de 2005 (précipité de la mise sur agenda), et la préparation de 'l'initiative e-santé' (précipité de la première phase d'élaboration). La seconde configuration analysée s'intéresse à la synthèse d'une seconde phase d'élaboration, se clôturant par la publication du projet de loi ELGA (acronyme allemand pour les dossiers médicaux électroniques), qui sera finalement adopté au Conseil national en 2012.

En 2005, les premières initiatives autrichiennes en matière d'e-santé n'apparaissent pas sur un terrain 'vierge', comme c'est le cas en Irlande (voir sous-section suivante), mais font directement suite au programme des cartes électroniques de santé qui ont rencontré de nombreuses difficultés de mise en œuvre depuis leur adoption en 1999. L'élément réactif qui permet d'expliquer la temporalité de la mise sur agenda de l'e-santé n'est autre que la réforme globale du système de santé qui se déroule depuis le début des années 2000, à l'occasion d'une situation politique particulièrement exceptionnelle (coalition noire-bleue ÖVP – FPÖ). Dans ce contexte, les objectifs de la réforme poursuivis par la Ministre de la Santé Maria Rauch-Kallat visent à instaurer un paradigme néolibéral, en promouvant l'efficacité, le contrôle et pilotage du système, et l'égalisation du poids du financement parmi les différents organismes financeurs. Plusieurs mesures sont ainsi adoptées : développement du reste-à-charge, harmonisation des contributions (et baisse des contributions des employeurs), réforme organisationnelle de la gestion budgétaire des hôpitaux, renforcement du secteur ambulatoire, pilotage renforcé par l'État. L'e-santé est donc mise à l'agenda dans un contexte de réforme structurelle visant à rééquilibrer les comptes du système de santé. Le texte de référence de la réforme, adopté en 2005 (Convention en vertu de l'article 15a B-VG sur l'organisation et le financement du système de soins de santé) comprend ainsi un article entier dédié aux dispositifs d'e-santé (article n°7), qui sont rattachés tant à des objectifs de qualité que

d'efficience.²⁶¹ On observe également que l'article est caractérisé par l'annonce d'objectifs généraux particulièrement vagues ; ainsi, celui-ci sert surtout à donner une base légale à l'intention politique de développer les politiques de santé électronique.

Pour plusieurs raisons, la maturité de cette première configuration ne paraît pas, à première vue, particulièrement élevée. En effet, l'e-santé ne fait pas partie des priorités programmatiques du gouvernement, et son adéquation avec les problèmes que celui-ci entend régler (c'est-à-dire la réduction des coûts) est au mieux ambivalente. De plus, l'e-santé repose alors sur des technologies particulièrement innovantes, peu répandues au sein de la population, et dont la démonstration d'utilité à l'échelle nationale n'a pas encore été menée.

En revanche, la thématique de l'e-santé semble avoir été portée par un entrepreneur de politique publique particulièrement bien positionné, à savoir un des membres du cabinet de la Ministre de la santé autrichienne Maria Rauch-Kallat. Celui-ci peut être considéré comme le principal entrepreneur des politiques d'e-santé en Autriche : on trouve des traces de sa participation au processus de développement de la politique publique tout au long de l'enquête, et il semble avoir été à plusieurs reprises un acteur crucial lors des phases de synthèse.

²⁶¹ La possibilité d'associer l'e-santé à de multiples objectifs parfois contradictoires sera également à l'origine de son inclusion dans la loi du 13 août 2004 en France.

Tableau 18. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda et de la première phase de formulation de la politique d'e-santé en Autriche, 2005

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	2	3	+ Soutien d'un entrepreneur de politique publique bien positionné (cabinet ministériel) – Pas de priorité programmatique du gouvernement ou de la Ministre de la Santé
Courant des problèmes	2	3	+ L'e-santé permet éventuellement de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins – Économies difficilement calculables et au mieux réalisées sur le long terme
Courant des solutions	1	1	– Solutions très innovantes, peu d'exemples internationaux – La mise en place de solutions pourtant technologiquement moins avancées (e-card) s'est révélée complexe
Élément réactif	5	5	Présent : réforme de l'organisation des soins de 2005
Maturité de la configuration	10	12	

Par contraste, la maturité de la configuration liée à la clôture de la seconde étape de formulation, qui se matérialise par le projet de loi ELGA et débouche sur une phase de décision parlementaire, semble plus élevée. En premier lieu, celle-ci fait suite à un processus de formulation continu de la politique publique sur plusieurs années. Ensuite, si un travail sur les infrastructures, notamment techniques, a été mené, l'adoption d'une loi permettant de donner une base légale à certains choix politiques est dès le début jugée comme nécessaire par les différents acteurs de la communauté de politique publique. C'est donc ici une forme de 'dépendance au sentier' (Pierson 2002; Palier and Bonoli 1999, voir également le concept de 'politique en trajectoire' proposée par Bezes and Palier, 2018) qui constitue l'élément réactif du processus d'adoption : c'est parce que la formulation a été engagée antérieurement que l'adoption de cette loi est précisément envisagée en 2012. D'autre part, la proposition de cette loi prend place dans un contexte de réforme du système de santé, qui, à la différence de 2005, est davantage axé sur la problématique de la qualité des soins que sur l'aspect financier. Dans ce cadre, l'e-santé fait l'objet d'un accord politique entre l'État, les Länder et la Fédération des institutions de Sécurité Sociale autrichiennes, et est inscrit dans le programme gouvernemental de la coalition SPÖ-ÖVP élaboré pour la période 2008-2013. Il est également

soutenu par le même entrepreneur de politique publique que 2005, qui entre-temps a occupé la plus haute fonction de direction au Ministère de la Santé autrichien. Malgré ce contexte politique favorable, les promoteurs du projet de loi ELGA ne bénéficient pas d'un courant politique parfaitement mûr. En effet, celui-ci déclenche une opposition vive, notamment de la part de la Chambre des médecins autrichiens qui lance une vaste campagne d'information à destination du public. La combinaison de ces différents éléments d'analyse permet néanmoins de qualifier la configuration comme plus mûre que celle de 2005 présentée précédemment :

Tableau 19. Évaluation de la maturité de la configuration du projet de loi ELGA en 2012 (clôture de la seconde phase d'élaboration)

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	3	2	+Soutien de la majorité et priorité programmatique du gouvernement +Soutien des institutions de Sécurité Sociale et de certaines professions médicales, soutien de l'Agence Fédérale pour la Santé + Principal entrepreneur de politique publique au sommet de la hiérarchie du Ministère de la Santé -Opposition vive de la part des médecins -Construction de consensus politique difficile
Courant des problèmes	5	4	+Le projet ELGA s'insère bien dans les objectifs de la réforme de santé en 2005 +Les mesures prises dans la loi répondent aux besoins de mise en œuvre du dossier ELGA
Courant des solutions	4	3	+La solution a eu le temps de mûrir depuis 2005 +L'e-santé repose sur des technologies répandues dans la société -La mise en œuvre à un niveau national représente toujours une difficulté technique (interopérabilité, usages)
Élément réactif	5	5	Présent : dépendance au sentier, réforme du système de santé en 2012
Maturité de la configuration	17	14	

Ainsi, le score de maturité globale, qui s'établit entre 10 et 12 pour la première configuration, s'élève jusque 14-17 pour la seconde. Malgré l'opposition d'une partie du corps médical, l'ensemble des courants semble avoir connu une amélioration entre les deux périodes : le projet de dossiers médicaux informatisés ELGA est devenu une priorité programmatique du gouvernement, l'entrepreneur de politique publique a stabilisé sa position au sein du courant

politique, l'e-santé s'adapte mieux aux objectifs établis par la coalition de 2012 que celle de 2004, et les solutions d'e-santé ont eu le temps de mûrir (développement technologique et travail de formulation de plusieurs années au Ministère).

Alors que le principal entrepreneur de politique est incarné par le même individu (M. Brunner), et que celui-ci est fortement impliqué dans le développement européen de l'e-santé, on constate cependant que les usages de l'Union européenne varient largement entre ces deux périodes. Ainsi, l'Union européenne semble être un acteur majeur des deux premières étapes de la politique d'e-santé Autrichienne : on trouve des traces d'usages de l'UE à la fois dans l'article 7 de la réforme de 2005, qui correspond à la matérialisation de la mise sur agenda de l'e-santé, et dans le document final publié par le groupe 'eHealth initiative', qui présente une première feuille de route pour le développement de ces politiques. Tandis que M. Brunner indique que l'UE est utile pour 'souligner la nécessité de l'e-santé dans l'agenda' (Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017), les différents acteurs de l'initiative e-santé que nous avons interrogés confirment que le niveau européen leur a été présenté comme le principal moteur des initiatives autrichiennes en la matière (voir Chapitre 7, p.263 pour plus de détails). On observe donc une européanisation de troisième ordre lors des deux premières étapes de politique publique de l'e-santé en Autriche, étapes toutes deux rattachées au contexte de la première configuration présentée ci-dessus. Par opposition, très peu de traces de l'Union européenne ont pu être retrouvées dans le matériau empirique de la seconde configuration, ce qui suggère que l'UE n'a pas été un acteur de premier plan lors de cette troisième phase de synthèse.

Alors que le principal entrepreneur de politique publique est incarné par le même individu dans l'ensemble des cas analysés, et que celui-ci entretient des relations particulièrement fortes avec le niveau européen tout au long de sa carrière, on observe donc que les usages de l'UE, et l'européanisation qui en découle, varient au cours du temps. Ces variations témoignent d'un rapport stratégique de cet acteur aux instruments européens, dont l'usage semble s'adapter en fonction du contexte et de ses ressources. Ainsi, c'est pour répondre à un 'besoin' précis que l'Union européenne est mobilisée en première période : il s'agit alors de 'booster' la légitimité d'une action ministérielle innovante dont la concrétisation semble délicate.

II. Irlande : l'Union européenne comme élément réactif

L'Irlande, à l'inverse de l'Autriche, présente plutôt un cas de dégradation de maturité, tandis que le positionnement de l'entrepreneur de politique publique principal, à savoir le Ministre de la Santé et de l'Enfance Micheál Martin, demeure similaire. En effet, alors que l'e-santé bénéficie d'un contexte particulièrement favorable lors de sa mise sur agenda, la maturité de la configuration semble décroître peu après le lancement d'une première phase d'élaboration.

La configuration à l'origine de la mise sur agenda de l'e-santé en Irlande semble ainsi particulièrement mûre. À la différence de l'Autriche et de la France, elle s'opère dans un contexte économique favorable, et prend place au sein d'une réforme qui vise à augmenter les investissements au sein du système de santé pour en améliorer la qualité, la sécurité et la prise en compte du patient (*'patient-oriented system'*). L'adéquation entre problèmes généraux du système de santé et solutions d'e-santé apparaît ainsi comme particulièrement élevée. Ensuite, l'e-santé semble être une priorité programmatique du Ministre de la Santé et de l'Enfance Micheál Martin, qui ne rencontre pas d'opposition politique particulière à ce sujet. Par ailleurs, et alors que l'Autriche devait déjà à cette époque gérer les difficultés de mise en œuvre d'un premier projet national d'informatisation administrative de la santé, le développement de la santé électronique au niveau étatique est encore 'vierge' en Irlande, puisque c'est au niveau régional au sein des Health Boards que ce sont développées les initiatives antérieures. Le courant des solutions est quant à lui très probablement le moins mûr de cette configuration. À l'instar des autres cas étudiés, les dispositifs d'e-santé sont considérés comme particulièrement innovants et reposent sur des technologies encore peu répandues dans la société. Néanmoins, l'investissement important dans l'e-santé au niveau local, combiné avec les relations étroites entretenues entre les Health Board et le Department of Health, permettent sans doute de rendre ce courant un peu plus mûr que dans d'autres pays, puisqu'une communauté d'experts de l'e-santé est déjà construite, structurée, et en contact direct avec le niveau national. Le précipité de cette première phase de mise sur agenda correspond à l'inclusion de l'e-santé dans la stratégie globale du Ministre de la Santé intitulée *Quality and Fairness : a Health System for You*, qui prévoit entre autres la publication de la stratégie nationale d'information en santé pour décembre 2001.

Tableau 20. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en Irlande, 2000-2001

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	4	4	+Priorité programmatique du nouveau Ministre de la Santé +Pas d'antécédents, pas d'opposition politique particulière
Courant des problèmes	4	4	+Objectifs de la réforme globale : amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, augmentation de la performance du système (décisions basées sur la preuve et sur l'information), système orienté vers le patient
Courant des solutions	2	1	–Solutions très innovantes, peu d'exemples internationaux +Développement important d'initiatives locales sur lesquelles peut s'appuyer la formulation de solutions au niveau national
Élément réactif	5	5	Arrivée au pouvoir d'un nouveau Ministre de la Santé, réforme globale du système de santé
Maturité de la configuration	15	14	

À l'inverse de ce premier cas, la configuration menant à la clôture de la phase d'élaboration faisant suite à cette mise sur agenda semble présenter une maturité moins élevée. Alors que la *National Health Information Strategy* est prévue pour décembre 2001, et que le processus de son élaboration est déjà bien entamé (organisation d'une *National Health Information Conference* et de workshops régionaux dès 2000), celle-ci ne sera finalement publiée que trois années plus tard, en 2004. Il semble donc qu'après un moment fort de mise sur agenda et d'enclenchement rapide du processus d'élaboration, le processus de formulation de la politique publique se soit essoufflé. La formulation de la stratégie semble en effet buter sur des questions épineuses (telles que l'identification des patients ou la protection des données), qui nécessiteraient la préparation et l'adoption d'une loi spécifique. À cette complexité s'ajoute le fait que l'agenda du Ministre est occupé, dès 2003, à la mise en place d'une restructuration majeure du service de santé irlandais (fusion des Health Boards au sein d'un même Health Service Executive). Pour ces multiples raisons, l'élément réactif que représentait l'échéance de décembre 2001 fixée par le Ministre ne semble pas suffisant pour assurer la clôture de cette première phase de formulation. En l'absence d'un élément structurant la temporalité de la politique publique, l'apparition d'une synthèse ne peut

s'opérer ; en 2004, la maturité de la configuration apparaît donc comme particulièrement peu mûre vis-à-vis de l'e-santé.

Tableau 21. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de l'élaboration des politiques d'e-santé en Irlande, 2004

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	2	2	–Dès 2003 est entreprise une réforme majeure du système de santé, ce qui diminue la priorité accordée à l'e-santé –L'e-santé rencontre des problématiques qui demanderaient la construction d'un consensus potentiellement coûteux politiquement +Soutien en principe du Ministre de la Santé
Courant des problèmes	3	3	+La stratégie permet d'élaborer une feuille de route pour le développement de l'e-santé –La stratégie ne permet pas de régler les problèmes d'ordre juridique qui constituent déjà des obstacles au développement de l'e-santé en Irlande +Le développement de l'e-santé ne rentre pas en contradiction avec la volonté de réorganisation du système de santé
Courant des solutions	1	2	–Solutions très innovantes, peu d'exemples internationaux +Développement important d'initiatives locales sur lesquelles peut s'appuyer la formulation de solutions au niveau national
Élément réactif	0	0	Absent : l'échéance pour une stratégie nationale d'information en santé fixée en 2001 n'est pas respectée
Maturité de la configuration	6	7	

Pourtant, la première stratégie irlandaise d'e-santé, intitulée *Health Information. A National Strategy*, finit par être publiée en 2004 par le Department of Health. Vingt-sept actions différentes y sont présentées, chacune étant associée à un livrable, une temporalité spécifique et une ou plusieurs entités en charge de la réaliser. Parmi ces actions, on trouve la création d'un portail d'informations en santé, le développement des dossiers médicaux électroniques, la mise en place d'un identifiant unique en santé, ou encore un travail sur une proposition de législation (*'Health and Information bill'*). Comment expliquer l'apparition de ce précipité dans une configuration pourtant peu mature et dont l'élément réactif ne peut être identifié ?

En 2004, plusieurs événements tendent à rapprocher le niveau européen du niveau national en matière de politique d'e-santé. C'est en effet à l'occasion de la Présidence de l'Irlande au Conseil de l'Union européenne au premier semestre 2004 que le Ministre Micheál Martin décide d'accorder une nouvelle priorité à cette thématique, pourtant laissée dans l'ombre depuis les premières annonces en 2000. Cette Présidence, combinée à l'organisation de la conférence européenne de l'e-santé dans la ville de Cork, conduit le Ministre à relancer activement le processus de formulation de la stratégie d'e-santé, qui sera publiée seulement deux mois après cet événement européen. Dans ce cas précis, l'Union européenne peut être qualifiée d'élément réactif, puisque c'est son usage qui organise la temporalité de la phase de synthèse. Alors que l'entrepreneur de politique publique demeure identique entre les deux configurations (Ministre de la Santé et de l'Enfance), et que les relations avec le niveau européen en matière d'e-santé peuvent être considérées comme similaires, les variations de maturité entre les deux configurations semblent à nouveau pertinentes pour comprendre les usages de l'UE. En effet, ceux-ci s'inscrivent précisément dans un contexte où un 'besoin' peut être identifié, en l'occurrence celui d'un élément réactif suffisamment fort pour permettre la clôture d'une phase d'élaboration complexe.

Par contraste, l'analyse des documents de politique publique et des entretiens liés à la mise sur agenda de l'e-santé en Irlande ne révèle aucune référence à l'Union européenne. Dans une configuration particulièrement mûre, nous n'avons ainsi pas pu identifier de besoin spécifique auquel répondrait un usage de l'Union européenne. De manière similaire à l'Autriche, nous pouvons observer qu'un même entrepreneur de politique publique, confronté à des contextes proches temporellement mais dont la maturité diffère, peut ainsi présenter un intérêt très varié pour les initiatives européennes.

III. France : l'Union européenne, une opportunité manquée ?

De même qu'en Irlande, la France présente un cas de dégradation de la maturité des configurations suite à une première phase d'élaboration. Dans un premier temps, l'e-santé arrive à l'agenda dans un contexte particulier de crise des déficits de l'assurance maladie. Le Dossier Médical Personnel (DMP), fait ainsi partie des instruments majeurs de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. La situation peut, à première vue, paraître relativement similaire à celle de l'Autriche : l'adéquation entre problèmes et solutions est au mieux ambivalente (l'e-santé pouvant difficilement contribuer à la réduction des dépenses sur le court terme), et la maturité du courant des solutions peut être considérée comme

particulièrement faible (innovation technologique importante, peu testée sur un plan international). La différence principale réside ainsi dans la structuration du courant politique : alors que la Ministre de la Santé autrichienne Maria Rauch-Kallat ne s'engage pas publiquement en faveur du développement d'une politique d'e-santé, Philippe Douste-Blazy en fait au contraire un axe majeur de sa politique de réforme. Ce Ministre devient, dans ce contexte, le principal entrepreneur des politiques d'e-santé, qui connaissent alors un courant politique particulièrement mûr. Celles-ci sont en effet portées par un acteur extrêmement bien positionné (le Ministre lui-même), et ne connaissent à ce moment pas d'oppositions politiques marquées.

Tableau 22. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en France, 2004

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	4	4	+ Le principal entrepreneur de politique publique du DMP est le porteur de la réforme (Ministre de la Santé) +Le DMP ne connaît pas d'opposition de principe
Courant des problèmes	3	2	+ L'e-santé permet éventuellement de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins -Économies difficilement calculables et au mieux réalisée sur le long terme
Courant des solutions	1	1	-Solution très innovante, peu d'exemples internationaux -Déconnexion visible avec les attentes de la communauté de politique publique
Élément réactif	5	5	Présent : loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie
Maturité de la configuration	13	12	

Suite à la mise sur agenda du DMP dans la loi du 13 août 2004, une phase d'élaboration, visant à rendre opérationnel le DMP pour 2007, se met en place. Celle-ci connaît d'importantes difficultés, qui pourtant n'enlissent pas le projet comme en Irlande. Au contraire, le projet DMP se poursuit, résultant en une 'perte de confiance'²⁶² d'une partie importante des acteurs de la communauté de politique publique. Lorsque Roselyne Bachelot devient Ministre

²⁶² Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). *Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)*. Paris, Novembre 2007, p.2

de la Santé et des Sports en 2007, des doutes sur la pertinence de la poursuite du projet DMP sont formulés, et la maturité du courant des solutions est au plus bas. À cela s'ajoute le fait que le DMP est devenu, avec le premier échec de sa mise en œuvre, un projet risqué sur le plan politique, et génère des difficultés de gouvernance avec la CNAMTS, son principal financeur. Ce projet, bien que soutenu par la Ministre, ne constitue d'ailleurs pas une mesure centrale de sa réforme Hôpital, Patients, Santé et Territoires, dont les objectifs paraissent pourtant en bonne adéquation avec les dispositifs d'e-santé. Nous observons ainsi une dégradation de la maturité du courant politique et du courant des solutions, qui contribue ainsi à créer une configuration globale moins propice au développement des politiques d'e-santé qu'en 2004 :

Tableau 23. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda secondaire de l'e-santé en France, 2007-2009

	Score le plus favorable à l'hypothèse	Score le moins favorable à l'hypothèse	Justifications
Courant politique	2	2	+Soutien programmatique de la Ministre Roselyne Bachelot –Projet risqué politiquement, fait suite à un premier échec : le DMP n'est pas un axe majeur de la réforme HSPT –Problématiques de gouvernance avec la CNAMTS
Courant des problèmes	3	3	+Adéquation entre les objectifs généraux de politique publique de la Ministre (loi HPST) et l'e-santé +Les difficultés de formulation et de mise en œuvre semblent nécessiter l'intervention du politique –Le choix d'une 'remise à plat' est vécu comme un coup d'arrêt au processus du DMP par certains acteurs –Plusieurs questions d'ordre juridique auraient nécessité un accord parlementaire, et ne sont donc pas réglées par la relance du projet en forme de 'feuille de route'
Courant des solutions	0	1	–Précédents choix de politique publique jugés inappropriés par de nombreux acteurs –De nombreuses difficultés techniques et juridiques demandent à être réglées –Perte de confiance d'une partie des acteurs de politique publique dans le projet
Élément réactif	5	5	Présent : Arrivée de Roselyne Bachelot au Ministère suite aux élections de 2007, reprise en main par le politique jugée nécessaire suite aux décisions prises sous la législature précédente (dépendance au sentier)
Maturité de la configuration	10	11	

Cet écart de maturité, qui aurait pu motiver un intérêt à se référer à un modèle extérieur européen, ne donne pourtant pas lieu à des usages de l'UE : les deux configurations analysées dans le cas français sont ainsi similaires dans leur absence de phénomènes d'eupéanisation. Si des traces de l'Union européenne apparaissent dans le précipité issu de la seconde phase de synthèse, les témoignages recueillis ne permettent pas d'attribuer un quelconque effet à l'UE dans la relance de la politique publique sous Roselyne Bachelot. Le niveau européen est pourtant loin d'être absent, et alimente régulièrement les discussions entre acteurs

institutionnels et acteurs politiques, et ce dès le début des années 2000. Bien que les entrepreneurs de politiques publiques soient différents dans les deux cas analysés, les contacts entretenus avec le niveau européen peuvent ainsi être considérés comme similaires.

Cette absence d'usages de l'UE dans le cas français a de quoi surprendre, surtout lorsque l'on compare le score de maturité de cette seconde configuration avec ceux des autres pays :

Tableau 24. Relation entre scores de maturité et usages de l'UE

	Usages de l'UE	Absence d'usages de l'UE
Autriche	10-12	14-17
Irlande	6-7	14-15
France		10-11 ; 12-13

Ainsi, on observe que pour un score à peu près équivalent (dix-douze), des usages de l'UE ont pu être observés en Autriche. En dépit du cas français, la comparaison entre les quatre cas autrichiens et irlandais semble soutenir l'hypothèse du lien entre maturité des courants et apparition d'un intérêt pour les usages de l'Union européenne. Ce lien apparaît d'autant plus fort lorsqu'on ne retient que les scores les plus favorables à l'hypothèse ; néanmoins, celui-ci est toujours valide même en ne prenant en compte que les scores les moins favorables. La principale différence réside dans l'étendue de l'écart entre les scores :

Tableau 25. Relation entre scores de maturité et usages de l'UE (scores les plus favorables)

	Usages de l'UE	Absence d'usages de l'UE
Autriche	10	17
Irlande	6	15
France		10 ; 13

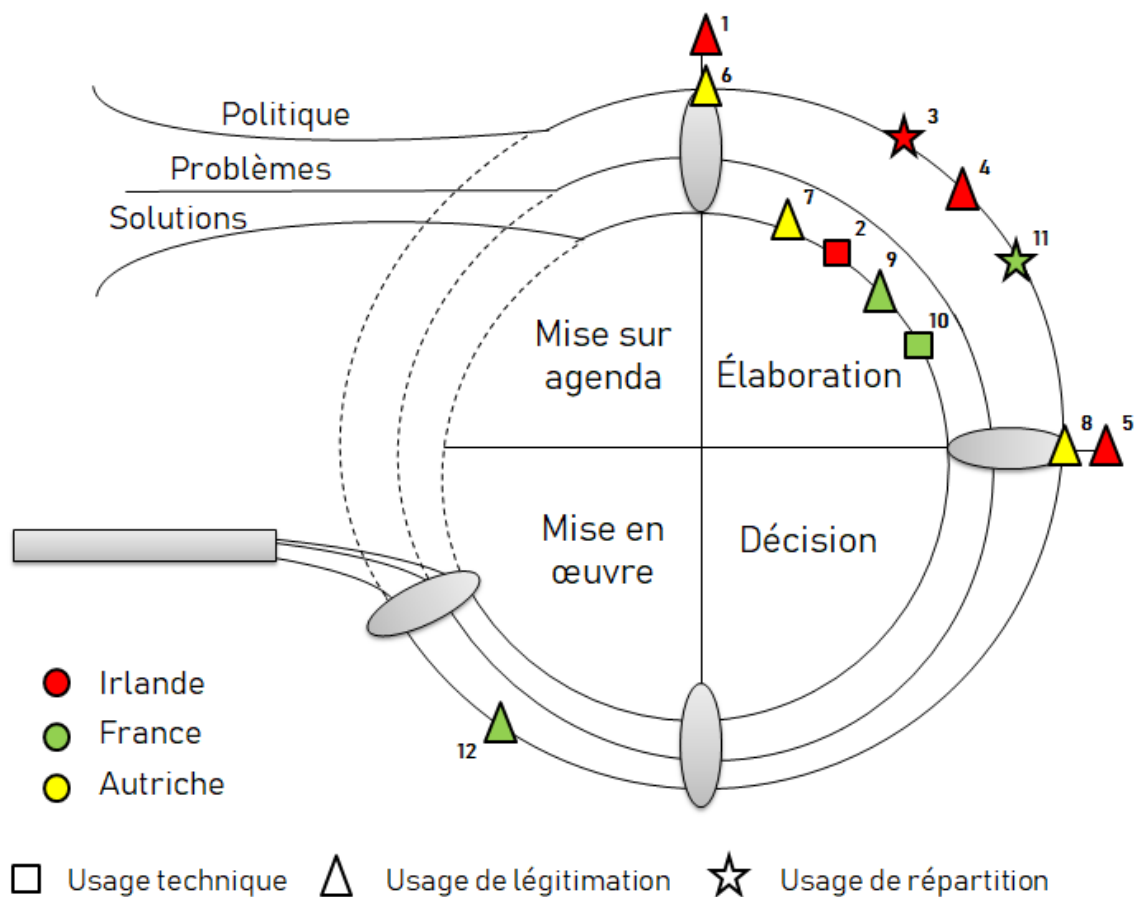
Tableau 26. Relation entre scores de maturité et usages de l'UE (scores les moins favorables)

	Usages de l'UE	Absence d'usages de l'UE
Autriche	12	14
Irlande	7	14
France		11 ; 12

La comparaison entre les cas suggère donc que si la variation de la maturité des courants semble être un élément essentiel pour comprendre les usages de l'UE, il n'en n'est pas pour autant suffisant. Faut-il pour autant en déduire que l'intérêt n'est pas une variable explicative pertinente ?

La cartographie de l'ensemble des usages observés au cours de cette recherche suggère une autre hypothèse.

Figure 12. Les principaux usages de l'UE dans les politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande, 2000-2018



Détail des cas :

1. Mise à l'agenda secondaire des politiques d'e-santé en Irlande, 2010-2013, le plan de relance supervisé par la Commission européenne, la Banque Centrale Européenne et le Fonds Monétaire International, ainsi que la Présidence irlandaise du Conseil de

l'Union européenne agissent comme des éléments réactifs des politiques d'e-santé (Chapitre 7).

2. Usage technique de l'Union européenne dans le cadre de la formulation des standards nationaux pour les résumés patients par l'Health and Information Quality Authority (HIQA), Irlande, 2018 (Chapitre 8).
3. L'Union européenne est utilisée comme argument pour augmenter les ressources du Department of Health dans le domaine de l'e-santé, et assurer que celle-ci demeure une priorité politique (usage de répartition), Irlande, 2017 (Chapitre 9).
4. L'UE est utilisée par le *Health Service Executive* irlandais pour assurer une priorité aux projets d'e-santé (usage de légitimité), 2016-2018 (Chapitre 9).
5. Clôture de la première phase d'élaboration de la politique d'e-santé irlandaise en 2004, l'UE agit comme un élément réactif (Chapitre 4).
6. L'UE est utilisée afin d'apporter un soutien politique à la mise sur agenda gouvernementale des politiques d'e-santé en Autriche (usage de légitimité), 2005 (Chapitre 3).
7. L'Union européenne est utilisée comme un argument parmi d'autres afin de soutenir l'adoption de standards internationaux pour l'e-santé en Autriche (usage de légitimité), 2006-2007 (Annexe 5)
8. L'Union européenne est utilisée comme un argument afin de renforcer la légitimité de l'initiative e-santé lancée par le Ministère de la Santé autrichien auprès des différents acteurs de l'e-santé (usage de légitimité), 2005 (Chapitre 7).
9. L'Union européenne est utilisée comme un argument pour modifier le format général du Dossier Médical Personnel tel qu'il est envisagé au sein du Ministère de la Santé (usage de légitimité), 2008-2010 (Chapitre 7).
10. Les standards développés dans le cadre du projet Epsos alimentent le processus de formulation des Volets de Synthèse Médicale par la Haute Autorité de Santé (usage technique), France, 2011, (Chapitre 8).
11. L'argument européen est utilisé pour stabiliser la position institutionnelle de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP) et assurer une priorité politique à l'e-santé (usage de répartition), France, 2015-2017 (Chapitre 9).
12. L'Union européenne est utilisée comme un argument parmi d'autres pour faciliter la mise en œuvre de l'e-santé en France (usage de légitimité), 2016-2018 (Chapitre 7).

Ainsi, il apparaît que la première partie empirique de cette recherche n'a pas pris en compte la nature diversifiée des usages au niveau national. Au contraire, elle s'est focalisée sur un type d'usage spécifique (usages de légitimité en période de synthèse), qui ne constitue qu'une fraction de l'ensemble des usages observés (quatre sur un total de douze). Ensuite, cette cartographie invite directement à remettre en perspective le cas français : en effet, ce n'est pas tant une absence d'usages qui le caractérise qu'une absence d'usages au cours des périodes de synthèse et une concentration des phénomènes d'eupéanisation en période de flux. Plutôt que de laisser de côté la question des intérêts, il s'agit donc d'explorer les conditions qui modulent leur expression, ce qui permettra d'expliquer cette répartition différenciée d'usages de multiples natures.

Ainsi, l'identification de conditions supplémentaires n'entre pas en contradiction avec la conception de l'intérêt comme moteur de l'eupéanisation. Comme nous le verrons plus précisément dans les Chapitres 8 et 9 les ressources nationales des acteurs doivent toujours être prises en compte dans l'explication de l'apparition des usages de l'UE. Sans la présence d'un intérêt pour les usages, les autres conditions explorées sont tout simplement 'inactives'. Les résultats de cette première partie empirique seront donc consolidés tout au long de la partie suivante.

Partie III. Les contraintes stratégiques aux usages de l'Union européenne : relation à l'UE et structure des instruments européens

La partie précédente s'est intéressée au potentiel explicatif de l'intérêt dans le cadre des processus d'eupéanisation. Nous avons ainsi pu montrer dans plusieurs cas que les variations de ressources des entrepreneurs de politique publique constituaient un motif probable d'usages de l'UE : à un niveau de socialisation constant aux instruments européens, les usages varient davantage en fonction de leurs ressources disponibles au niveau national. Les variations de ces ressources étaient par ailleurs mesurées en fonction de la 'maturité' des éléments de la synthèse, elle-même évaluée au regard de l'action de jonction des trois courants. Si cette partie a permis de souligner les apports d'une approche par les intérêts, elle a également montré que des conditions supplémentaires devaient être prises en compte pour expliquer les phénomènes d'eupéanisation.

Il s'avère en effet que la première partie de cette recherche était focalisée sur une fraction réduite des phénomènes d'eupéanisation à l'œuvre en France, en Autriche et en Irlande. Ainsi, les usages explorés dans ces chapitres se déroulaient tous en période de synthèse et reposaient sur une logique de légitimité : en Autriche et en Irlande, l'UE a été perçue comme suffisamment pertinente politiquement pour donner un 'boost' de légitimité aux initiatives nationales. Bien que les périodes de synthèse revêtent un caractère particulier, ce ne sont pas les seuls moments durant lesquels l'eupéanisation est possible. En effet, l'Union européenne peut être intégrée au sein de périodes de flux qui sont également structurantes pour les politiques publiques. De même, la logique de légitimité, si elle constitue un mode d'action important de l'UE, n'est pas le seul canal par lequel celle-ci peut s'insérer dans la construction des politiques nationales. Dans le Chapitre 2 (p.62), nous avons ainsi identifié deux autres logiques d'usages de l'UE : la logique technique et la logique de répartition.

La prise en compte de la diversité de ces phénomènes invite ainsi à repenser le potentiel explicatif de l'intérêt en relation avec d'autres conditions traitant plus précisément de l'apparition d'usages de différentes natures. Deux hypothèses seront explorées avec cet objectif : la relation à l'UE et la structure des instruments européens. Combinées avec la prise

en compte de l'intérêt des acteurs, ces deux variables ont ainsi vocation à expliquer les conditions d'apparition des usages de l'UE en tenant précisément compte de leur nature diversifiée.

Trois types d'usages de l'UE seront plus spécifiquement détaillés dans cette partie. Le premier correspond aux usages réalisés en période de flux, que nous n'avons pas explorés tout au long de la première partie empirique de cette thèse. Celle-ci se concentrait en effet exclusivement sur certains 'moments-clés' (ou périodes de synthèse) des politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Cette focalisation était nécessaire afin d'aborder la question de l'intérêt des acteurs dans des conditions relativement similaires (travail de jonction des courants des entrepreneurs de politique publique). Néanmoins, les usages opérés en période de flux méritent également une analyse à part entière, puisqu'ils contribuent à structurer les trois courants du développement de la politique publique (européanisation de premier ordre) et peuvent parfois impacter directement le contenu de la politique publique (européanisation de second ordre). Les différences entre usage en période de synthèse et usage de période de flux seront plus spécifiquement abordées dans le Chapitre 7.

Le second type d'usage exploré correspond aux cas d'usages techniques de l'Union européenne (Chapitre 8). Plus précisément, il s'agira de s'intéresser à l'européanisation de la construction des standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Alors que la manière dont les modèles européens 'inspirent' la construction de solutions au niveau national est particulièrement difficile à objectiver, l'intérêt de ce cas est qu'il rend visible le processus d'analyse et de réutilisation de modèles internationaux. Cette visibilité tient surtout au fait que les acteurs en charge de la réalisation de ces standards sont des agences publiques spécialisées, qui entretiennent un rapport particulier avec la question de la transparence.

Enfin, le Chapitre 9 s'intéressera à la question des usages de répartition. Encore peu explorés, ces usages peuvent néanmoins avoir des effets importants sur les politiques publiques, notamment via la transformation des relations de pouvoir entre les différents acteurs institutionnels. Alors que les effets de ce type d'européanisation sur le contenu des politiques publiques n'est pas toujours directement visible, il n'en demeure pas moins que l'UE contribue à favoriser le développement de certaines politiques publiques au détriment d'autres, en équipant certains acteurs d'outils spécifiques.

Ces trois chapitres, en plus de traiter de la question de la mesure de l'intérêt dans des cas très différents (en particulier dans les Chapitres 8 et 9), permettent d'analyser en profondeur les

mécanismes causaux expliquant la répartition différenciée des usages entre nos trois cas. Alors que le Chapitre 7 traite des effets de la relation à l'UE sur les types d'usages réalisés au niveau national, les deux chapitres suivants détaillent plus précisément le lien entre structure des instruments et logique d'usage. Nous verrons ainsi pourquoi les usages techniques nécessitent que les instruments européens soient associés à des contenus relativement complexes, tandis que les usages de répartition sont rendus possibles par l'accroissement des actions à entreprendre dans le cadre de l'intégration souple de l'e-santé (ce que nous appelons un 'renforcement de la *soft law*').

L'ensemble de ces variables (relation à l'UE et structure des instruments européens) sera repris dans le chapitre conclusif de cette partie, qui mettra en exergue leur pouvoir explicatif combiné dans la compréhension des variations globales des usages entre la France, l'Autriche et l'Irlande. Ce chapitre permettra également de mettre en lumière les limites de cette approche, puisqu'il apparaît qu'un certain nombre de phénomènes se situent en dehors du prisme d'analyse développé tout au long de cette recherche.

De manière générale, cette partie montrera l'intérêt d'une stratégie de recherche qui intègre non seulement les effets les plus 'visibles' de la construction européenne sur les politiques nationales, mais également tous ceux moins directement repérables, qui n'en demeurent pas moins susceptibles d'affecter les politiques publiques en profondeur. Certains auteurs parlent ainsi 'd'européanisation silencieuse' (Hassenteufel and Palier 2015; Pedersen 2017), et cette partie est ainsi consacrée à l'analyse et l'explication de ces phénomènes particuliers.

Chapitre 7. Des usages ‘invisibles’ : les effets de la relation à l’UE sur le contexte d’utilisation des instruments européens

Pour comprendre les phénomènes d’eupéanisation du secteur de l’e-santé, l’analyse doit prendre en compte les différents types d’usages de l’UE réalisés au niveau national. Par l’exploration de ces usages de multiples natures, nous serons plus à même de comprendre les conditions nécessaires à l’apparition des processus d’eupéanisation. L’objectif de ce chapitre est ainsi d’expliquer pourquoi les usages de l’UE sont parfois réalisés en période de synthèse, et parfois en période de flux, et nous montrerons comment la variable de la relation à l’Union européenne est susceptible d’apporter des explications à ce phénomène.

Les effets de la relation à l’Union européennes sur les usages au niveau national

Les variations nationales entre les différents pays et la manière dont celles-ci affectent la définition des politiques est une thématique récurrente de l’analyse des politiques publiques (Howlett 2004; Pierson 2002; Delpeuch 2009). En ce sens, la piste suggérée par la littérature sur les usages qui établit un lien entre la relation d’un pays à l’Union européenne et les usages de l’UE paraît ici particulièrement pertinente (Graziano *et al.* 2011).

En effet, la ‘relation à l’Union européenne’ constitue l’environnement dans lequel évoluent les acteurs, et fait donc partie des éléments qui modulent directement leurs stratégies vis-à-vis de cette institution. Pour que les individus trouvent un intérêt stratégique dans l’usage de l’UE, il est nécessaire qu’ils puissent associer cet usage à la prédiction de conséquences positives. Par exemple, critiquer une décision au motif qu’elle serait dictée par Bruxelles n’a pas le même intérêt selon que l’acteur s’exprime dans un contexte pro- ou anti-européen. Si, face à un public eurosceptique, cette affirmation peut suffire à engendrer un soutien important pour l’acteur en question, le même usage dans un contexte pro-européen peut se révéler contre-productif. Les acteurs se reposent ainsi sur les informations qu’ils ont à leur disposition sur leur environnement pour déterminer l’intérêt de réaliser un usage de l’Union européenne au niveau national.

Or ces environnements, en plus d’être plus ou moins favorables à l’Union européenne, ne sont pas tous de même nature. Ainsi, le fait que l’action se déroule en période de flux ou de synthèse va largement influencer son contexte de réalisation. Si l’on s’intéresse aux périodes

de flux, les actions analysées correspondent aux activités quotidiennes des acteurs de politique publique qui s'opèrent au sein d'un unique courant (voir p.46). Il s'agit, par exemple, du travail d'élaboration d'instruments de politique publique entrepris par un groupe de fonctionnaires au sein du Ministère ou d'une agence. Les usages réalisés dans ce cadre s'opèrent de ce fait dans des environnements restreints dont les acteurs sont supposés être relativement familiers. Au contraire, les périodes de synthèse renvoient à des contextes d'action beaucoup plus ouverts. D'une part les activités entreprises lors de ces périodes visent à joindre plusieurs courants, ce qui invite souvent les entrepreneurs de politique publique à s'adresser à différents types de communautés. D'autre part, ces périodes, puisqu'elles résultent en un précipité témoignant de l'avancement de la politique publique, sont souvent particulièrement visibles auprès du public. C'est d'ailleurs à ce titre que les personnels politiques y sont généralement particulièrement engagés.

L'enjeu de la réalisation d'un usage de l'UE lors des périodes de synthèse est donc double. D'une part, il est plus délicat : mobiliser l'UE dans un domaine hors de sa compétence face à un personnel politique qui tire une légitimité directe issue des élections peut s'avérer être un pari risqué, à moins que la présence l'UE ne fasse l'objet d'une acceptation diffuse.²⁶³ D'autre part, le caractère à la fois 'exceptionnel' et public des périodes de synthèse implique une maîtrise moins fine des conséquences des usages de l'UE. Alors qu'une connaissance approfondie d'un milieu fréquenté quotidiennement peut donner des indices sur la réception de l'usage par ses destinataires, les périodes de synthèse ne permettent pas aux acteurs de disposer de ce type d'information. C'est alors précisément dans ce cadre que la 'relation à l'UE' peut servir de moyen aux acteurs pour déterminer de l'opportunité de réaliser un usage en période de synthèse. Par conséquent, l'opérationnalisation de l'hypothèse de la relation à l'Union européenne peut se formuler ainsi : plus la relation à l'Union européenne est positive, plus il est probable d'observer des usages de l'UE en période de synthèse.²⁶⁴

La relation à l'UE affecterait ainsi directement le type d'eupéanisation à l'œuvre : plus la relation à l'UE est positive, plus on peut s'attendre à observer des phénomènes d'eupéanisation de troisième ordre ; à l'inverse, moins la relation à l'UE est positive, plus

²⁶³ C'est précisément cette notion 'd'acceptation diffuse' que nous essayons d'objectiver par la mesure de la relation à l'UE, voir ci-dessous.

²⁶⁴ Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons pas pris en compte les usages 'négatifs' de l'UE, car ils ne faisaient pas partie du matériau empirique récolté. Or, il est probable qu'une relation particulièrement négative envers l'UE favorise l'apparition de ce type d'usage en période de synthèse. Le lien entre relation à l'UE et période d'apparition des usages pourrait alors s'exprimer par le biais d'une courbe en forme de U, dans laquelle les relations les plus 'extrêmes' seraient associées à des usages en période de synthèse et les autres à des usages exclusivement réalisés en période de flux.

les usages de l'UE interviendront exclusivement en période de flux et donneront lieu à de l'eupéanisation de premier ou de second ordre. On note enfin que cette hypothèse n'est pas discriminante au regard des usages de l'UE en période de flux, qui peuvent être réalisés indépendamment de l'état de la relation à l'Union européenne.²⁶⁵

L'objectif de ce chapitre est ainsi d'examiner les effets d'une variation de la relation à l'Union européenne sur les modes d'expression des usages. Pour ce faire, nous comparons quatre cas d'usages similaires (logique de légitimité) en France, en Autriche et en Irlande. Si ces trois États membres peuvent être considérés comme relativement homogènes du point de vue de cette recherche, ils présentent néanmoins des variations importantes au regard de leur 'relation à l'UE' dans le domaine de la santé. Dans le chapitre sur la sélection des cas (p.88), nous avons ainsi présenté un moyen de mesurer cette relation de manière systématique, opération qui a conduit à classer l'Irlande dans la catégorie des pays particulièrement favorables à une intervention de l'UE dans le domaine de la santé, la France comme pays particulièrement défavorable à cette intervention, et l'Autriche comme pays de catégorie intermédiaire.

La mesure d'une 'relation à l'Union européenne', qui serait perçue de manière diffuse par les acteurs de politique publique susceptibles de réaliser des usages de l'UE, n'a pourtant rien d'évident. Nous proposons ainsi dans cette introduction plusieurs techniques afin de stabiliser cette mesure. Nous nous intéresserons dans un premier temps à la combinaison de différents indicateurs issus de la littérature susceptibles de donner des informations sur cette relation. Nous ajouterons ensuite à ces premiers résultats une analyse qualitative et comparative des discours tenus par les élites de santé sur l'Union européenne en France en Autriche et en Irlande.

La relation à l'Union européenne : quelle mesure dans la littérature ?

Dans la littérature sur les usages (Graziano *et al.* 2011), la relation à l'Union européenne est divisée en deux composantes : la perception de l'Union européenne par l'opinion publique, et la perception de l'UE par les élites en charge des politiques. Peu de détails sont cependant donnés sur la connexion entre ces deux composantes, et sur les conséquences d'une différence entre la relation à l'UE entretenue par ces deux catégories. L'opérationnalisation de ces variables diffère ensuite entre les chapitres de l'ouvrage, bien que l'on retrouve régulièrement

²⁶⁵ Ainsi, les usages de légitimité de l'UE peuvent également être réalisés en période de flux dans les cas autrichien et irlandais, voir à ce titre l'Annexe 6, qui détaille un cas d'usage de légitimité de l'UE dans la construction des standards d'e-santé en Autriche, et l'usage réalisé par un employé du HSE en Irlande (Chapitre 9)

des références aux études de l'Eurobaromètre, à l'ancienneté des États membres ou aux 'world of compliance' développés par Gerda Falkner, Miriam Hartlapp et Oliver Treib (2004). Les auteur.e.s semblent en parallèle apporter leurs connaissances expertes propres sur le pays analysé, connaissances plus ou moins soutenues par une littérature scientifique détaillée. Comme le montrent ces chapitres, faire état d'une 'relation à l'Union européenne' de manière comparative en utilisant des indicateurs stables d'un pays à l'autre est particulièrement difficile. Ainsi, les données en la matière ne sont pas toujours existantes : si on peut assez facilement comparer les états de l'opinion publique vis-à-vis de l'UE grâce aux Eurobaromètres traditionnels, il n'existe pas de données équivalentes pour les acteurs des politiques publiques, alors qu'une grande partie des usages peut être réalisée entre ces mêmes acteurs sans qu'ils s'adressent au public.²⁶⁶ De plus, certaines spécificités historiques, difficilement 'mesurables', peuvent fortement impacter la manière dont est conçue l'Union européenne par les élites susceptibles de réaliser des usages de l'UE. Enfin, nous pouvons imaginer des différences importantes entre les secteurs ou les sous-secteurs de politique publique analysés, différences qu'il est à nouveau peu aisé de mesurer avec les Eurobaromètres classiques.

Néanmoins, l'adoption d'une approche comparative nécessite l'utilisation de données comparables. Puisqu'aucun indicateur ne nous permet à lui seul d'avoir des données satisfaisantes, nous avons choisi d'utiliser plusieurs types de données et de les combiner. Pour chaque type de données, il s'agit d'établir un classement entre les trois États membres, le numéro 1 désignant le pays apparaissant comme le plus 'favorable' à l'UE et le numéro 3 désignant le moins favorable. Lorsque nous ne pouvons classer les pays au sein de deux catégories différentes, nous ajoutons la catégorie intermédiaire numéro 2. Quatre mesures différentes seront ainsi utilisées. La première correspond à la mesure classique du soutien à l'UE au sein de l'opinion publique. Nous avons ainsi sélectionné dans l'Eurobaromètre les données disponibles à partir de 2000 (et jusqu'en 2011) pour la question : *'Taking everything into consideration, would you say that your country has on balance benefited or not from being a member of the EU ?'*²⁶⁷

²⁶⁶ Les seules données que nous avons trouvées à ce sujet datent de 1996, et font état d'un large soutien de la part des élites politiques et administratives au projet européen, voir : Commission européenne (1996). 'Top Decision Makers Survey Summary Report', Disponible sur : https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/top/top_en.htm

²⁶⁷ Source : <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinionmobile/index.cfm/Chart/getChart/chartType/lineChart/themeKy/4/groupKy/4/savFile/663>

Tableau 27. Soutien de l’opinion publique à l’Union européenne, variations minimales et maximales : France, Autriche, Irlande, 2000-2011

‘Taking everything into consideration, would you say that your country has on balance benefited or not from being a member of the EU?’²⁶⁸

	Réponse : ‘Bénéficié’ (variations minimales/maximales entre 2000 et 2011)	Classement
Irlande	77%-89%	1
France	49%-57%	2
Autriche	38%-48%	3

Ces données donnent un aperçu général de l’état de l’opinion publique sur l’Union européenne au sein d’un pays. Toutefois, elles nous renseignent peu sur l’attitude des élites politiques et administratives vis-à-vis de l’Union européenne. En l’absence de données statistiques spécifiques sur cette catégorie d’individus, nous avons choisi d’utiliser les résultats de l’étude de Gerda Falkner, Miriam Hartlapp, et Oliver Treib (2007) sur les ‘*worlds of compliance*’ (ou ‘mondes de conformité’, traduction par l’auteure). Bien que leur recherche s’intéresse aux cas de non-transposition de directives, et que les mécanismes étudiés soient donc de nature différente de ceux que nous analysons dans le cadre de cette thèse, nous pouvons supposer que la façon de gérer la mise en œuvre de la *hard law* par les élites politiques et administrative témoigne, de manière diffuse, d’un certain rapport à l’Union européenne. Ainsi, Gerda Falkner, Miriam Hartlapp, et Oliver Treib (2007) indiquent que l’Irlande et l’Autriche font partie du ‘*world of domestic politics*’ (‘monde des politiques nationales’, traduction par l’auteure), la France appartient quant à elle au ‘*world of neglect*’ (‘monde du désintérêt’, traduction par l’auteure). Ces classifications décrivent, selon les auteur.e.s, la ‘manière typique à chaque pays de traiter le processus de transposition’ et renvoient ainsi à une ‘culture’ spécifique vis-à-vis de ce processus (Falkner *et al.* 2007: 404). Dans les pays appartenant au ‘*world of neglect*’ comme la France, la mise en conformité avec le droit européen n’est jamais un objectif en soi, et s’opère généralement après l’intervention de la Commission européenne. Par opposition, l’Irlande et l’Autriche appartiennent au ‘*world of domestic politics*’, dans lequel transposer les directives peut être un objectif parmi d’autres.

²⁶⁸ ‘Toutes choses égales par ailleurs, diriez-vous que votre pays a en général bénéficié d’être un pays membre de l’UE ?’ (Traduction par l’auteure)

La mise en conformité se déroule relativement bien tant qu’il n’existe pas de conflits entre le niveau national et européen, auquel cas le premier l’emporte sur le second en termes de priorité, menant à des cas de délais ou de non transposition des directives européennes. On observe ainsi que les taux de transpositions calculés par les auteurs en 2007 est exactement similaire pour l’Autriche et l’Irlande (95,53%, voir Falkner *et al.* 2007: 412), ce qui peut paraître surprenant au regard des différences d’appréciation de l’intégration européenne au sein de l’opinion publique (voir supra). Ces différences montrent l’intérêt d’une approche qui prend en compte plusieurs types de mesures afin de donner une idée plus précise de la ‘relation à l’Union européenne’ telle qu’elle nous intéresse dans le cadre de l’analyse des usages de l’UE.

Il est ensuite probable que la relation à l’UE varie selon les secteurs ou sous-secteurs analysés. Cette différence entre sous secteurs des politiques sociales a déjà été notée par la littérature sur les usages (voir par exemple le cas des ‘nouveaux domaines’ de politiques sociales en France, Graziano *et al.* 2011: 48–72). Le domaine de la santé est par ailleurs généralement considéré comme l’un des moins européenisés des politiques sociales (Martinsen 2012; Barcevičius *et al.* 2014). La prise en compte du secteur de politique publique semble donc importante, puisqu’elle est susceptible de moduler la relation qu’un pays entretient à l’Union européenne. L’attitude du public vis-à-vis de l’Union européenne n’étant pas mesurée par secteur, nous avons choisi d’utiliser une variable issue de deux Eurobaromètres portant sur les soins de santé transfrontaliers (Eurobaromètre Flash 210 et Eurobaromètre Spécial 425, voir p.92). Dans le secteur spécifique de la santé, il semblerait ainsi que l’Irlande soit le pays dans lequel les répondants démontrent l’attachement le plus faible au système national, et la France le pays dans lequel l’attachement est le plus fort. L’Autriche occupe quant à elle une position intermédiaire.

La perception de l’Union européenne dans le domaine de l’e-santé : les cas français, autrichiens et irlandais

Afin de compléter cette analyse, nous avons utilisé les données issues des entretiens que nous avons menés avec les acteurs de l’e-santé au sein de chaque pays.²⁶⁹ Combiner ces données

²⁶⁹ Alors que l’objectif primaire de ces entretiens était de récolter des données sur les pratiques des acteurs (leurs usages), nous avons complété les questions précises portant sur des événements ou des pratiques à des questions relativement générales, censées produire des discours plus larges sur la perception des acteurs de l’Union européenne : Pensez-vous que l’Union européenne soit un acteur important des politiques d’e-santé ? Pensez-vous qu’il est utile de participer aux initiatives européennes en matière d’e-santé ? Nous avons pu par ailleurs observer que même dans le cas de questions portant sur des événements précis, les acteurs peuvent parfois tenir

qualitatives de niveau 'micro' avec les indicateurs plus généraux proposés ci-dessus permet de donner une image plus précise de la relation à l'UE telle qu'elle serait perçue par les acteurs susceptibles de réaliser des usages de l'UE dans le domaine de l'e-santé.

L'analyse qualitative des entretiens conduits avec les acteurs français de l'e-santé témoigne d'un rapport qui n'apparaît pas comme particulièrement favorable aux usages de l'Union européenne. Jusqu'en 2012, les acteurs que nous avons interrogés démontraient ainsi un certain éloignement par rapport à cette institution, éloignement d'autant plus marqué quand les acteurs interrogés appartenaient à la catégorie des personnels politiques.

'Plus on s'occupe d'Europe moins on s'occupe de ses propres dossiers', '[...] je voyais pas l'intérêt c'est-à-dire moi je, **on avait le boulot de faire ça en France point** quoi, point barre comme on dit.' (Entretien, conseiller ministériel, 06.04.2017)

'**J'étais pas du tout branché** comme je le suis maintenant **sur les questions de la société de l'information**' (Entretien, conseiller ministériel, 12.05.2017)

'Mais c'était tellement **éloigné**', 'pff c'est des sujets quand même très technos et qui n'avaient **pas d'incidence directe sur ce qu'on voulait faire**' (Entretien, conseiller ministériel, 10.05.2017)

'[...] la préoccupation étaient centrée si vous voulez sur ce qui était en train de se passer en France et **la dimension européenne on l'avait pas intégrée**' (Entretien, conseiller ministériel, 08.06.2018)

'[...] les conduites de projet européens ça n'a **aucune chance de faire de projets efficaces**' (Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018)

'[...] mais au niveau de l'Europe elle-même c'était quand même **assez plan plan**' (Entretien, ancien directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS), 04.06.2018)

Dans la dernière période analysée dans cette étude, on note cependant un changement assez net dans la façon dont l'UE est perçue par les acteurs centraux des politiques publiques d'e-santé. Alors qu'elle suscitait au début des années 2000 relativement peu d'intérêt, le sujet européen semble avoir largement gagné en importance. Le témoignage de la personne en charge de l'e-santé au sein du cabinet de Marisol Touraine contraste ainsi nettement avec ceux des conseillers de Ministres antérieurs :

'Et ça tout le monde est hyper au courant, que ce soit la CNAM, les services ils sont **hyper curieux de voir ce qu'il se passe à l'étranger**, dans le Ministère ils

des discours sur l'Union européenne qui relèvent davantage de leur perception générale de cette institution que de leurs pratiques.

sont assez curieux de voir ce qu'il se passe à l'étranger [...] (Entretien, conseillère Ministérielle, 24.11.2016)

À partir de ce moment-là, les aspects positifs de l'intégration européenne en matière d'e-santé sont soulignés par de nombreux acteurs. L'Union européenne est alors perçue comme un 'facilitateur', 'une bonne chose', 'une impulsion supplémentaire' apportant potentiellement une 'plus-value' au niveau national.²⁷⁰ On note cependant qu'un argument récurrent vis-à-vis de la participation française au niveau européen est celui du contrôle de ces développements. L'idée est ainsi d'être présent pour s'assurer que les politiques européennes ne soient pas incompatibles avec ce qui est développé au niveau national. La recherche d'une certaine forme de 'protection du modèle français' semble donc jouer un rôle conséquent dans la perception de l'importance du niveau européen chez les acteurs que nous avons rencontrés.²⁷¹

'Là où il faut être extrêmement professionnel c'est de faire en sorte que dans un pays donné, par exemple la France où **un certain nombre de valeurs, de principe d'action** liés au développement de la e-santé sont considérés comme des bases, elles **ne soient pas euh... Comment dire complètement bafoués** au nom de principes qui n'ont rien à voir avec la protection de données de santé. [...] **beaucoup de vigilance** pour ne pas brader ce qui nous paraît être un pré requis indispensable' (Entretien, ex-directeur de l'ASIP, 08.12.2016)

'[...] si on veut rester vraiment contributeur et s'assurer **qu'il n'y ait pas une désynchronisation**, entre ce qu'il se passe au niveau européen et ce qu'on construit en France' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, ASIP, 09.05.2017)

'Quand la **Commission prend des initiatives sans en prévenir les États membres** on inverse le process, [...] les grands pays sont très **vigilants** là-dessus quoi.' (Entretien, fonctionnaire e-santé, 25.11.2016)

'[...] une volonté de **pas se laisser imposer des choses** euh qu'on ne souhaiterait pas' (Entretien, Haute Autorité de Santé, 25.05.2018)

'L'idée était de, d'avoir **un contrepoids d'une certaine façon à la Commission européenne** avec la vue globale des États membres qui si j'ose dire géraient leur problématique et leur proposition de solutions de telle manière à **faire front**, à l'époque pour eEurope **face à la Commission**, qui en général essayait certes de faire avancer les choses mais surtout aussi d'essayer de trouver un moyen de faire

²⁷⁰ Entretien, fonctionnaire e-santé, DGOS, 23.11.2016 ; Entretien, fonctionnaire e-santé, 25.11.2016 ; Entretien, Haute Autorité de Santé, 25.05.2018 ; Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 1998, 19.07.2018

²⁷¹ On note par ailleurs dans ces entretiens, que la nécessité de mieux se positionner au niveau européen est souvent couplée avec la référence à certains instruments de *hard law* qui impactent directement la e-santé : règlement européen pour la protection des données (RGPD), règlement eIDAS (qui pose des bases communes autour de l'identification électronique et de la signature électronique) ou encore réglementation relative aux dispositifs médicaux. Il est ainsi probable que le développement de l'intégration européenne dans des domaines qui de fait impactent l'e-santé ait contribué à rendre ce niveau plus important aux yeux des acteurs.

avancer les choses à son image...' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 1998, 19.07.2018)

'[...] je trouve que l'Europe est en train de bou... En train de pousser le bouchon j'allais dire à tort ou à raison, **elle est de plus en plus invasive** et sur, sur le registre on traite de services, hors le service ça relève bien de l'Union européenne, euh on voit bien que euh la **Commission devient de plus en plus interventionniste en e-santé.**' (Entretien, fonctionnaire e-santé, 12.06.2018)

Deux dimensions importantes sont ainsi à retenir pour le cas français. Tout d'abord, nous pouvons observer une évolution du rapport au niveau européen : tandis que l'UE paraît relativement éloignée durant une première période, surtout du côté des personnels politiques, une importance accrue semble lui être accordée dans la dernière période temporelle étudiée, à partir du milieu des années 2010. Ensuite, cette importance semble s'accompagner de perceptions relativement ambivalentes²⁷² vis-à-vis du niveau européen : au-delà des qualités qui lui sont associées, on retrouve régulièrement l'idée de la nécessité de 'contrôler' les développements européens. Ce type de rapport paraît peu propice aux usages de l'UE, puisque l'idée est avant tout que cette institution n'interfère pas avec le niveau national.

L'analyse qualitative des perceptions de l'Union européenne des acteurs des politiques d'e-santé autrichiens révèle un cas relativement similaire à la France. Ainsi, la plupart des acteurs décrivent une certaine déconnexion entre les activités européennes et leur travail quotidien.

'My impression is that anything that is done at the EU level is **too far away** from daily life.'²⁷³ (Entretien, Austrian Federal Economic Chamber (WKÖ), 08.03.2017)

'Because no, each, each, hum, **each country has its own healthcare system**, and [...] **the European communication is difficult.** (Entretien, principal rédacteur de l'initiative e-santé' en Autriche, 20.02.2017)²⁷⁴

'But in the European Union, they haven't found the real [?button?] to make clear eHealth projects, I think. They have **very broad projects** [...] **these projects are not very fast.** And they... cost a lot of money, they cost a lot of money and **the impact is not very good I think**' (Entretien, membre de la Chambre médicale autrichienne, 16.03.2017)²⁷⁵

²⁷² Le fait d'avoir un rapport ambivalent à l'Union européenne serait en réalité plutôt fréquent, au moins chez les citoyens (Van Ingelgom 2012).

²⁷³ 'Mon impression est que tout ce qui est fait au niveau européen est trop éloigné de la vie quotidienne' (Traduction par l'auteure)

²⁷⁴ 'Parce qu'aucun, chaque, chaque, chaque pays a son proper système de santé, et [...] la communication européenne est difficile' (Traduction par l'auteure)

²⁷⁵ 'Mais dans l'Union européenne, je pense qu'ils n'ont pas trouvé la bonne [?] de faire des projets d'e-santé. Ils ont des projets très larges [...] ces projets ne sont pas très rapides. Et ils... coûtent beaucoup d'argent, ils coûtent beaucoup d'argent et l'impact n'est pas très bon je pense.' (Traduction par l'auteure)

‘—OK. So you think it [the European Union] could be an important actor if it had a different strategy?

—**If it had a strategy that you can use.**²⁷⁶ (Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 15.03.2017)

‘I do not think there are many medical prescriptions outside Austria that are dispensed here that doesn't happen. Although in theory, you know but **that's theoretical.**’²⁷⁷ (Entretien, représentant des pharmaciens, 14.03.2017)

Si le constat de cet éloignement de l'UE est plutôt général, les discours se divisent ensuite entre ceux qui montrent un net soutien aux initiatives européennes (les plus nombreux), et ceux qui demeurent plus sceptiques vis-à-vis de l'intégration dans le domaine de l'e-santé. Nous avons ainsi pu repérer un clair soutien à l'UE dans six entretiens²⁷⁸ contre deux²⁷⁹ qui présentaient un ton plus ouvertement critique. Ensuite, comme nous l'avons déjà évoqué, le secteur de l'e-santé en Autriche repose sur un entrepreneur de politique publique spécifique, qui occupe une position particulièrement importante au Ministère et est très investi au niveau européen (voir Chapitre3). Il nous a ainsi semblé intéressant d'analyser plus en profondeur les perceptions de l'Union européenne de cet acteur en particulier. La caractéristique principale de son positionnement est avant tout son ambivalence, c'est ainsi le seul de nos enquêtés dont l'entretien a été codé au sein des trois catégories d'analyse citées ci-dessus : éloignement de l'UE, soutien à l'UE et ton critique vis-à-vis de l'UE. Ainsi il souhaite voir le niveau européen se développer tout en étant sceptique vis-à-vis de ses effets, juge l'UE peu importante mais utile, tout en admettant qu'une déconnexion entre niveau européen et politiques nationales serait problématique.²⁸⁰ Le Ministère serait pas ailleurs selon lui très pro-européen.

‘We had an interest in, whatever we do on the European level is not contradicting what we do in our member states. Because once again **the European Commission, the European level is not responsible for implementing**, so you

²⁷⁶ ‘—OK. Donc vous pensez qu'elle [l'UE] pourrait être un acteur important si elle avait une stratégie différente ?

—Si elle avait une stratégie utilisable.’ (Traduction par l'auteure)

²⁷⁷ ‘Je ne pense pas qu'il y ait des prescriptions médicales en dehors de l'Autriche qui soient délivrées ici cela n'arrive pas. Bien qu'en théorie, mais vous savez c'est théorique.’ (Traduction par l'auteure)

²⁷⁸ Entretien, principal rédacteur de l'initiative e-santé en Autriche, 20.02.2017 ; Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017 ; Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 09.03.2017 ; Entretien, fonctionnaire e-santé, 20.02.2017 ; Entretien, principal rédacteur de l'initiative e-santé en Autriche, 20.02.2017 ; Entretien, employé de ELGA GmbH, 19.02.2020

²⁷⁹ Entretien, représentant des pharmaciens, 14.03.2017 ; Entretien, membre de la Chambre médicale autrichienne, 16.03.2017

²⁸⁰ Voir également l'Encadré 1 à propos de l'ambivalence des réponses de cet enquêté.

know, all good advice coming from Europe should not be contradicting what we do on the subsidiary level in the member states'²⁸¹

'In general the European Union is not a very important actor in health policies you know, on all the health issues. But still, once again you know we are not alone you know, so we, **it's always good to cooperate, it's always good to exchange, it's always good to benchmark, it's always good to compare, it's always good to take up, good ideas and solutions** because you don't have to invent everything, everything everything by new.'²⁸²

'Oh, we have, this Ministry, is very pro-European. We work on several, not only eHealth but on other initiatives very closely with member states and the European institutions. So, hum, we we are very pro-active you know it's not only eHealth it's HTA [Health Technology Assessment] or public health initiatives, I don't know, vaccinations, procurements, and so on and so on, we don't have an anti- European reflex. But, this might be that, the reason, because our leadership here is you know, is very pro-European.'²⁸³

(Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017)

Chez les acteurs autrichiens de l'e-santé, on observe donc un rapport assez ambivalent à l'UE, partagé entre le soutien et le ton critique. De manière générale, celle-ci est perçue comme un acteur plutôt lointain, qui impacte peu le travail quotidien des acteurs. L'idée de 'défense' d'un modèle autrichien, si elle est présente, semble en revanche beaucoup moins marquée que dans le cas français. Dans ce cadre, la relation à l'UE peut sans doute être considérée comme un peu plus positive qu'en France, malgré le scepticisme de certains acteurs sur les débouchés possibles des actions européennes.

Au contraire de la France et de l'Autriche, l'Union européenne est généralement perçue en Irlande comme importante et directement associée à des effets bénéfiques. Si quelques acteurs nuancent ce propos en rappelant qu'elle ne dispose pas de compétences dans le domaine de la santé, le ton employé à l'égard de cette institution est généralement peu critique. Les rares fois où un jugement quelque peu 'négatif' est exprimé, les enquêtés prennent souvent des

²⁸¹ 'Nous avons un intérêt dans, quoi qu'il se passe au niveau européen n'entre pas en contradiction avec ce que l'on fait dans nos États membres. Parce que encore une fois, la Commission européenne, le niveau européen n'est pas responsable de la mise en œuvre, donc vous savez, tout bon conseil de l'Europe ne devrait pas être en contradiction avec ce que l'on fait au niveau subsidiaire dans les États membres.' (Traduction par l'auteure)

²⁸² 'En général l'Union européenne n'est pas un acteur très important dans les politiques de santé vous savez, sur toutes les problématiques de santé. Néanmoins, je le répète nous ne sommes pas seuls, donc nous, c'est toujours bien de coopérer, c'est toujours bien d'échanger, c'est toujours bien de *benchmarker*, c'est toujours bien de comparer, c'est toujours bien de prendre, des bonnes idées et solutions parce que vous n'avez pas à tout inventer, tout inventer de nouveau' (Traduction par l'auteure)

²⁸³ 'Oh nous avons, ce Ministère, est très pro-européen. Nous travaillons sur plusieurs, pas seulement l'e-santé mais sur d'autres initiatives en contact très étroit avec les États membres et les institutions européennes. Donc, nous nous sommes très pro-actifs vous savez ce n'est pas seulement l'e-santé c'est l'HTA [Health Technology Assessment, évaluation technologies de santé] ou les initiatives de santé publique, je ne sais pas, les vaccins, etc. etc. nous n'avons pas de réflexe anti-européen. Mais, c'est peut-être, la raison est peut-être parce que le leadership ici est, vous savez, très pro-européen.' (Traduction par l'auteure)

précautions particulières, vis-à-vis de leur anonymisation ou en nuancant directement leur propos (*'I don't want to get the wrong impression here [...], as Irish citizens we are very connected to the EU and very pro-EU'*²⁸⁴ Entretien, représentant professions médicales, 18.10.2017). La grande majorité du temps cependant, l'Union européenne est présentée comme un acteur contribuant positivement au développement des politiques d'e-santé en Irlande. Souvent, elle est perçue comme une plateforme d'apprentissage pour les acteurs de l'e-santé.

'[...] we feel as an opportunity we can **learn**, so, our involvement and engagement and participation is **valuable** at all times'²⁸⁵ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

'But it is very important that whatever we do and one of the reasons we're doing the CEF project it's **learning for us, it's a learning for us**'²⁸⁶ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

'[...] **you can learn an awful lot**, by being part of an initiative like that. Even if you're not actually contributing to the data sharing, **you can learn a lot** about what this experience is like and from other countries. **So if you're not in, you don't learn**. [...] So it's almost like an education piece, before we get our own, house in order.'²⁸⁷ (Entretien, représentant des patients, 05.12.2017)

'—And do you think it's important to be part of those kinds of initiatives?

—**You learn, you learn a lot. Hum, you can learn a lot**, Ireland is sort of behind a lot of people so we can learn from people [?]'²⁸⁸ (Entretien, Health and Information Quality Authority, 06.12.2017)

Au niveau du Department of Health, les acteurs en charge de l'e-santé semblent assez unanimement en faveur de l'Union européenne, et le laissent savoir aux acteurs avec qui ils collaborent.²⁸⁹ De manière générale, il semble il y avoir un consensus entre les acteurs qui voient l'Union européenne comme un institution politique pertinente des politiques d'e-santé.

²⁸⁴ 'Je ne veux pas donner une fausse impression ici [...], en tant que citoyens irlandais nous sommes très connectés à l'UE et très pro-UE' (Traduction par l'auteure)

²⁸⁵ 'Nous voyons cela comme une opportunité pour apprendre, donc, notre implication, notre investissement et notre participation ont toujours de la valeur' (Traduction par l'auteure)

²⁸⁶ 'Mais c'est très important que peu importe ce qu'on fait et l'une des raisons pour lesquelles nous faisons le projet CEF c'est pour apprendre, c'est une façon d'apprendre pour nous.' (Traduction par l'auteure)

²⁸⁷ ' [...] vous pouvez apprendre énormément, en faisant partie d'une initiative comme celle-ci. Même si vous ne participez pas réellement au transfert des données, vous pouvez apprendre beaucoup à propos de cette expérience et des autres pays. Donc si vous n'êtes pas dedans, vous n'apprenez pas. [...] Donc c'est presque comme un travail d'éducation, avant de remettre de l'ordre chez nous' (Traduction par l'auteure)

²⁸⁸ '—Et pensez-vous que c'est important de faire partie de ce genre d'initiatives ?

—Vous apprenez, vous apprenez beaucoup. Vous pouvez apprendre beaucoup, l'Irlande est en quelque sorte à la traîne donc nous pouvons apprendre des autres' (Traduction par l'auteure)

²⁸⁹ Entretien, Health Service Executive, 18.12.2017; Entretien, membre de eHealth Ireland, 30.11.2017; Entretien, Health Service Executive, 07.12.2017; Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017

On observe d’ailleurs que de nombreuses initiatives irlandaises de l’e-santé, telles que le projet Healthlink ou la stratégie d’e-santé du Southern Health Boards (voir Chapitre 4, p.151), mettent en valeur leur participation à des concours européens. On ne retrouve pas, comme en France ou en Autriche, une majorité de discours portant sur l’éloignement de l’Union européenne ou sur la nécessité de contrôler ses développements. La classification des discours en différentes catégories montre ainsi que la relation à l’Union européenne est, dans le domaine de l’e-santé, différente entre chaque État. Il semblerait ainsi qu’en Irlande cette relation soit plus propice aux usages, puisque les critiques vis-à-vis de l’UE sont peu visibles et que la plupart des acteurs s’accordent pour dire que l’UE est un acteur utile, sinon important. Ainsi, nous pouvons classer l’Irlande dans la catégorie de pays ayant la relation la plus propice aux usages de l’UE (1), par opposition à la France et l’Autriche (3).

Le tableau suivant résume le classement relatif des trois pays en fonction de l’indicateur utilisé (le n°1 désignant la relation la plus positive à l’UE et le n°3 la moins positive).

Tableau 28. La relation à l’Union européenne en France, en Autriche et en Irlande – résumé des différentes analyses

	Opinion publique (Eurobaromètre)	Elites (<i>worlds of compliance</i>)	Secteur de la santé (attachement au système national)	Secteur de l’e-santé (analyse qualitative)
Irlande	1	1	1	1
France	2	3	3	3
Autriche	3	1	2	3

Ce résumé des différentes analyses confirme le positionnement initial que nous avons attribué aux trois cas : alors qu’il semble exister en Irlande une notion relativement diffuse et partagée de l’importance de l’Union européenne, l’Autriche présente un cas plus contrasté en la matière. En France en revanche, il semble que l’idée de la pertinence de l’UE en tant qu’acteur des politiques nationales de santé ne soit pas largement diffusée.

Afin d’objectiver les effets de cette relation à l’UE sur les usages au niveau national, nous nous attacherons à identifier empiriquement les caractéristiques contrastées des usages de

légitimité réalisés en France, en Autriche et en Irlande. Nous nous intéresserons ainsi systématiquement à trois éléments : le nombre et les caractéristiques des destinataires des usages (s'agit-il d'une communauté large et diversifiée d'acteurs ou au contraire de certains individus ciblés ?), l'implication des personnels politiques (les usages sont-ils réalisés par/à destination de ce type d'individu ou plutôt au sein de sphères éloignées du politique ?) et la visibilité publique des usages (les usages sont-ils assumés comme tels dans l'espace public ?). Ces caractéristiques constituent autant de traces de la présence du mécanisme présenté en début de cette introduction, qui établit un lien entre relation à l'Union européenne, contexte et période de réalisation des usages.

Ainsi, nous montrerons que dans le cas de l'Irlande et de l'Autriche, les usages de légitimité de l'UE intervenus en phase de synthèse possèdent bien des caractéristiques qui laissent suggérer l'existence d'une 'relation positive à l'UE' : ils concernent une large communauté d'acteurs, impliquent directement le personnel politique et sont particulièrement visibles auprès du public, notamment du fait de leur présence dans le précipité de politique publique. À l'inverse, dans le cas français, le même type d'usage s'opère dans des environnements plus restreints, et somme toute relativement éloignés du politique. Ce sont alors les connaissances approfondies du milieu spécifique par les acteurs, ainsi que leurs connaissances interpersonnelles, qui permettent aux acteurs d'opérer des usages de l'UE vers un public ciblé. Nous montrerons également que ces différences ne sont pas sans conséquences sur la causalité que l'on peut attribuer à l'Union européenne dans la construction des politiques publiques. En effet, s'il est généralement possible de lier étroitement usage de l'UE et existence d'un précipité dans le cas des périodes de synthèse (européanisation de troisième ordre), il est souvent plus difficile de déterminer précisément les effets des usages de l'UE réalisés en période de flux.

I. Les cas irlandais et autrichiens : des usages de l'UE dans un contexte ouvert et politique

Dans les deux cas d'usages que nous allons présenter, l'UE a été utilisée en période de synthèse et joue un rôle direct dans l'existence et le contenu du précipité de politique publique. Comme nous le verrons, les usages durant cette période sont caractérisés par le fait qu'ils s'intègrent au sein d'un travail politique particulièrement visible (nombre de destinataires et présence de l'UE dans le précipité), et impliquent directement le personnel politique. Ces caractéristiques témoignent de la présence d'un mécanisme spécifique : une

relation à l’UE (relativement) favorable permet aux acteurs d’anticiper des conséquences positives à leurs usages, même lorsque leurs actions s’adressent à un public qui ne leur est pas particulièrement familier. En ce sens, l’existence d’une relation favorable à l’UE est une condition nécessaire à l’apparition d’usages en période de synthèse.

A) L’UE comme argument pour légitimer une initiative ministérielle : le cas autrichien

L’usage de légitimité que nous allons présenter ici est à relier au contexte présenté plus en détail dans la première partie du Chapitre 3 (p.123). L’e-santé est ainsi introduite en Autriche dans une situation particulière de réforme du système de santé rendue possible par l’arrivée au pouvoir d’une coalition ‘noire-bleue’ (ÖVP-FPÖ). Malgré son caractère paradigmatique, la réforme n’apparaît pas comme particulièrement propice au développement des politiques d’e-santé : ce domaine n’est pas inscrit dans le programme gouvernemental de la coalition, qui vise surtout à réorganiser le système de santé afin d’en limiter les coûts. Par ailleurs, la mise en œuvre d’un autre projet de santé électronique, qui pourtant reposait sur des technologies particulièrement éprouvées, a connu une mise en œuvre longue et difficile qui n’intervient qu’en 2005. Dans ce cadre, les références à l’UE semblent avoir été primordiales dans la mise sur agenda gouvernementale de l’e-santé en Autriche, qui se concrétise par l’introduction de l’e-santé dans la loi de réforme de 2005 (Chapitre 3), et donne ainsi une base légale au Ministère pour lancer ‘l’initiative e-santé’ (*eHealth initiative*), qui correspond à la première étape d’élaboration de la politique d’e-santé en Autriche.

‘(3) Dans ce contexte, les parties contractantes s’engagent en priorité à concevoir et à introduire le dossier médical électronique (ELGA) et la prescription et la facturation électroniques des médicaments (ePrescription). **Le gouvernement fédéral s’engage à mettre en place un groupe de pilotage à l’échelle de l’Autriche** pour planifier et approuver l’introduction du dossier médical électronique avec la participation de toutes les parties concernées. Les Länder s’engagent à participer à ce groupe de pilotage.’²⁹⁰

Si dans la loi, ce ‘groupe de pilotage’ est pensé essentiellement pour mettre en place le dossier médical électronique, c’est en réalité avec un objectif plus large que sera développée ‘l’initiative e-santé’, qui représente une étape de politique majeure au regard des acteurs autrichiens de l’e-santé :

‘—Yeah of course. And so do you feel that the eHealth initiative has been useful? Had an impact on later policies?’

²⁹⁰Article 7 de la Convention en vertu de l’article 15a B-VG sur l’organisation et le financement du système de soins de santé’ (*Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*), traduction par DeepL et l’auteur

–An impact for Austrian infrastructure, a real impact for the mindset, **I think it was really important** [...]’ (Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 15.03.2017)

‘Well it's interesting, the Ministry of Health started the initiative, because they definitely wanted to, my feeling is that they really wanted to have let's say an open initiative, to clear some main issues, and have that in writing, to use that as **a basic foundation for their activities**’ (Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 09.03.2017)

Au-delà du fait que cette initiative permet de formuler la première feuille de route d’e-santé autrichienne, on peut noter qu’elle est également l’occasion pour le Ministère de créer un élan et un consensus politiques autour de ce projet parmi les acteurs de l’e-santé. Ils sont en effet une centaine à participer aux travaux de la stratégie en 2006 sur un mode consultatif, et l’objectif est alors explicitement de rassembler autant d’acteurs que possible, en couvrant tous les domaines concernés par l’e-santé : industries, médecins, universitaires, experts en TIC de santé...

‘Mmh yeah. And so, I think it was a strategic very good idea by the Ministry of Health to say: how can we do an eHealth roadmap. How can we bring the experts together to write a roadmap? It was in my opinion a very great idea, they said we found, we set up the eHealth initiative, and invite all the experts from the **social security**, from the healthcare players like the **doctors**, like the **pharmacists**, like the social security institutions, like the **hospitals** yeah? the **accountants** as well, and also the **industry**. Mmh? And, and some other initiatives like **self-helping groups**, and like, and also, how do you say in English, the Chambers, **Chamber of doctors, Chamber of pharmacists, Chamber of the nurses...** yeah.’ (Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 15.03.2017)

‘[...] and eHealth initiative really did quite a good job in being very open, inviting everybody, and being really a very large uh, discussion harmonisation place. And it really cleared a lot of things, **it helped to... bring people on the same table** from the many stakeholders that we had.’ (Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 09.03.2017)

Le choix même du leader de l’initiative semble découler de cette volonté de créer des ponts entre les différentes disciplines et communautés :

–[Rires] Really? And so why were you assigned with this position of leader?
–That's a good question. I was working as a consultant for the Ministry of Health for many years for the Austrian [?] system. So I was involved in documentation strategies, and hum, why I was chosen as leader was, they were looking for **a person who has a scientific background**, and, is **accepted by the industry**. [...]And **other stakeholders like insurance companies** and so on.’ (Entretien, principal rédacteur de l’initiative e-santé en Autriche, 20.02.2017)

'He [the leader of the eHealth initiative]'s coming from statistics. Mathematics, statistics. He was working on a very high level in hospitals. So **he knows as well the healthcare process as the IT**. So that's the reason to choose him.' (Entretien, membre du comité 'eHealth initiative' 2005-2007, 15.03.2017)

Le travail politique autour de cette stratégie est donc particulièrement visible et ouvert, puisqu'il vise précisément à rassembler le plus grand nombre possible d'acteurs de l'e-santé afin de poser les bases d'un consensus pour le développement de ce secteur.

Or, dans le document final produit par l'initiative e-santé, les références au niveau européen sont très nombreuses. Ainsi, on trouve plus de vingt-cinq occurrences de mots s'apparentant à l'Union européenne (UE, Europe, européen, européenne...) ²⁹¹. Il est précisé à de nombreuses reprises que l'initiative e-santé est 'basée sur' le plan d'action e-santé de la Commission européenne et sur la stratégie européenne eEurope. Ainsi, l'articulation des différentes échelles de gouvernance est ici clairement exprimée : si les développements régionaux doivent s'insérer dans les développements nationaux, ces derniers sont au même titre 'orientés vers' les développements européens. La *soft law* européenne (pourtant particulièrement souple à cette période) semble avoir été 'durcie' par son passage au niveau domestique, puisque la mise en conformité au niveau national, notamment en ce qui concerne le développement d'une feuille de route pour l'e-santé, est exprimée comme une 'exigence' dans le texte.

'Les objectifs et les mesures **sont conformes aux objectifs** du plan d'action de l'UE en matière de santé en ligne et le présent document vise également à **répondre aux exigences** du "plan d'action en matière de santé en ligne" de la Commission européenne pour l'élaboration d'une feuille de route en matière de santé en ligne.' ²⁹²

'Le développement ultérieur des concepts par les régions ou les organisations individuelles devrait se fonder sur la stratégie nationale en matière de santé en ligne. **La stratégie autrichienne en matière de santé en ligne, quant à elle, est orientée vers les développements européens et les standards internationaux** et recommande conjointement une participation active à l'élaboration des standards internationaux' ²⁹³

'Avec ce rapport et la proposition d'une stratégie nationale en matière de santé en ligne, l'initiative "Santé en ligne" (EHI) souhaite donner l'impulsion nécessaire à

²⁹¹ Mots clés cherchés : EU et euro (Adobe trouve ensuite tous les dérivés du mot 'euro' en allemand). Les traductions des extraits ont ensuite été réalisées à l'aide de DeepL.

²⁹² Pfeiffer Karl P. (2007). *Recommendation for an Austrian e-Health Strategy: An information and communication strategy for a modern Austrian healthcare system* (*Empfehlung für eine österreichische e-Health Strategie Eine Informations- und Kommunikationsstrategie für ein modernes österreichisches Gesundheitswesen.*), p.12

²⁹³ Pfeiffer Karl P. (2007). *Recommendation for an Austrian e-Health Strategy: An information and communication strategy for a modern Austrian healthcare system*, p.10

l'expansion de la santé en ligne en Autriche. **La stratégie est basée sur les recommandations du plan d'action 2004 de l'UE en matière de santé en ligne.** Le point de départ est l'état actuel de l'utilisation des TIC dans le secteur de la santé en Autriche.'²⁹⁴

'La stratégie autrichienne en matière de santé électronique **est basée sur le développement européen de la santé électronique** et en fait partie.'²⁹⁵

Comme nous pouvons l'observer, l'alignement des politiques nationales sur les politiques européennes d'e-santé est présenté comme pertinent, ce qui suggère implicitement que l'UE est un acteur légitime des politiques d'e-santé autrichiennes. Ce type de référence renvoie donc à un usage de l'UE reposant sur une logique de légitimité. La suite de l'enquête nous a permis d'en apprendre plus sur cet usage, qui semble avoir été majeur dans la structuration du courant politique ayant mené à la clôture de la synthèse de la première phase d'élaboration. Ainsi, les entretiens menés avec plusieurs membres de l'initiative e-santé nous ont appris que la Commission européenne aurait été à l'époque présentée comme un moteur politique central de l'action menée par le Ministère Fédéral de la Santé :

'[...] there have been reforms in the healthcare area, towards more integrated care, and as part of that it was recognised, that there needs to be an IT infrastructure, to enable the flow of information across healthcare providers in Austria, and this has been, conceptualised in the 1990's and even earlier, and in 2004 I think, **there has been a call from the European Union, to come up with national eHealth strategies** as far as I understand, **there was a deadline** where each member states should uh, deliver a national strategy and I think that was about that time, when, 2004 when that deadline was somehow pending. And our feeling was that **the Ministry of health, in response to that deadline**, and also, along the national initiatives towards eHealth, somehow **took that opportunity to call in this initiative** and that was, I think the history of that.'²⁹⁶ (Entretien, membre du comité 'eHealth initiative' 2005-2007, 09.03.2017)

'– OK. And so who was the main **initiator** of the eHealth initiative in 2005?
–And... To be honest? **I think it's the European Commission.** Because the European Commission said every country, has to have a eHealth roadmap by the

²⁹⁴ Pfeiffer Karl P. (2007). *Recommendation for an Austrian e-Health Strategy: An information and communication strategy for a modern Austrian healthcare system*, p.39

²⁹⁵ Pfeiffer Karl P. (2007). *Recommendation for an Austrian e-Health Strategy: An information and communication strategy for a modern Austrian healthcare system*, p.14

²⁹⁶ '[...] Il y a eu des réformes dans le secteur de la santé, pour aller vers des soins plus intégrés, et dans ce cadre il a été reconnu qu'il y avait un besoin d'avoir une infrastructure de Technologies de l'Information et de la Communication, pour permettre le flux d'information entre les fournisseurs de santé en Autriche, et cela a été, conceptualisé dans les années 1990 et même plus tôt, et en 2004 je pense, il y a eu un appel de l'Union européenne, à préparer des stratégies nationales d'e-santé d'après ce que j'ai compris, il y avait une date butoir à laquelle chaque État membre devait, produire une stratégie nationale et je pense que c'était à peu près à cette époque, quand, en 2004 que cette date butoir arrivait. Et notre sentiment à tous était que le Ministère de la Santé, en réponse à cette date butoir, et aussi, en relation avec les initiatives nationales dans le domaine de l'e-santé, a en quelque sorte utilisé cette opportunité pour lancer cette initiative, et c'était je crois, toute l'histoire' (Traduction par l'auteure)

end of... 2005 I think?'²⁹⁷ (Entretien, membre du comité 'eHealth initiative' 2005-2007, 15.03.2017)

‘– OK, hum... And yes it is said that the eHealth initiative report is supposed to serve as a roadmap for eHealth, as is it required by the 2004 European eHealth action plan, hum, I mean... Were you aware of this requirement, or who thought it was important to comply with this requirement?

–I think we tried to comply with this requirement at this time.

–OK, so it was the Ministry of Health who tried to comply with this?

–Yeah, yeah. **That was one of the, hum, conditions to, to be, to agree, to have a strategy which is in agreement with the European I wouldn't say “strategy” because, it would be too much.**²⁹⁸ (Entretien, principal rédacteur de 'l'initiative e-santé' en Autriche, 20.02.2017)

Si le principal entrepreneur de politique publique de l'époque s'est montré peu disert vis-à-vis du rôle de l'Union européenne dans les politiques d'e-santé (voir Encadré p.131), le rédacteur de l'initiative e-santé, qui agit alors comme l'intermédiaire entre le Ministère et les participants à l'initiative, indique que les références à l'Union européenne auraient été utiles pour asseoir la légitimité de l'action menée par le Ministère :

‘–**Yes it was useful at this time because we, we could say that we wouldn't... invent eHealth strategy, we had to say that is a European interest.**

[...]

–And to whom was it important to say that?

–I would say for all the stakeholders, and **especially it is a challenge for the Ministry of Health to implement eHealth, and it should fit in the European program, in the European surrounding.**’ (Entretien, principal rédacteur de 'l'initiative e-santé' en Autriche, 20.02.2017)

La rédaction de l'initiative se serait par ailleurs réalisée en contact étroit avec l'Union européenne :

‘Hum, when I was, at this time when I was writing the strategy, hum **I was in a very close contact to many people from the EU**, to get information, on what they are doing, but now on my recent position, I'm not going so often to Brussels.’ (Entretien, principal rédacteur de 'l'initiative e-santé' en Autriche, 20.02.2017)

²⁹⁷ ‘–OK. Et qui était le principal initiateur de l'initiative e-santé en 2005 ?

–Et... Pour être honnête ? Je pense que c'est la Commission européenne. Parce que la Commission européenne a dit, chaque pays doit avoir une feuille de route pour l'e-santé pour la fin de l'année... 2005 je crois ?’ (Traduction par l'auteure)

²⁹⁸ ‘–OK... Et oui il est dit que l'initiative e-santé est censée servir de feuille de route pour l'e-santé, comme cela est demandé dans le plan d'action européen de l'e-santé de 2004... Étiez-vous au courant de cette demande, ou, qui pensait que c'était important de répondre à cette demande ?

–Je pense qu'on a essayé de répondre à cette demande à cette époque.

–OK, donc c'était le Ministre de la Santé qui essayait de répondre à cette demande ?

–Oui, oui. C'était l'une des, conditions, d'être, d'être en accord, d'avoir une stratégie en accord avec je ne dirais pas la « stratégie » européenne parce que, ça serait trop.’ (Traduction par l'auteure)

L’Union européenne aurait ainsi joué un rôle crucial dans le courant de la politique lors de la synthèse ayant mené à la production du document de l’initiative e-santé.

L’existence d’une ‘relation positive à l’Union européenne’, au sens où elle renvoie à une notion diffuse et partagée de l’importance de l’UE dans un secteur, semble être un pré requis indispensable afin d’expliquer le type d’usage que nous venons de présenter. En effet, ces usages sont réalisés par le Ministère lui-même, qui pourtant dispose d’une légitimité ‘naturelle’ forte à agir dans ce domaine, notamment parce qu’il est dirigé par un personnel politique élu. L’usage de l’UE par un tel acteur indique ainsi que l’UE dispose d’une légitimité comparable à celle du Ministère. Ensuite, nous avons pu observer que ces usages de l’UE ont été précisément réalisés dans un contexte visant à rassembler plusieurs acteurs issus de différentes communautés. Ces usages se sont donc intégrés dans un environnement ouvert, dans lequel il était supposé que la plupart des acteurs accueilleraient favorablement ces références à l’Union européenne. Lorsque les usages de l’UE s’opèrent en période de synthèse, c’est-à-dire lorsqu’ils jouent un rôle dans la jonction des trois courants, la manière dont l’UE impacte l’avancement de la politique publique devient généralement particulièrement visible : dans le cas présenté ici, l’UE est en effet considérée par les acteurs comme le principal moteur politique de l’initiative e-santé.

Si l’enquête de terrain nous a permis de confirmer l’existence d’un usage de légitimité de l’UE en phase de synthèse dans le courant politique, le document de l’initiative e-santé évoque la possibilité de l’existence d’usages supplémentaires de l’UE dans formulation des politiques d’e-santé. Il semble ainsi exister un lien entre l’Union européenne est le choix de s’appuyer sur des standards internationaux (voir Annexe 5 à ce sujet). Par ailleurs, on retrouve aussi dans ce document ce qui pourrait correspondre à une prémisse d’usage de priorisation de ressources dans lequel l’UE est mobilisée comme un argument pour justifier de la distribution de ressources supplémentaires.²⁹⁹ Cependant, nous n’avons pas pu trouver de trace de ce type d’usage dans les entretiens, leur existence concrète et leur importance réelle demeure donc difficile à évaluer.

Les usages de l’UE réalisés dans le cas autrichien, tels qu’ils se manifestent lors de la première phase d’élaboration des politiques d’e-santé, semblent ainsi valider l’existence d’un

²⁹⁹ ‘Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie en matière de santé en ligne, il est essentiel d’accompagner la recherche scientifique. Pour que l’Autriche puisse contribuer à façonner les développements européens et internationaux en cours, une recherche fondamentale correspondante dans le domaine de l’informatique médicale est également nécessaire.’ Pfeiffer Karl P. (2007). *Recommendation for an Austrian e-Health Strategy: An information and communication strategy for a modern Austrian healthcare system*, p.20

lien entre une ‘relation relativement positive à l’UE’ et usages de l’UE en période de synthèse.

B) L’UE comme élément réactif : le cas irlandais

Le cas de l’Irlande semble également confirmer ce mécanisme. En effet, comme nous l’avons vu dans le Chapitre 4, l’UE avait joué un rôle particulier dans la temporalité de la première phase d’élaboration des politiques d’e-santé irlandaises, et avait été utilisée par le Ministre de la Santé Micheál Martin afin de relancer le travail politique autour de cette formulation. La Présidence irlandaise du Conseil de l’Union européenne lui avait ainsi permis de surmonter les difficultés rencontrées dans le domaine de l’e-santé. L’usage de l’UE impliquait alors directement le Ministre, qui dispose pourtant d’une légitimité importante en tant que personnel politique élu, et visait un ensemble d’acteurs à l’intérieur du Ministère et du Health Service Executive. Sans une notion implicite et partagée de l’importance de l’UE dans ce domaine, ce type d’usage est peu probable.

Un cas similaire peut être observé en 2013, date à laquelle l’e-santé connaît une mise sur agenda secondaire en Irlande après une longue période de creux. Alors que différentes stratégies d’e-santé sont publiées en 2004 à l’occasion de la Présidence irlandaise du Conseil de l’Union européenne (Chapitre 4), la réalisation de ces stratégies se révèle au mieux très partielle. Plusieurs facteurs successifs peuvent expliquer ce phénomène. Dans un premier temps, la refonte du système de santé irlandais en un seul Health Service Executive (HSE) provoque des problèmes de gouvernance dans le domaine de l’e-santé. Après 2005, il devient ainsi difficile d’identifier les personnes en charge de l’e-santé au sein du nouveau HSE. Les anciens directeurs des Technologies de l’Information et de la Communication des Health Boards, au nombre de neuf, continuent d’occuper leur poste tandis que leurs missions sont transformées :

‘I was one of these ICT Directors and held the title of Director of Information Systems at the HSE, along with a number of others who held the same title. **It was confusing and the result of a poorly arranged re-organisation** that resulted from political decisions at a National level, and is still resulting in less than ideal outcomes in Irish health services organisation and delivery even today.’³⁰⁰ (Correspondance écrite, principal rédacteur de Embedding the e in health, Novembre 2017)

³⁰⁰ ‘J’étais l’un des ces Directeurs des TIC et j’occupais la position de Directeur des Systèmes d’Information au HSE, en plus d’une ou deux autres personnes qui occupaient la même position. Cela prêtait à confusion et était le résultat d’une réorganisation mal préparée qui résultait de décisions politiques au niveau National, et cela résulte

'But a lot of the reasons why there was **poor investment in eHealth was that in 2004 there was a big reorganisaton of the health system**, and they set up what is now known as the Health Service Executive and the IT element of that, meant the the IT was in each individual Health Boards before they set up the HSE [...]'³⁰¹ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

En plus des problématiques liées à la gouvernance, la réorganisation du système tend à diminuer la priorité donnée à l'e-santé, comme ce fut le cas lors de la préparation de la réforme et de la rédaction des stratégies d'e-santé entre 2001 et 2004.

'– OK. And so what do you know about the effects of “Emebdding the 'e' in health”, do you know if the recommendations were followed or not?
–Hum, they..., I was... I'd say they weren't uh, implemented as well as they might I've been. **What happened was the, in 2004 the HSE was established**, so the Health Boards Executive was dissolved, the organisation leading on the project, and there were other priorities **so, I believe it's, it slipped behind** hum you know during that transition period.' (Entretien, acteur de l'e-santé au sein du Health Service Executive, 18.12.2017)

Du côté du Department of Health, un accès au Business Plan de 2006 et 2007 montre que la gestion des sujets liés au TIC est dispersée en plusieurs départements. Cette gouvernance éclatée n'empêche pas les projets d'e-santé de se multiplier, sans qu'on puisse nécessairement y lire une vision d'ensemble cohérente et articulée. Ainsi, en 2006, on peut observer que 65 millions d'euros par an sont alloués au développement de ces projets.

'**Yeah like we had more pilots than Ryan Air [Laughs]**, no really, and all of them were like really really good, but only in that one location, and when you go to try and make anything you know more widely deployed everybody says how are we gonna pay for it how are gonna fund it, whatever.' (Entretien, manager de projets européens dans l'information et les télécommunications au Health Service Executive et au Southern Health Board, 04.12.2017)

Ensuite, le scandale autour du programme PPARS ('*Personnel, Payroll and Related Systems*'), stoppé avant sa mise en œuvre complète en 2005, a profondément marqué le paysage de l'e-santé en Irlande, bien que ce programme puisse difficilement être catégorisé comme dispositif d'e-santé à proprement parler.

toujours dans des conséquences loin d'être idéales dans l'organisation et la prestation des services de santé irlandais, même aujourd'hui' (Traduction par l'auteur)

³⁰¹ 'Mais une grande partie des raisons qui expliquent le niveau faible de l'investissement dans l'e-santé est que en 2004 il y a eu une grande réorganisation du système de santé, et ils ont créé ce qui est maintenant connu comme le Health Service Executive et l'élément des technologies de l'information dans tout ça, était que les technologies de l'information qui étaient dans chacun des Health Boards individuels avant la création du HSE [...]' (Traduction par l'auteur)

'Yes, PPARS, PPARS [il épelle]. **There was a big scandal about that, and that kind of set everything back.** Then nobody wanted to take on national systems. So we had to wait ten years for people strong enough to go again with the national implementation.'³⁰² (Entretien, représentant professions médicales, 18.10.2017)

'[...] and during that time they tried to set up what was called a shared pay-roll system, you probably know about that, PPARS yes? You know everything [Laughs]. So **PPARS was a debacle**, it wasn't an IT debacle, it was really a business, a very poor business alignment, and when they were doing it at the high of the economic boom, there was no question of sanctioning or, so what they could have done was to pay money, to get everyone on this system but they, it all went very wrong, so moral and IT was very poor and there was no structures.'³⁰³ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

L'objectif de PPARS était de centraliser dans un seul système la gestion des ressources humaines des Health Boards puis du HSE, soit environ cent-mille personnes. Au-delà d'une question purement informatique, cet outil était censé transformer le mode de gestion des ressources humaines au sein du HSE. Si les débuts de ce projet remontent à 1995, le HSE décide de suspendre sa mise en œuvre en Octobre 2005. En effet, le système s'avère bien plus coûteux que prévu et présente d'importants défauts de fonctionnement. Le retard dans l'exécution de ce projet découle également de la non-anticipation de nombreux éléments, comme par exemple l'étendue de la diversité des pratiques de management et de rémunération des personnels au travers des différents Health Boards, qui est révélée au cours de la mise en œuvre du projet. Cet échec a largement été repris par la presse, et est communément présenté comme l'exemple type du 'fiasco' que peut provoquer l'introduction des technologies informatiques au sein des structures gouvernementales. Si l'échec du projet PPARS n'a pas freiné tout type d'investissement dans le domaine de l'e-santé, il contribue sans doute à faire naître une certaine frilosité de la part du politique vis-à-vis de ce secteur. À ces nombreuses difficultés s'ajoute la crise financière de 2008, qui frappe l'Irlande de plein fouet : le pays voit son PIB diminuer de 20% entre 2008 et 2011.³⁰⁴ La réponse par des mesures d'austérité

³⁰² 'Oui, PPARS, PPARS [il épelle]. Il y a eu un gros scandale à ce propos, et cela a un peu tout retardé. Après cela, plus personne ne voulait mettre en place des systèmes nationaux. Donc nous avons dû attendre dix ans des personnes assez solides pour se remettre à la mise en œuvre à un niveau national' (Traduction par l'auteure)

³⁰³ '[...] et pendant cette période ils ont essayé de mettre en place ce qui était appelé un système de paye partagé, vous en avez probablement entendu parler, le PPARS ? Vous savez tout [Rires]. Donc PPARS a été une débâcle, ce n'était pas une débâcle des technologies de l'information et de la communication, c'était vraiment une mauvaise harmonisation des activités, et quand ils le faisaient au sommet du boom économique, il n'était pas question de sanctions ou, donc ce qu'ils auraient pu faire aurait été de donner de l'argent, pour avoir tout le monde dans ce système mais ils, tout cela s'est très mal passé, donc le moral et les technologies de la communication étaient au plus bas et il n'y avait pas de structures' (Traduction par l'auteure)

³⁰⁴ Les informations de cette section relatives à la crise financière sont directement tirées de Thomson, Sarah, Matthew Jowett and Philipa Mladovsky (2012). *Health system responses to financial pressures in Ireland*. Report from the European Observatory of Health Systems and Policies (WHO).

conduit à exercer une forte pression sur le système de santé irlandais, qui connaît une série de coupes budgétaires. Ainsi, les dépenses publiques en santé se stabilisent en 2009 avant de diminuer en 2010 et 2011. Ces réductions de dépense ont principalement été atteintes grâce à 'une baisse des salaires des fonctionnaires, une augmentation de la productivité (*efficiency*) et une augmentation de la part privée des dépenses de santé'³⁰⁵. Ce contexte est alors peu propice aux investissements dans l'e-santé, déjà considérés comme relativement faibles à l'époque :

'I suppose the good thing was, if we did not have a big investment in IT, so, there was nothing to cut. So in some ways that was the good thing.'³⁰⁶ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

Quelques années après la publication des premières stratégies d'e-santé irlandaises, ce secteur paraît donc particulièrement affaibli, et le besoin de réinvestir ce sujet par le politique et de relancer un nouveau 'cycle' de la politique publique se fait sentir.

'And one of the things when I came in [2011] **I noticed there was no plan, no plan of action, so and there was no structure in the HSE**, like there was [?] a senior level in the HSE, in charge of hum eHealth or IT. [...]. And there wasn't very much appreciation of IT, because of the PPARS, **nobody wanted to do anything**.'³⁰⁷ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

La crise économique, initialement peu propice à l'investissement dans l'e-santé, est alors utilisée comme une opportunité par le fonctionnaire en charge de l'e-santé au sein du Department of Health, qui peut donc être considéré comme le principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé durant cette période (voir Encadré ci-dessous).

³⁰⁵ Thomson, Sarah, Matthew Jowett and Philipa Mladovsky (2012). *Health system responses to financial pressures in Ireland*. Report from the European Observatory of Health Systems and Policies (WHO), p.83

³⁰⁶ 'J'imagine que le côté positif était, puisque nous n'avions pas un gros investissement dans les technologies de la communication, il n'y avait rien à retirer. Donc d'une certaine façon c'était le côté positif' (Traduction par l'auteure)

³⁰⁷ 'Et l'une des choses quand je suis arrivé [en 2011] j'ai remarqué qu'il n'y avait pas de plan, pas de plan d'action, et il n'y avait pas de structure au HSE, il n'y avait pas d'encadrement de l'e-santé ou des technologies de l'information au niveau supérieur du HSE' (Traduction de l'auteure)

Encadré 3. Repérage du principal entrepreneur des politiques publiques d'e-santé en Irlande en 2013

En plus de son positionnement qui lui permet d'agir directement sur les politiques d'e-santé, et de son témoignage qui relate les nombreuses actions qu'il a entreprises dans ce secteur, plusieurs autres acteurs de l'e-santé en Irlande ont confirmé lors des entretiens le rôle central d'Adam Murphy dans les politiques d'e-santé irlandaises.

'So Adam Murhpy in fact the person at the Department of Health was very much uh, behind all of that. Adam really drove all of that. [...] From a policy point of view I would say Adam certainly is the leader on policy.' (Entretien, association médicale, 18.12.2017)

'[...] and Adam in particular would have been very much involved in the eHealth, strategy documentation, and the work that was done a couple years ago.' (Entretien, Health Service Executive, 07.12.2017)

Plusieurs le perçoivent par ailleurs comme un acteur connecté avec les initiatives européennes :

'I mean, hosting eHealth week was a deliberate action between Adam and others, to try to create a momentum.' (Entretien, association médicale, 18.12.2017)

'We were sort of being made aware at the time, that there was initiatives, the Department [?] you know Adam was going to Europe, there were initiatives there, there was a question whether the EU would buy SNOMED, hum for there was these, actual plans. So he would have bring in some of that information to us to help inform the decision, at that time I remember this because he was going back and forwards to Europe and he was aware that, there was a potential initiative to buy SNOMED at the European level.' (Entretien, Health and Information Quality Authority, 06.12.2017)

Cet entrepreneur décide ainsi d'utiliser le plan de sauvetage ('*bail-out*') proposé par la Commission européenne, la Banque Centrale Européenne et le Fonds Monétaire International comme une opportunité afin de remettre l'e-santé sur l'agenda gouvernemental. Ce plan de sauvetage de 85 milliards d'euros est accepté par l'Irlande en Novembre 2010 et couvre la période 2010-2013.

*'Now what we've done was, in 2013 the economy began to improve but the Troïka made a number of suggestions across every government Departments and in my discussions with them, they were asking me what do we need to do, so uh, so I said what we needed was an eHealth strategy, we need to have a Health Identifier, and we need to put in proper structures into the HSE. So they made, the Troïka made the development of an eHealth strategy and the drafting of a health identifier bill as a pre-requisite, to Ireland leaving the bailout.'*³⁰⁸

'So we used a lot of the EU agenda to force the domestic agenda. I mean there was things that probably, you can say but [?], in order for me to get the agenda moved on in here, I used the uh Troïka as an excuse and kind of got the

³⁰⁸ 'Donc ce qu'on a fait c'était, en 2013 l'état de l'économie commençait à s'améliorer mais la Troïka a fait un nombre de suggestions pour tous les Ministères et dans mes échanges avec eux, ils me demandaient qu'est-ce qu'il y a besoin de faire, donc, donc j'ai dit que ce dont nous avions besoin était une stratégie d'e-santé, nous avons besoin d'avoir un identifiant de santé, et nous avons besoin de mettre en place des structures appropriées au sein du HSE. Donc ils ont fait, la Troïka a fait du développement d'une stratégie d'e-santé et de la préparation d'un projet de loi sur les identifiants de santé des prérequis, pour que l'Irlande puisse sortir du bail-out'. (Traduction par l'auteure)

Troika to kind of come to similar conclusions I did, but it was a good example of using an outside influence, I mean in a country this size, in some ways, you know **if you want to change domestic policy and particularly if there is resistance to change you need to say that you're a big cause in Europe and saying you have to do it**, so I, kind of you know I would have encouraged that kind of dialogue saying look, **the guys in Bruxelles are saying we have to do it so we have to do it**. Because there was no great desire, there was no understanding about eHealth, I'm not sure that's improved but there isn't, there was no [?] not great understanding of the opportunity that eHealth offered.'³⁰⁹ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

Ce dernier extrait est intéressant à double titre. Tout d'abord, il témoigne explicitement de la dimension stratégique de l'usage de l'UE.³¹⁰ Ensuite, l'extrait souligné montre que cet acteur suppose que la référence à l'Union européenne est, en général, un argument bien réceptionné par les acteurs. Il s'appuie donc sur un proxy pour prédire les conséquences de ses usages de l'UE, ce qui lui permet de réaliser ces usages directement auprès du personnel politique.

Si nous n'avons pas pu avoir accès aux documents officiels (et par ailleurs confidentiels) résumant les engagements du gouvernement en matière d'e-santé envers la Commission européenne, la Banque Centrale européenne et le FMI,³¹¹ il semble que le rôle de la Troika dans la mise à l'agenda secondaire de l'e-santé en Irlande soit de notoriété publique. En effet,

³⁰⁹ 'Donc nous avons beaucoup utilisé l'agenda européen pour forcer l'agenda national. Je veux dire il y a des choses que probablement vous pouvez dire mais [?], pour faire avancer l'agenda ici, j'ai utilisé la Troika comme une excuse et j'ai en quelque sorte amené la Troika à arriver aux mêmes conclusions que moi, mais c'était un bon exemple d'usage d'une influence externe, je veux dire dans un pays de cette taille, d'une certaine manière, si vous voulez changer les politiques nationales et en particulier s'il y a des résistances au changement, vous avez besoin de dire que vous représentez une grande cause en Europe et de dire il faut le faire, donc j'ai, en quelque sorte vous soyez j'ai encouragé ce genre de dialogue en disant regardez, les gens de Bruxelles disent que nous devons le faire alors nous devons le faire. Parce qu'il n'y avait pas de grande volonté, il n'y avait pas de compréhension de l'e-santé, je ne suis pas sûr que ce soit beaucoup amélioré mais il n'y a pas, il n'y a pas de [?] grande compréhension de l'opportunité offerte par l'e-santé' (Traduction par l'auteure)

³¹⁰ Cet usage de l'UE est par ailleurs confirmé par un autre acteur au sein du Department of Health, qui souligne au passage l'importance du potentiel économique de l'e-santé dans cette mise sur agenda secondaire :

'Adam Murphy who works with me, he was the head of eHealth and ICT, he submitted eHealth and the use of technology in healthcare, as a key mechanism to ensure greater efficiency and productivity and greater effectiveness in services, hum, the Troika, supported that very strongly, this is stuff people don't really know actually that the Troika, and then the Troika started to put pressure on the Irish government to develop their thinking on eHealth. And Adam, who had kind of initiated this, used the opportunity to develop a comprehensive eHealth strategy, and framed it not just as efficiency, that was what the Troika liked about this, but it also corresponded very closely to what we wanted as a model of care, integrated, person-centered, and of course the world is changing so fast and people are becoming more and more comfortable with smartphones and technology and their expectations I think around this impacted on health services.' (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

³¹¹ Le thème de la santé n'apparaît pas dans les différents Memorandum of Understanding. Cependant, on trouve une référence à l'e-santé dans le document publié par les services de la Commission européenne en 2013 visant à résumer les ajustements économiques opérés en Irlande dans le cadre du programme d'austérité, voir : European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *Economic Adjustment Programme for Ireland*, Autumn 2013 Review, p.35-36

une recherche par mots-clés (Troika/eHealth) dans les débats du Parlement Irlandais permet d'observer plusieurs occurrences où cet engagement est mentionné :

Débats du Dáil Éireann³¹² – Jeudi 18 juillet 2013³¹³

Question : Deputy Caoimhghín Ó Caoláin asked the Minister for Health if he will respond to the **troika's observations on the delay in introducing eHealth technologies** here, if he will provide an update on developments regarding same; the potential savings expected to be realized from same; and if he will make a statement on the matter.

Débats du Dáil Éireann – Jeudi 14 Novembre 2013³¹⁴

Question : Deputy Denis Naughten asked the Minister for Health the progress which has been made by its Department over the past three years in advancing health initiatives, in particular the timeline for the introduction of unique patient identification numbers and prescribing, **as recommended by the troika**, and if he will make a statement on the matter.

L'idée d'une pression européenne semble donc être acceptée par une communauté relativement large d'acteurs des politiques publiques, même si elle peut parfois faire l'objet de critiques.³¹⁵ De nouveau, la visibilité de cet usage de l'UE suggère que les acteurs qui le réalisent supposaient que celui-ci serait réceptionné positivement, et c'est ici que l'existence d'une notion diffuse de la 'relation à l'UE' prend toute son importance.

En l'absence de documents plus précis sur les demandes de la Troïka, il est difficile de savoir comment celle-ci a plus précisément influencé le contenu des réformes à ce moment-là. En tout état de cause, il semble que le plan de sauvetage ait particulièrement accéléré l'adoption d'une loi sur les identifiants uniques de santé. Ces identifiants devaient en effet être traités au sein d'une loi plus générale sur l'information en santé, mais celle-ci ne semblait pas pouvoir être prête pour 2013, ce qui a conduit à l'extraction de la problématique des identifiants afin de passer une loi unique et d'être en conformité avec les demandes de la Commission, de la Banque centrale et du FMI.³¹⁶

³¹² Chambre basse de l'Oireachtas, Parlement irlandais.

³¹³ Disponible sur : <https://www.oireachtas.ie/en/debates/question/2013-07-18/700/?highlight%5B0%5D=ehealth#pq-answers-700>

³¹⁴ Disponible sur : <https://www.oireachtas.ie/en/debates/question/2013-11-14/196/?highlight%5B0%5D=troika>

³¹⁵ Un acteur du Department of Health nous indique ainsi : 'Some people might get offended and say there was external influence on our national thinking, we do not see it like that we, many things in Ireland have hum, benefited from external influence at the right time. And, the external influence, often uh can, help in hum... working above the maybe the political division at the national level.' (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

³¹⁶ Pour plus d'information, voir : Department of Health, 'Health Identifiers and Information', Disponible sur : <https://health.gov.ie/future-health/tackling-the-capacity-deficit/individual-health-identifiers/> [Site web archivé]

En plus du plan de sauvetage, un second élément européen aurait largement agi sur la temporalité de la politique publique d’e-santé irlandaise. En effet, ce n’est qu’en 2013 qu’est publiée une nouvelle stratégie intitulée ‘*eHealth strategy for Ireland*’. Au contraire de 2004, qui avait vu les documents stratégiques se multiplier par niveaux de gouvernement, on peut cette fois identifier une seule et unique initiative, coproduite par le Health Service Executive et le Department of Health. Ce document de quatre-vingt pages revient longuement sur les bénéfices attendus de l’e-santé et sur les différentes étapes à mettre en place afin d’atteindre une mise en œuvre optimale. Dans cette stratégie est proposée la création d’une nouvelle entité ‘eHealth Ireland’ afin de surmonter le ‘scepticisme’ du public vis-à-vis de la capacité du service public à engager des transformations numériques majeures.³¹⁷ L’importance donnée à l’image des pouvoirs publics confirme que les conditions politiques sont très différentes par rapport au début des années 2000, puisqu’on observe ici une difficulté à légitimer l’e-santé auprès du public.

Le fait que la stratégie soit adoptée en 2013 n’est pas le fruit du hasard, et les événements semblent suivre un schéma très similaire à ce que nous avons pu observer en 2004 (Chapitre 4). En effet, l’Irlande prend la Présidence tournante de l’UE au premier semestre de l’année 2013, organise la conférence européenne de l’e-santé (récemment renommée ‘semaine de l’e-santé’) à Dublin du 13 au 15 mai 2013, et publie une stratégie d’e-santé quelques mois plus tard, en décembre de la même année. La conférence européenne de l’e-santé est présentée comme un événement majeur pour la Présidence irlandaise en matière de santé. On compte ainsi parmi les participants le Ministre de la Santé James Reilly, ainsi que le Premier Ministre Enda Kenny qui y prononce un discours au sein duquel il mentionne les mérites du plan d’action e-santé de la Commission européenne publié en 2012.³¹⁸ Du côté de la Commission européenne, Neelie Kroes, Commissaire européenne à la société numérique et Dr. Tonion Borg, Commissaire à la DG Santé et Sécurité alimentaire sont également présents. La présence de personnalités occupant de hautes fonctions politiques est perçue comme un succès pour les organisateurs irlandais de la conférence e-santé (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017). De nouveau, on observe que les personnels politiques (jusqu’au premier Ministre) sont directement impliqués dans ce rapprochement entre niveau national et niveau européen de l’e-santé.

³¹⁷ Health Service Executive, Department of Health (2013). *eHealth strategy for Ireland*. p.51

³¹⁸ Discours du Premier Ministre Irlandais du 07.06.2013, “eHealth Action Plan should be vision for all of us”, Disponible sur : <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/irish-prime-minister-ehealth-action-plan-should-be-vision-all-us>

L'entrepreneur que nous avons pu identifier indique ainsi avoir saisi l'opportunité de la Présidence irlandaise pour promouvoir l'e-santé auprès du Ministre de la Santé, l'Union européenne ayant agi comme un double élément réactif :

'So in 2013 then we were told that we had to get involved in EU projects, and because the Presidency was coming up, so what I did was **I decided that the Presidency was a good opportunity to come up with a statement of IT.** Because, you know having looked around and talked to colleagues in Europe, we uh we had no plan, and most countries in Europe were way ahead of us. So what we done was, as a team at the Presidency, and the, **we had a Minister who was new here so we kind of said to him what we are doing for the Presidency is eHealth and we're going to link our domestic to our EU [...]**'³¹⁹

'[...] we had people from America over, we had the Senate President of the State of Massachusetts, and we had the Governor of Massachusetts, and then we had 3 Commissioners, we had the DG Santé, DG Connect and I can't remember DG something else, hum and so, very good conferences went on for a week and **during the conference, we got the Minister to announce that we would have an eHealth strategy, by the end of the year** and we'd also have, uh we would appoint a CIO [Chief Information Officer].'³²⁰ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

Si l'usage de l'UE implique à nouveau un personnel politique, nous pouvons également observer que la Présidence irlandaise sert à envoyer un signal plus large à la communauté d'acteurs de l'e-santé irlandaise. Ainsi, le lien temporel entre le travail sur la stratégie e-santé et la conférence européenne de l'e-santé est perçu par plusieurs acteurs.³²¹ Nous pouvons également observer que le lien entre la stratégie eHealth Ireland et la Présidence de 2013 (et les initiatives européennes dans ce domaine en général) est largement assumé, notamment sur le site du Department of Health :

'eHealth

In December 2013, we launched our eHealth strategy. eHealth effectively marries specification of patient data with technology as an enabler and, therefore, offers a

³¹⁹ 'Donc en 2013 à ce moment-là on nous a dit que nous devions nous impliquer dans des projets de l'UE, et parce que la Présidence arrivait, donc ce que j'ai fait c'est que j'ai décidé que la Présidence serait une bonne opportunité de réaliser une déclaration sur les technologies de l'information. Parce que, vous savez après avoir observé et parlé à des collègues en Europe, nous n'avions pas de plan, et la plupart des pays en Europe était loin devant nous. Donc ce que nous avons fait était de, en tant qu'équipe à la Présidence, et le, nous avions un Ministre qui était nouveau donc on lui en quelque sorte dit ce que nous allons faire pour la Présidence c'est l'e-santé et nous allons relier le national à l'UE [...]' (Traduction par l'auteur)

³²⁰ '[...] Des gens sont venus de l'Amérique, nous avons eu le Président du Sénat de l'État du Massachusetts, et nous avons eu le Gouverneur du Massachusetts, et ensuite nous avons eu trois Commissaires, nous avons eu la DG Santé, la DG Connect et je ne me rappelle plus la DG quelque chose d'autre, et donc, de très bonnes conférences se sont déroulées pendant une semaine et pendant la conférence, nous avons réussi à faire annoncer par le Ministre que nous allons avoir une stratégie d'e-santé, pour la fin de l'année et que nous aurions aussi, que nous nommerions un Chef de l'Information.' (Traduction par l'auteur)

³²¹ Entretien, Health Service Executive, 07.12.2017 ; Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017 ; Entretien, association médicale, 18.12.2017 ; Entretien, Health and Information Quality Authority (n°2), 06.12.2017

wider solution to support models of integrated care. Our approach will include building relationships with the ICT industry and academia and **working with our partners in Europe in line with the EU eHealth Action Plan 2012 – 2020**, to maximise the potential for innovation and improvement.

In May 2013, during the **Irish Presidency of the Council of the EU, we had eHealth Week**. It comprised a High Level eHealth Conference co-organised by the European Commission, the Department of Health and the World of Health IT Conference & Exhibition (WoHIT) organised by HIMSS Europe.³²²

Si établir une connexion entre le niveau européen et le niveau national permet à l'entrepreneur de politique publique de remettre l'e-santé sur l'agenda gouvernemental, cette connexion semble permettre également de renforcer la légitimité de cette initiative auprès du public. L'UE agit ainsi comme un élément réactif particulièrement fort, puisqu'elle motive l'action des pouvoirs publics, qui eux-mêmes l'utilisent afin de justifier leur action. Ainsi, le thème de l'Union européenne draine la stratégie d'e-santé irlandaise, bien plus que dans les documents analysés en 2004, et on compte une cinquantaine d'occurrences (hors Références) où les mots Europe, européen ou européenne apparaissent. Ces références ne sont pas anodines, et sont même pointées par le principal responsable de la stratégie d'e-santé au sein du Department of Health:

'If you're looking in here **we directly quote from the EU Commission** document on 2020, sustainable health for Europe. So we used a lot of the EU agenda to force the domestic agenda.'³²³ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

Le résumé (*Executive summary*) de la stratégie s'ouvre directement sur une citation extraite du plan d'action e-santé de la Commission européenne publié en 2012 :

"eHealth can benefit citizens, patients, health and care professionals but also health organisations and public authorities. eHealth - when applied effectively - delivers more personalised 'citizen-centric' healthcare, which is more targeted, effective and efficient and helps reduce errors, as well as the length of hospitalisation. It facilitates socio-economic inclusion and equality, quality of life and patient empowerment through greater transparency, access to services and information and the use of social media for health"... **European Union eHealth Action Plan 2012-2020**.³²⁴

³²² Department of Health. 'eHealth', [12.07.2019], Site web archive disponible sur: <https://health.gov.ie/future-health/tackling-the-capacity-deficit/ehealth/>

³²³ 'Si vous regardez là nous citons directement le document de la Commission européenne sur 2020, une santé durable pour l'Europe. Donc nous avons utilisé beaucoup l'agenda de l'UE pour forcer l'agenda national.' (Traduction de l'auteure)

³²⁴ Health Service Executive, Department of Health (2013). *eHealth strategy for Ireland*. p.4

Toujours dans la partie 'résumé', le plan d'action de la Commission européenne est à nouveau décrit dans la description de la première action prioritaire (sur une liste de sept actions au total) :

'Actions to Realise eHealth Strategy objectives

Ensure that eHealth is utilised to place the patient firmly at the centre of the new healthcare environment **as outlined by the EU's eHealth Action Plan 2012-2020**. This will include developing programmes to encourage and strengthen engagement, facilitate informed participation in the care process and increase health literacy.'³²⁵

On constate donc que de nombreuses initiatives directement liées à l'e-santé sont mentionnées, telles que le plan d'action e-santé de la Commission européenne pour 2012-2020, le projet Epsos ou encore le rapport *Redesigning health in Europe for 2020* publié par la EU eHealth Task Force en 2012, dont certains outils d'analyse et conclusions sont abondamment repris.

Les références à l'Union européenne et ses instruments sont ainsi largement essaimées tout au long de cette stratégie, et viennent appuyer un argumentaire (pour ne pas dire un plaidoyer) en faveur du développement de l'e-santé. L'UE fait donc partie intégrante de cette stratégie de renouveau de l'e-santé irlandaise, en fonctionnant comme un 'boost' de légitimité envers les une le public et une large communauté d'acteurs de l'e-santé.

À ce titre, la question de la création d'un 'écosystème e-santé', visant à rassembler tous les acteurs de l'e-santé autour du projet (secteur public, privé, académique, assurances, santé, technologies de l'information etc.), semble avoir fait l'objet d'un travail particulier au sein des services du Ministère. Lors de l'annonce du Ministre de la Santé James Reilly en 2013, un focus particulier est ainsi mis sur l'Union européenne quand il aborde ce sujet :

'eHealth Ecosystems will be a key mechanism for delivering on the eHealth strategy. These will involve partnerships between health service providers, academia, industry and patients. **Such eHealth Ecosystems have been established in a number of EU countries** and are amenable to cross border cooperation. **The Irish Presidency Declaration at the EU eHealth Conference held in Dublin in May 2013 committed member states to developing eHealth Ecosystems.**'³²⁶

Comme indiqué dans ce communiqué de presse, la déclaration de la Présidence irlandaise lors de la conférence européenne de l'e-santé à Dublin en mai 2013 revient effectivement

³²⁵ Health Service Executive, Department of Health (2013). *eHealth strategy for Ireland*. p.10

³²⁶ Department of Health. 'Minister Reilly publishes eHealth Strategy for Ireland', Press release, 13.12.2013, Disponible sur : <https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-reilly-publishes-ehealth-strategy-for-ireland/>

abondamment sur la notion d’écosystème dans le domaine de l’e-santé.³²⁷ Mais les éléments de terrain montrent que la création des écosystèmes n’est pas une exigence européenne à proprement parler ; aussi cette notion n’apparaît-elle qu’une seule fois dans le plan d’action e-santé de 2012 de la Commission européenne et ne fait pas l’objet d’une doctrine particulière au niveau des politiques européennes.

En revanche, l’idée d’écosystèmes est centrale pour une ONG européenne, la Connected Health Alliance (ECHAlliance), dont nous savons qu’elle a travaillé en partenariat avec l’équipe e-santé de la Présidence européenne irlandaise (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017). Ce groupe d’intérêt européen, qui a pour objectif de mettre en réseau les acteurs de l’e-santé, de produire de l’expertise et de participer au processus de formulation des politiques européennes, a entrepris de repérer et de soutenir ce qu’elle appelle des ‘écosystèmes’ régionaux. L’ONG proposerait une méthode pour créer et gérer ces écosystèmes, qui correspondent assez simplement à l’intégration des différents acteurs dans le processus de formulation et de mise en œuvre de la politique publique.³²⁸ On note qu’aujourd’hui eHealth Ireland fait partie des écosystèmes listés sur le site de ECHAlliance, et que des membres d’ECHAlliance ainsi que son Président Brian O’Connor interviennent très régulièrement aux réunions de l’écosystème e-santé irlandais. L’entretien avec le principal entrepreneur de l’e-santé indique que la notion d’écosystème a été utilisée très tôt, dès qu’il s’est agit de former une équipe e-santé en vue de la Présidence Irlandaise du Conseil de l’UE :

‘So what we've done was, there was a number of things we tried to do first of all was to get the idea of hum, **get an EU team**, or to get a team for the eHealth week, and uh **part of that was about developing ecosystems in member states**, so that ecosystems could bring together, all of the key players in terms of kind of people like Yvonne Goff you know clinical people, IT people and the business people, that was a kind of European team we had, and **we worked with the European Connected Health Alliance [...]**’³²⁹ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

³²⁷ eHealth Ministerial Conference 2013 Dublin 13-15 May 2013 Irish Presidency Declaration, p.3, p.5

³²⁸ Pour plus d’informations, voir : <https://echalliance.com/ecosystems/>

³²⁹ ‘Donc ce que nous avons fait c’est que, il y avait un certain nombre de choses que nous avons essayé de faire en premier lieu il fallait avoir l’idée de, avoir une équipe pour l’UE, ou d’avoir une équipe pour la semaine e-santé, et une partie de cela concernait le développement des écosystèmes dans les États membres, de manière à ce que les écosystèmes puissent rassembler, tous les acteurs clés en terme de type de personne comme Yvonne Goff vous savez les personnes du monde médical, les personnes du monde des technologies de l’information et les personnes du monde industriel, c’était une équipe européenne de ce genre que nous avons, et nous avons travaillé avec l’European Connected Health Alliance [...]’ (Traduction par l’auteure)

La volonté initiale de créer cet ‘écosystème’ semble donc plus avoir affaire avec la coopération engagée entre le Department of Health et l’ONG ECHAlliance qu’avec l’Union européenne en tant qu’institution. On doit alors probablement au Department of Health l’inclusion de cette thématique dans déclaration de la Présidence irlandaise sur l’e-santé en 2013. Les références qui y sont ensuite faites dans la communication du Ministre de la Santé sur sa propre stratégie (voir supra), ou dans la stratégie elle-même relèvent donc presque de l’autoréférence, ‘habillée’ par un tampon européen qui assure sans doute à l’initiative un surplus de légitimité.

“eHealth ecosystems could be the answer to the strain our social security systems are undergoing. If we work together and we use the enormous potential technology has to offer us, we can ensure top healthcare for all in Europe”. Neelie Kroes, European Commission Vice-President for the Digital Agenda speaking in Dublin, May 2013.

[...]

In May 2013 a declaration by the Irish Presidency of the Council of the EU promoted the development of eHealth Ecosystems among member states. It acknowledged that eHealth Ecosystems would contribute to the health and social care agendas in Europe while promoting economic development by strengthening coordination of all policies related to eHealth, from support to research and deployment, to developing a legal framework in specific areas like medical devices, patient safety, information security and interoperability. Promoting mutual learning and sharing of good experiences inside ecosystems between purchasers and providers, academia, citizens, industry and throughout the public and private sector health industry.[...]³³⁰

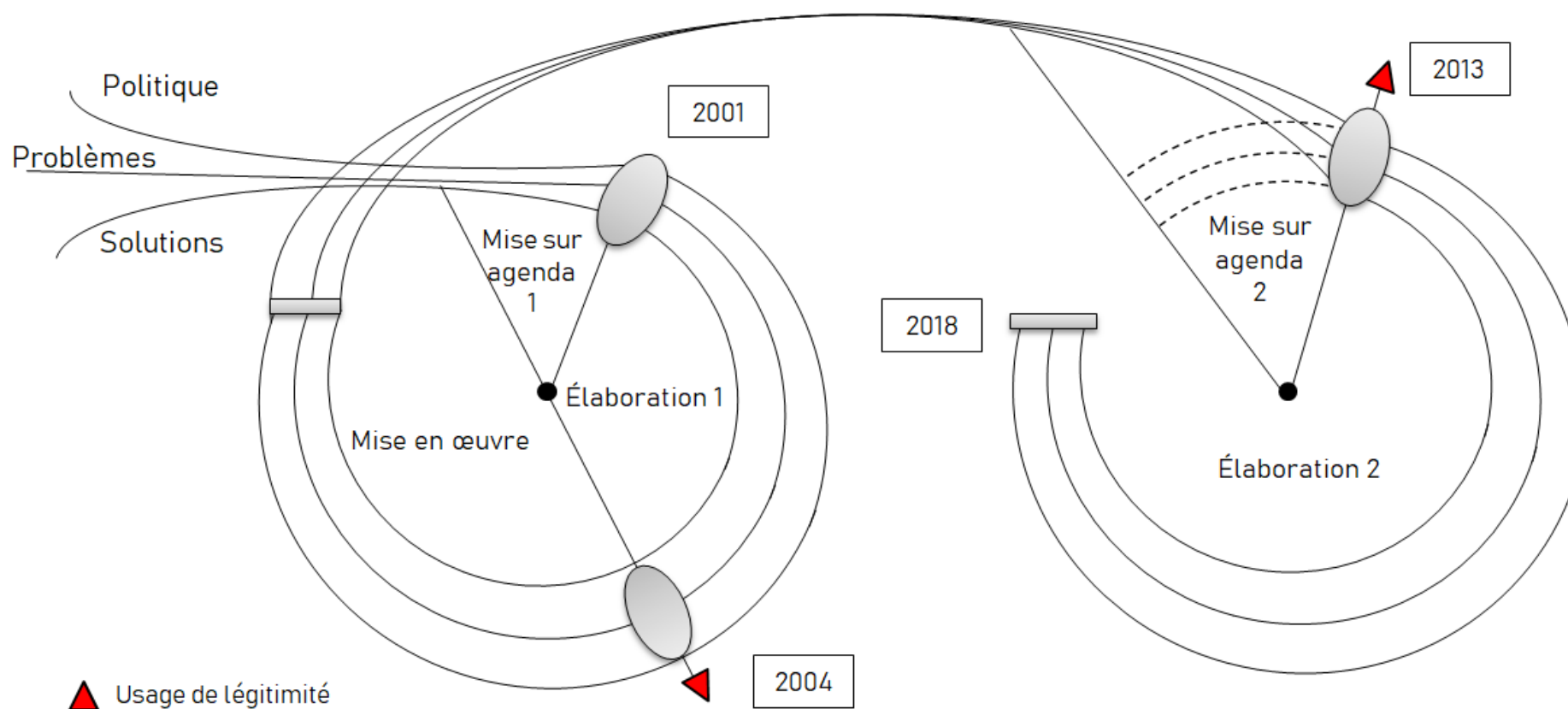
La notion d’écosystème, bien qu’elle soit présentée de manière à paraître innovante (mais sans que sa définition ne soit parfaitement claire), correspond en réalité à un processus classique d’incorporation des parties prenantes afin d’assurer une bonne acceptation et une mise en œuvre adéquate d’une initiative politique. Ainsi, la mise en place de cet ‘écosystème’ au niveau irlandais renvoie à une série de journées de conférences autour de plusieurs thèmes rassemblant des acteurs de l’e-santé très variés.

Les divers éléments de terrain présentés ci-dessus confirment ainsi que l’UE peut être considérée comme l’élément réactif principal des politiques d’e-santé irlandaises au début des années 2010, et ce à plusieurs niveaux. Elle est ainsi utilisée pour motiver l’intérêt des acteurs politiques, qui semblent eux-mêmes percevoir dans l’Union européenne une opportunité pour légitimer leur propre initiative auprès du public, ou du moins auprès d’une communauté relativement large d’acteurs de l’e-santé. Alors qu’il est difficile d’établir une différence nette

³³⁰ Health Service Executive, Department of Health. *eHealth strategy for Ireland*. 2013. 80p. pp.42-44

entre les effets du plan de sauvetage de la Troïka et de la Présidence irlandaise du Conseil de l'Union européenne, nous pouvons par ailleurs observer que mise sur agenda secondaire et formulation d'une stratégie sont mêlées et condensées dans une période de temps relativement réduite (entre 2011 et 2013). Nous choisissons donc de considérer la stratégie e-santé de 2013 comme le précipité issu de la phase de mise sur agenda secondaire des politiques d'e-santé en Irlande.

Figure 13. Les usages de l'UE dans les politiques d'e-santé irlandaises en période de synthèse, 2001-2018



De manière similaire à ce que nous avons pu observer dans le cas Autrichien, les usages de l'UE semblent ici reposer sur l'idée d'une conception commune et partagée de l'UE comme acteur pertinent des politiques d'e-santé. Ainsi, les références à l'Union européenne permettent de mobiliser un personnel politique d'un très haut niveau, qui dispose pourtant d'une légitimité naturelle issue des élections. Ensuite, nous avons pu observer que ces usages sont rendus extrêmement visibles aux yeux du public, ou a minima auprès d'une communauté élargie du secteur de l'e-santé. Le lien avec les initiatives européennes est ainsi mis en exergue par le Ministre de la Santé afin d'appuyer la légitimité de la stratégie qu'il présente.

Enfin, nous pouvons observer qu'il est possible de connecter étroitement les usages de l'UE et l'avancement de la politique publique dans ce domaine, comme c'est généralement le cas lorsque les usages sont réalisés durant une période de synthèse. L'eupéanisation observée peut donc être qualifiée d'eupéanisation de troisième ordre, au sens où elle semble impacter directement l'avancement de la politique publique.

Ces deux cas nous ont ainsi permis de montrer que les cas d'usages de l'UE s'opérant en période de synthèse présentent des caractéristiques spécifiques, qui mettent en exergue la nécessité de l'existence d'une 'relation positive' à l'Union européenne. En effet, ces usages impliquent généralement des personnels politiques et une communauté relativement élargie d'acteur (sinon le public général). Pour que l'UE soit considérée comme une référence pertinente pour ces catégories d'acteurs, l'acteur opérant les usages doit pouvoir compter sur l'existence d'une notion partagée de l'importance de l'UE dans un secteur donné. Cette 'relation à l'UE' fait donc partie de l'environnement stratégique dans lequel évoluent les acteurs. Comme nous allons le voir dans le cas français, l'existence d'une relation à l'UE 'négative' (ou moins positive que dans les autres pays analysés, voir Annexe 4) impacte fortement les usages de légitimation, qui sont alors réalisés uniquement dans des cadres restreints et des contextes dont les paramètres sont contrôlés par les connaissances approfondies qu'un acteur possède à propos du milieu dans lequel il évolue directement.

II. Le cas français : usages de l'UE en milieu contrôlé

Au contraire des cas irlandais et autrichiens, les cas d'usages de légitimation français que nous allons décrire ici sont typiques des actions réalisées en période de flux. Ainsi, ces usages s'opèrent dans un seul courant et concernent un petit nombre d'acteurs. Ils sont permis par les connaissances approfondies des acteurs du milieu dans lequel ils évoluent, et ne reposent pas

sur une notion partagée selon laquelle l'UE serait un acteur reconnu comme important par tous. Ces usages, bien que moins visibles, font néanmoins partie du processus de développement de la politique publique, et sont susceptibles d'en affecter le contenu. Ces types d'usages nécessitent ainsi une analyse fine de leurs conséquences sur les systèmes politiques.

A) Les Volets de Synthèse Médicale en France : une origine européenne ?

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à la question du format du Dossier Médical Personnel, qui connaît des modifications de conception entre 2008 et 2011. Plus précisément, il s'agit de déterminer l'origine de l'inclusion du dispositif de Volet de Synthèse Médicale (VSM) au sein des politiques d'e-santé française. Ce volet correspond au résumé des informations principales concernant le patient : antécédents, allergies, pathologies en cours, et représente ainsi un équivalent au *Patient Summary* (ou résumé patient) considéré comme une composante essentielle de la coopération transfrontalière européenne. En effet, les projets d'e-santé européens visent, depuis le projet Epsos, à permettre l'échange et la traduction de ces résumés digitalisés, en parallèle des ePrescriptions. Au niveau national, le VSM est considéré comme particulièrement important afin d'assurer la continuité des soins, surtout dans le cadre de prises en charge en cas d'urgence ou lors de la rencontre entre un professionnel de santé et un nouveau patient.

L'idée de rendre les données de santé essentielles d'un patient accessibles aux différents professionnels de santé n'est pas nouvelle en France, puisqu'on en trouve déjà des traces dans les Ordonnances Juppé de 1996. Le volet médical devait en effet être ajouté à la deuxième version de la Carte Vitale, mais il sera rapidement rendu obsolète par le projet de Dossier Médical Personnel adopté en 2004. Du côté du Ministère, l'idée de synthèse médicale est donc laissée de côté, et va même à l'encontre de la conception du DMP telle qu'elle est pensée au sein de la Mission pour l'Informatisation des Systèmes de Santé (MISS) à la fin des années 2010 :

'Oui oui oui alors, à vrai dire **moi j'étais pas très pour**, c'était l'idée que, le *Patient Summary* c'est au fond un principe un peu alternatif au DMP, si vous partez du principe que tout le monde a ses propres dossiers, dans les hôpitaux, chez les médecins, et que on pour faire un peu le lien entre tout ça, il y a quelqu'un qui a une vue d'ensemble de l'historique médical du patient, qui est son médecin traitant et qui va vous faire le résumé, tout ce qu'il faut savoir sur le patient, et donc euh dans la mesure où le *Patient Summary*, alors le *Patient Summary* était d'une part un projet un peu alternatif au DMP, le DMP étant lui plutôt l'idée qu'on

va faire un dossier commun, on aura des éléments détaillés si on récupère par exemple, les résumés de sortie hospitaliers, les compte-rendus de biologie etc. Et que chacun [?]. **Donc du coup sur le concept même il y a un côté... concurrent du DMP**, et puis et également sur qui doit le faire. Moi je défendais à l'époque l'idée que si on voulait que le DMP marche il fallait qu'on ait les généralistes avec nous, et que au fond, le... Il valait mieux vendre le DMP en disant c'est de l'information qu'on donne aux généralistes, plutôt que de dire, on fait un système qui demande de l'information aux généralistes. Et alors en plus à l'époque on avait peu de moyens de pression sur les généralistes, ce qui n'est pas le cas de la CNAM, depuis que la CNAM a repris le Dossier, la CNAM peut toujours dire les gars c'est votre boulot vous le faites point à la ligne. Ce qui n'était pas la situation dans laquelle on était, nous on était plutôt en train d'essayer de vendre aux généralistes, le fait que ça va être formidable parce qu'ils allaient recevoir l'info, que les compte-rendu d'examen de biologie allaient arriver directement dans le DMP et que le médecin généraliste pourrait consulter, que pareil dans les, etc etc.'(Entretien, ex-directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé, 25.05.2018 et 30.05.2018)

Pourtant, quelques années plus tard, le VSM apparaîtra bien comme une composante du DMP, alors que sont adoptés les standards pour son inclusion par l'ASIP et la Haute Autorité de Santé en 2013.³³¹ L'enquête de terrain révèle que l'Union européenne n'est pas étrangère à ce changement conceptuel, au moins du côté de l'administration. Ainsi, le chef de la MISS de 2007 à 2009 confirme le lien direct entre le projet Epsos (qui débute en 2008), et la modification de sa conception initiale du DMP : ³³²

‘[...] et donc le support que constituait la carte a fini par être quelque chose d'utile, même si après coup, quand bien même la notion de *medical summary* euh, de synthèse médicale euh, **est revenue à la surface, enfin est revenue surtout par en fait elle est revenue par les pays anglo-saxons et dans le cadre du projet européen Epsos notamment**, vous avez dû suivre, à ce sujet vous devriez probablement interviewer Joëlle Rouvière.’

‘Et donc euh, je me disais bon, c'est un peu dommage, et alors du coup on se retrouve avec un système un peu orthogonal, parce que nous on n'a jamais, on n'avait pas prévu à l'époque, de *medical summary* ou de *Patient Summary*, et euh, donc **on se trouvait obligés de le rajouter...** à vrai dire c'était probablement que ça n'avait rien d'incompatible mais, on était parti sur une conception du *Patient Summary* qui n'était pas la conception DMP et donc **on s'alignait sur la position**

³³¹ ASIP Santé et Haute Autorité de Santé (2013). *Synthèse médicale, Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale*. 56p

³³² Nous pouvons par ailleurs observer que 2011 est également l'année de la publication de la directive européenne sur les soins transfrontaliers, qui porte création du réseau e-santé sur la base du volontariat. L'article 14 qui porte création de ce réseau précise qu'un des objectifs de ce réseau est de travailler à l'élaboration d' 'une liste non exhaustive de données à faire figurer dans le dossier des patients et pouvant être partagées par les professionnels de la santé pour permettre la continuité des soins et promouvoir la sécurité des patients par-delà les frontières'. Malgré la proximité avec l'idée de Patient Summary ou de VSM, ce document ne sera jamais mentionné en relation avec les travaux sur le VSM en France. A nouveau, on voit l'intérêt de dépasser le simple constat de concordance de temporalité pour expliquer le lien entre initiatives s'opérant à plusieurs niveaux de gouvernement.

des Anglais en fait. Le, ce qui était pas, après tout c'était un truc pragmatique donc on l'a fait.'

(Entretien, ex-directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé, 25.05.2018 et 30.05.2018)

L'entretien que nous avons conduit avec Joëlle Rouvière confirme son rôle clé dans 'l'importation' de l'idée de résumé patient en France :

'Bah parce que **je lui ai pas vraiment laissé le choix** d'abord [Rires] il y a des choses comme ça, et puis bon c'est vrai qu'à l'époque **il était pas forcément convaincu**, il pensait que c'était plus important comme beaucoup de, d'administrateurs entre guillemets ici qu'il fallait mieux faire franco-français et qu'on verrait après mais j'ai jamais eu cette vision du film mais comme on se connaissait bien etc. donc euh, j'ai fait, et par ailleurs **j'avais l'imprimatur évidemment du Secrétariat Général qui était signataire de la convention et puis la mission du Conseil d'État auprès duquel je m'étais enquis des aspects juridiques et autres [...]**' (Entretien, Joëlle Rouvière, fonctionnaire e-santé depuis 1998, 19.07.2018)

Cet extrait d'entretien nous intéresse à plusieurs titres. Tout d'abord, il confirme l'origine européenne de l'inclusion du résumé patient dans la conceptualisation générale du DMP au niveau du Ministère de la Santé. Ensuite, on peut observer que la stratégie de l'enquêtée pour poursuivre ses objectifs se caractérise par sa connaissance approfondie du milieu dans lequel elle évolue. Elle peut ainsi compter sur les relations qu'elle a personnellement établies avec le chef de la MISS ('on se connaissait bien'),³³³ et veille à obtenir au préalable une autorisation de sa hiérarchie (la MISS est alors rattachée au Secrétariat Général des Affaires Sociales). L'usage de l'Union européenne opéré ici n'intervient donc pas dans un contexte ouvert et peu maîtrisé ; au contraire, les différents paramètres de réalisation de cet usage semblent avoir été parfaitement contrôlés par son auteure. Nous pouvons par ailleurs remarquer que l'usage observé repose sur une logique de légitimité : c'est le simple fait de l'existence de la coopération européenne dans ce domaine qui permet de modifier la conception de la solution DMP. Enfin, ce cas d'usage est un peu particulier. En effet, si la plupart des usages analysés présentent des cas où les acteurs ont des objectifs purement nationaux et utilisent l'UE pour les poursuivre, les objectifs de l'enquêtée sont eux-mêmes fortement européanisés. Elle souhaite ainsi assurer la continuité de la participation française aux initiatives européennes, domaine dans lequel elle exerce professionnellement depuis la fin des années 1990.

³³³ Le chef de la MISS confirme également l'existence d'une bonne entente avec l'enquêtée : 'je m'entendais plutôt bien à titre personnel avec Joëlle Rouvière', 'parce qu'on s'entendait bien et que on buvait des pots et qu'elle disait que et que par ailleurs je parlais assez bien anglais' (Entretien, ex-directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé, 25.05.2018 et 30.05.2018)

La question qui se pose ensuite est de déterminer l'impact de cet usage sur les politiques publiques d'e-santé, et notamment sur la décision d'introduire effectivement le Volet de Synthèse Médical dans le DMP. Autrement dit, il s'agit de déterminer si l'européanisation observée est plutôt de premier ou de second ordre.

L'introduction définitive des VSM dans les politiques d'e-santé françaises se manifeste par leur inclusion dans la convention médicale de 2011. Ces résumés font ainsi partie de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) adoptée lors de cette convention.³³⁴ L'objectif de la ROSP est d'inciter les médecins à respecter certains objectifs grâce à un système de paiement par points, le nombre de points étant calculé sur la base d'indicateurs correspondant aux objectifs remplis. Les items présents dans la ROSP sont donc un enjeu important du côté de l'assurance maladie (objectifs de santé publique) et du côté des syndicats de médecins (rémunération supplémentaire). Au sein de la ROSP de 2011, la tenue d'un Volet de Synthèse Médicale compte pour cent-cinquante points, ce qui semble remarquablement élevé au vu du nombre de points accordé aux autres items.

³³⁴ L'idée de rémunérer les médecins en fonction du respect de certains objectifs est en revanche bien antérieure, voir par exemple Hassenteufel 1997: 276.

Tableau 29. Le Volet de Synthèse Médicale dans la convention médicale de 2011³³⁵

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisies de données cliniques permettant le suivi individuel et de la patientèle	75
	Utilisation d’un logiciel d’aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et d’utiliser les téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d’organisation du cabinet, notamment pour l’accès adapté des patients	50
	TOTAL	400

Le Volet de Synthèse Médicale semble donc occuper une place particulière dans la convention médicale de 2011, qui contribue officialise la place de ce dispositif dans les politiques d’e-santé nationales. Peut-on attribuer un rôle à l’Union européenne dans l’adoption de ces VSM ? L’enquêtrice en charge de la relation avec l’UE en matière d’e-santé au Ministère semble établir un lien direct entre les initiatives européennes et l’inclusion du VSM dans la ROSP :

‘–Euh **non c’est pas indépendant** c’est-à-dire que l’idée c’était que pour que ce VSM continue à exister il fallait qu’il évolue techniquement et qu’il soit reconnu au niveau des concepts et des standards, mais il faut aussi qu’il soit rempli par les professionnels. Et pour qu’il soit produit pas les professionnels il fallait leur trouver, un élément qui leur permettait de ne pas oublier de le remplir. Et donc du coup si on les paie par la convention en disant, une des conditions du règlement et du paiement c’est effectivement que vous remplissiez le VSM de telle façon, à ce moment-là on est un peu plus sûr que...on produit et que la production est de qualité.

–Et du coup c’est vous qui avez demandé à la CNAM, enfin qui avez travaillé là-dessus euh pour qu’ils l’incluent ou comment ça s’est...

³³⁵ Article.26.3. de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie signée le 26 juillet 2011

–Ah bah c'est évident que de toute façon tout le monde en avait besoin, sinon on n'arrive pas à faire du pilotage. D'accord ? Et tant qu'à faire du pilotage autant pas le faire qu'au niveau franco-français mais à pouvoir y compris avoir les éléments d'un patient français qui est allé à l'étranger et éventuellement de pouvoir récupérer aussi les informations de patients étrangers, ou de personne étrangère qui habite en France depuis un bon moment et qui par ailleurs sont pas forcément français mais qui marchent dans le système de santé, le système de santé français.
–Donc euh c'est quelque chose qu'ils avaient prévu de faire de toute façon ou c'est vous qui avez insufflé l'idée ?
–**Ils avaient prévu d'essayer de trouver un dispositif pour qu'on ait des productions de données cliniques meilleures et qui soient continues, donc d'essayer de réfléchir à la façon dont on pouvait inciter les professionnels à le remplir. Donc après on a influé sur le fait que il valait mieux le faire comme ça.**' (Entretien, Joëlle Rouvière, fonctionnaire e-santé depuis 1998, 19.07.2018)

Le Ministère aurait ainsi œuvré auprès de la CNAMTS afin de rendre le VSM plus contraignant pour les professionnels de santé. Le fait que le Ministère intervienne dans les négociations de la convention médicale n'est d'ailleurs pas irrégulier (Hassenteufel 1997: 273). Pourtant, d'autres données indiquent que le Ministère et l'Union européenne sont loin d'être les seuls acteurs (ni même les principaux) à avoir agi en vue d'introduire le VSM dans la ROSP de 2011. En effet, si l'idée de résumé patient est pendant un temps marginalisée du côté de l'administration, un tel constat ne peut s'appliquer du côté des professionnels de santé. Ainsi, l'idée de document de synthèse médicale apparaît dans toutes les conventions médicales établies depuis 1998.

Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes

Article 5-6

Document médical de synthèse

L'assuré adhérent demande au médecin référent de tenir son document médical de synthèse, dans le respect des dispositions relatives au secret médical.

La transmission des informations figurant dans le document médical de synthèse aux autres médecins qu'il serait amené à consulter sur indication du médecin référent est soumise à son accord.

Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

Conformément à la loi, les médecins conventionnés consulteront et mettront à jour le dossier médical personnel (DMP) des patients qu'ils prennent en charge. Le DMP a vocation à suivre le patient tout au long de son parcours de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical. Dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, le médecin traitant établit son dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonné. A cet effet, ce dossier comporte les éléments d'information suivants :
- **une synthèse actualisée des éléments du dossier nécessaires à la continuité des soins ;**

- les protocoles de soins, notamment les protocoles relatifs aux soins de longue durée et les protocoles de dépistage ;
- les documents transmis par les professionnels participant à la continuité et à la coordination des soins : courriers de réponses, protocoles de soins proposés, résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, etc.

Le document de synthèse occupe ainsi une place importante dans la convention médicale de 2005, bien que la loi du 13 août 2004 qui introduit le DMP ne mentionne pas ce dispositif. On peut donc observer une continuité dans la volonté d'introduire des résumés patients dans les conventions médicales. D'après le directeur de la CNAMTS de l'époque, la volonté d'inclure le VSM aurait été particulièrement forte du côté des professionnels de santé :

'[...] Et donc, et donc, en fait dans l'objectif effectivement d'homogénéiser le socle informatique des médecins généralistes en particulier donc euh on décide d'adjoindre, je suis favorable à adjoindre un quatrième volet, autour, qui comprend, si ma mémoire est bonne il y avait un volet informatique mais il y avait aussi, la déclaration des horaires, enfin la mise sur internet des pages d'ouverture, c'était l'idée effectivement de dire, on rajoute une quatrième chose qui est en fait un peu l'équipement du cabinet. Et on favorise l'harmonisation du socle technique. **Et alors pour venir à votre question sur le volet de synthèse en fait ce sont les professionnels de santé les syndicats de médecins qui ont proposé ça**, et qui m'ont dit pourquoi vous ne rajoutez pas un volet médical de synthèse, et **il y avait un assez grand consensus chez les professionnels et en particulier MG France.**' (Entretien, ex-directeur de la CNAMTS, 21.02.2019)

Pour l'ancien directeur du GIP DMP puis de l'ASIP, l'idée d'introduire un VSM dans le DMP proviendrait essentiellement du travail mené par deux médecins du syndicat CSMF, médecins avec lesquels il a ensuite développé une expérimentation afin de préparer techniquement ce VSM et son inclusion dans le DMP.

'Non non, il y avait cette approche de, **non le Volet de Synthèse Médicale il est pas né d'Epsos**, c'est vrai que dans Epsos il y a cette notion, mais **il est né aussi du terrain et d'expérimentations notamment autour de quelques acteurs qui de mémoire étaient à la CSMF**, euh et il y a notamment deux médecins très impliqués qui venaient de la région Centre, et dont je pourrais retrouver le nom s'il fallait leur rendre justice, qui avaient expérimenté, avec notamment un éditeur de logiciel, le fait d'avoir un questionnaire un peu synthétique, parce qu'ils estimaient notamment en médecine générale que les projets qui étaient présentés étaient pour les spécialistes, étaient pas adaptés à leurs pratiques, **donc c'est pour ça que ça vient aussi un peu du mouvement syndical, c'est qu'il y avait derrière, pas une revendication mais enfin si un certain mouvement de revendication d'une certaine identité des pratiques générales, d'une certaine spécificité, qu'il fallait reconnaître** etc. Et donc il y avait des expériences qui avaient été faites. Et du coup on avait fait ça et on avait repris cette expérience-là et on avait dit, d'abord ça peut pas être le propre d'un logiciel et d'un éditeur, parce que c'est pas il y a des médecins qui peuvent communiquer entre eux parce qu'ils utilisent le

même logiciel et pas d'autres, c'était inacceptable sur le plan de l'éthique et sur le plan de, voilà, et donc du coup j'ai dit il faut qu'on reprenne dans le DMP, et donc du coup on a implémenté, on a fait une expérimentation du DMP qui a très bien marché, [...]'

'Bah après en fait, après le truc du coup était mis parce que comme la CSMF portait l'idée et que moi j'avais été voir MG France en disant que c'est pas parce que c'est la CSMF, c'est quand même malin, enfin c'est bien etc. on a poussé on a repris sur le plan institutionnel un peu le truc, et donc du coup l'idée c'était de pousser ça dans la convention médicale, et euh le faire. Sauf que ça a pêché par sa mise en œuvre on va dire. Mais évidemment que c'est bien, et que ça devrait faire partie du ROSP.'

(Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018)

Ces différents témoignages semblent montrer que l'implication du Ministère, ainsi que la question européenne, sont des éléments qui auraient participé au mieux de manière lointaine à l'introduction du VSM dans la convention médicale de 2011. D'ailleurs, le directeur de la CNAMTS de l'époque ne se souvient pas de l'implication particulière des pouvoirs publics (ASIP ou Ministère) sur ce sujet (Entretien, ex-directeur de la CNAMTS, 21.02.2019). Enfin, que ce soit du côté de la CNAMTS ou des médecins des syndicats impliqués sur le sujet du VSM, il semblerait que les initiatives d'e-santé mentionnées dans la convention de 2011 soient en relative déconnexion avec le DMP, ce qui diminue la force du lien que l'on pourrait établir entre Epsos, le DMP et l'introduction des VSM.

'Et ce volet de synthèse médical là c'est le volet de synthèse du DMP, alors que le volet de synthèse euh de 2011 de la ROSP, c'était beaucoup plus c'était un truc qui était beaucoup plus simple parce qu'il était pas défini de façon, de sa structuration etc etc, c'était quelque chose de beaucoup plus simple.'

'À l'époque, c'était pas du tout de le déposer dans le DMP des gens hein euh, sur la ROSP, je répète encore parce que c'est ce qu'on me dit à chaque fois, c'était vraiment être en capacité de, la ROSP ça a permis, allez la ROSP informatique ça a permis que les médecins, [...]Et donc la ROSP en 2011, dans la convention c'était, ok vous avez besoin d'un outil informatique, ça a pas été considéré avant, on rémunère le fait que vous ayez un ordinateur un logiciel professionnel et qui permette de produire ça à la demande du patient. Et c'est donc, ça ça ça a marché. Mais ça fait pas tout.'

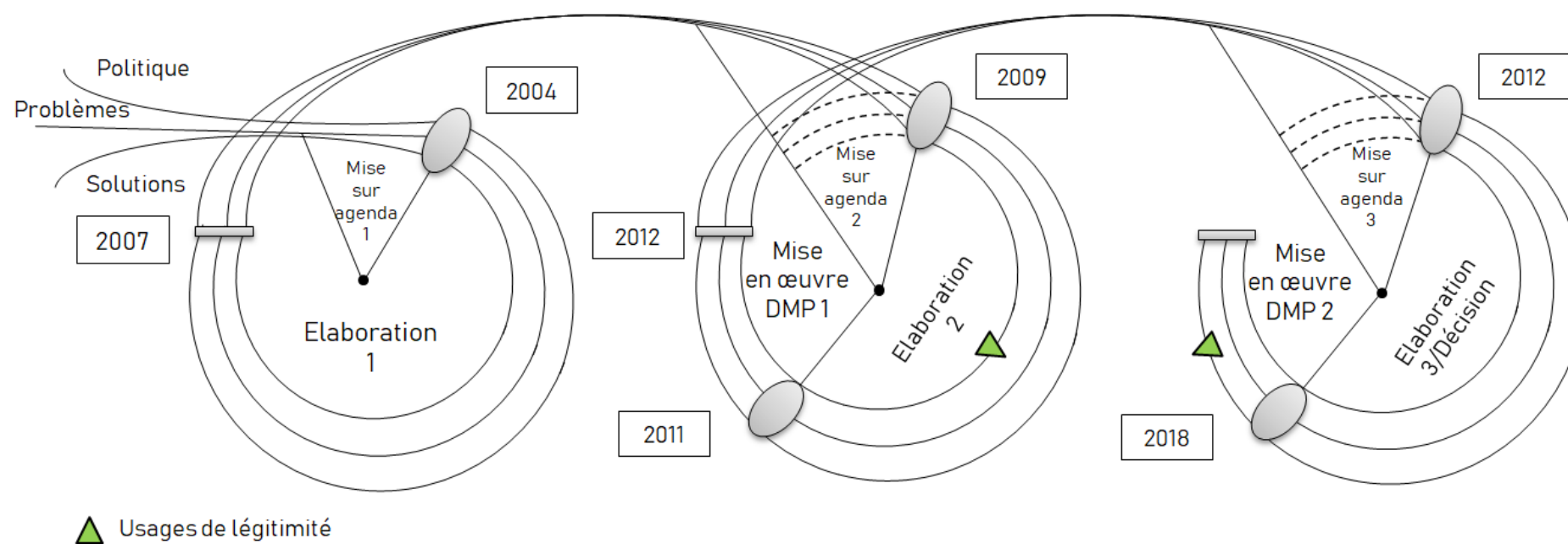
'C'est pour ça c'est indépendant quoi. Le **Volet de Synthèse c'est une chose**, il faut que le logiciel puisse le produire et c'était plus quelque chose vers les éditeurs, que vers les médecins quoi je verrais et les éditeurs en ont profité d'ailleurs pour augmenter leurs prix patitati patata etc., parce qu'ils ont une technique on vous donne de l'argent pour ben donc nos abonnements ils peuvent augmenter de tant ça vous coûte rien enfin je veux dire bon... Ils le font hein. **Et après le DMP est arrivé** après et puis voilà.' (Entretien, médecin généraliste, 'réfèrent informatique' à la CSMF, 08.02.2019)

L'inclusion du concept de 'synthèse médicale' dans la convention de 2011, et l'importance qui lui est donnée en termes de nombre de points, semble donc être plus liée à l'action de

certaines médecins syndicalistes qu’à l’action du Ministère en lien avec le projet Epsos. Même du côté de l’ASIP, l’idée de faire des expérimentations sur le VSM en vue de l’inclure dans le DMP est directement liée aux rencontres de son directeur avec des professionnels de santé, les mêmes qui ont travaillé à leur inclusion dans la ROSP de 2011. Si, en 2011, l’ex-directeur de l’ASIP préfigure déjà la mise en œuvre des VSM au sein du DMP, il n’en va pas de même du côté des syndicats de médecins et de la CNAMTS, pour qui les VSM visent surtout à inciter les médecins à s’équiper en logiciels informatiques. L’inclusion des VSM dans la convention médicale de 2011 semble donc être due au consensus établi entre plusieurs types d’acteurs, qui pourtant poursuivaient des objectifs très différents. Tous ont vu dans les VSM un moyen d’avancer leur propre agenda.³³⁶ Dans ce processus, le rôle de l’Union européenne semble particulièrement mineur : si celle-ci a été utilisée pour convaincre la Mission pour l’Informatisation du Système de Santé du bien-fondé de l’idée de VSM, cette même idée provient également de sources très différentes qui semblent avoir été largement plus importantes au moment des négociations autour de la convention de 2011. On ne retrouve d’ailleurs pas de traces de l’usage de l’Union européenne au moment de ces négociations. Les usages de l’UE se sont donc opérés lors d’une phase processuelle, et leurs effets sur la structuration du DMP tel qu’il est mis en œuvre dans sa première version à partir de 2011 sont difficilement perceptibles. L’eupéanisation observée peut donc être qualifiée d’eupéanisation de premier ordre.

³³⁶ Nicolas Jabko (2009), qui utilise l’approche du ‘constructivisme stratégique’ dans son ouvrage sur la construction européenne, montre un processus de construction de consensus similaire autour de la notion de ‘marché’.

Figure 14. Les usages de légitimité l'UE dans les politiques d'e-santé françaises, 2004-2018



L'analyse du cas des Volets de Synthèse Médicale (VSM) a permis de montrer deux choses. Tout d'abord, on observe que contrairement aux cas irlandais et autrichiens, les usages de l'UE reposant sur une logique de légitimité ont été réalisés dans un cadre beaucoup plus restreints, c'est-à-dire entre deux fonctionnaires du Ministère de la Santé. Nous sommes bien loin des usages réalisés en Autriche, qui, en plus d'impliquer directement le personnel politique élu, s'adressaient à une vaste communauté d'acteurs, et étaient directement visibles aux yeux du public. Il semble ainsi qu'en France les usages de l'UE soient possibles, à condition qu'ils s'opèrent dans un contexte restreint dont les caractéristiques sont connues et maîtrisées par leurs auteurs. En retour, ce type d'usage rend plus difficile l'analyse des effets de l'UE sur les politiques nationales. Nous avons ainsi dû réaliser une enquête approfondie pour déterminer le type d'européanisation à l'œuvre dans ce cas, qui s'est révélée être une européanisation de premier ordre. Par contraste, les usages réalisés en Autriche et en Irlande, parce qu'ils étaient beaucoup plus visibles, étaient plus faciles à replacer dans le contexte global de développement de la politique publique.

Le deuxième usage de légitimité que nous avons pu observer en France présente des caractéristiques relativement similaires, bien qu'il intervienne dans un contexte différent.

B) À la frontière de la recherche : l'UE comme acteur pertinent des politiques d'e-santé ?

Nous avons pu observer en France un autre usage de l'UE reposant sur une logique de légitimité, et qui témoigne également de la nécessité pour l'acteur de disposer de connaissances particulières du milieu dans lequel il évolue afin d'opérer ces usages. Ceux-ci se déroulent durant le début d'une étape de mise en œuvre de la politique publique d'e-santé à partir de 2018. À ce moment-là, cette mise en œuvre du dossier a été confiée à la CNAMTS (voir Chapitre 9 pour plus de détails), et le chef de projet au sein de cette institution nous indique utiliser l'argument européen afin de donner de la crédibilité au DMP, en particulier auprès des médecins travaillant en milieu hospitalier. L'Union européenne est ainsi utilisée afin de soulever les réticences perçues des professionnels de santé par rapport au DMP :

–Très bien. Et euh du coup pour vous l'Union européenne c'est un acteur important des politiques d'e-santé ?

–Bah en fait aujourd'hui, par rapport au boulot qu'on a à faire, c'est pas l'essentiel, mais ça nous tire en définitive. Et en plus si vous voulez euh... en image du DMP, quand on parle à des médecins ou des patients, **c'est important qu'on dise et ben le DMP on travaille aussi pour un DMP européen**, et ça ça, en perspective vous savez les médecins ils aiment bien...

–Ah oui ?

–Ah oui. Bah le côté recherche et notamment dans les hôpitaux, les médecins sont, très forts en recherche, c'est pas le médecin de campagne plan plan quoi. **Et en fait quand on leur dit qu'on travaille pour un projet européen, tac! ça ouvre. Et ça c'est essentiel pour donner de la crédibilité, au, dossier.**

–D'accord. Et donc c'est un argument que vous utilisez...

–Ah oui !

– ... dans quel contexte ?

–Ben quand je suis devant des **médecins, en particulier, et surtout médecin hospitalier.**

–Surtout médecin hospitalier. Et ça éveille leur intérêt.

–Ah oui parce que, les médecins hospitaliers bah, la moitié de leur temps ils ont une activité enfin je parle des MCU et PUPH [Maître de conférences des universités ou professeur des université-praticien hospitalier], ils ont la moitié de leur temps en recherche quoi. Donc ce sont des gens très ouverts. Alors si on parle du DMP, une petite base de donnée ils sont [marmonne], une perspective européenne, alors là là vous avez, des yeux qui brillent [Ils rit un peu].

–Et alors vous m'avez dit aussi "ça nous tire", vous voulez dire quoi exactement par là ? Vous m'avez dit l'Union européenne ça nous tire ?

–Ah oui, ça nous tire. Ah oui parce que ben justement il faut penser le DMP dans un cadre en dehors du cadre national quoi en fait donc euh. **Et donc ça donne une perspective d'évolution, de progression, du DMP euh... Qui est qui est passionnante en fait. En tout cas qui est digne d'intérêt.**

–D'accord. Et pour eux vous pensez alors vous m'avez dit ils connaissent un peu les projets, les programmes européens, vous pensez que ça les intéresse pourquoi parce que pour le bénéfice du patient ou c'est juste la dimension internationale qui fait que à un moment donné...

–Ah oui bah non il y a certes le bénéfice du patient parce qu'on voit bien l'usage, et puis ça a un **intérêt aussi, intellectuel**, comment faire. En fait euh, ça fait marcher les méninges [Rires].'

(Entretien, directeur du projet DMP à la CNAMTS, 20.06.2018)

Le directeur du projet DMP à la CNAM, qui travaille depuis de nombreuses années dans cette institution, utilise ainsi ses connaissances sur le milieu médical pour performer des usages de l'UE vers un public très précis qu'il pense particulièrement sensible à ce type d'usage, à savoir les médecins pratiquant une activité de recherche. Sa carrière évolue par ailleurs souvent à la frontière du milieu scientifique, lui-même étant spécialisé dans les statistiques et l'économie, ce qui influe sans doute sur sa perception propre du projet européen. L'usage ne s'adresse donc ni à des acteurs de différentes communautés, ni à des acteurs politiques, comme c'est le cas en Autriche et en Irlande.

Bien que cet usage témoigne d'une européanisation des processus de développement des politiques publiques, il est difficile de dire dans quelle mesure celui-ci participe effectivement à la stabilisation de la mise en œuvre du DMP. Celle-ci dépend en effet de beaucoup d'autre facteurs, et repose avant tout sur l'usage qui en effet par les médecins généralistes classiques

et les patients. À nouveau, l’eupéanisation observée peut ainsi être qualifiée d’eupéanisation de premier ordre.

En ce qui concerne la logique de cet usage, elle peut être rapprochée, dans une certaine mesure, de la logique de légitimité. En effet, la logique de légitimité correspond à l’idée de la pertinence de l’UE en tant qu’acteur politique d’un domaine. L’usage analysé ici se base sur une variante de cette pertinence, qui ne repose pas sur une légitimité politique à proprement parler, mais sur l’idée d’une pertinence d’ordre intellectuel. L’usage de l’UE est ainsi performé car l’acteur compte sur le fait que les destinataires de ces usages percevront ce qui se rapporte à cette institution comme ‘digne d’intérêt’ et méritant leur investissement.

Certaines données issues de notre enquête semblent par ailleurs suggérer que l’UE soit, de manière générale, perçue comme plus pertinente dans le domaine de la recherche que dans celui de l’organisation des soins. Si la comparaison entre différents secteurs n’est pas au centre de cette thèse et mériterait le développement d’une recherche spécifique, ce constat souligne sans doute l’intérêt d’introduire des données propres au secteur de politique analysé lorsqu’il s’agit de mesurer la ‘relation d’un pays à l’Union européenne’ (voir Annexe 4). Ainsi, dès lors que l’on s’intéresse de plus près aux acteurs de la recherche en e-santé, on constate que des usages de l’UE sont directement réalisés envers le personnel politique, au moins à un niveau local.

‘[...] Et ça c’est un travail de lobbying qu’on a fait depuis le début d’année, c’est-à-dire que Instrument PME ça existe depuis 2014, les *Seal of Excellence*³³⁷ c’est assez récent, je crois que c’est depuis 2015.. ? les *Seals of Excellence*, et en gros c’est un papier où il y a marqué "Bravo vous êtes très bien notés, on a pas d’argent désolé, allez voir vos régions pour avoir de l’argent". Jusqu’ici en Île de France il ne se passait rien, c’est-à-dire qu’il n’y avait aucun fond qui était ouvert à ces gens qui avaient le label, et en gros nos adhérents revenaient vers nous en disant bah il est bien beau ce papier mais il sert à rien. **Du coup on a tanné la Région en disant là l’Europe veut, attend de vous que vous preniez en charge vos pépites régionales, qu’est-ce que vous allez mettre en place pour ça ?** Et donc du coup ils ont dit on a un FEDER [Fonds Européen de Développement Régional] Innovation, et du coup on va aussi l’ouvrir aux *Seal of Excellence*.’ (Entretien, Pôle de compétitivité et de transformation numérique, 08.12.2016)

³³⁷ D’après le site de la Commission européenne, le label Seal of excellence est un ‘label de qualité qui est attribué aux projets proposés dans le cadre de Horizon 2020, le programme de l’UE de financement de la recherche et de l’innovation, pour aider ces projets à trouver des financements alternatifs’ (source : https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/seal-excellence_en, traduction par l’auteure).

Malgré ces usages à destination d'un personnel plus 'politique', on observe que les acteurs doivent toujours se reposer sur une connaissance approfondie du milieu dans lequel ils évoluent, ce qui leur permet de contrôler les effets de ces usages de légitimité.

A. : On les a à l'usure [Rires]. Non on montre, on s'appuie toujours sur la stratégie de l'Europe. **Là l'avantage, si on peut appeler ça comme ça qu'on a, c'est que ça dépend aussi des équipes locales, il y a eu clairement un changement de paradigme avec les élections régionales**, où on a une Valérie Pécresse extrêmement pro-Europe et du coup qui est très sensible quand on va lui dire "l'Europe veut que les régions fassent", et du coup elle met les choses en place pour que ça se passe.

[...]

B. : **En fait même elle a nommé, enfin elle a pas beaucoup de VP [vice-présidents du Conseil Régional] mais il y a une VP vraiment en charge de l'Europe** et qui est très très active et qui a dit dès le départ effectivement dans la nouvelle ré-organisation suite à l'arrivée de Valérie Pécresse et de ses nouveaux... voilà, de se dire justement un peu, enfin dans le sens oui on est là aussi au service de tous les différents services de la région et il faut que l'Europe soit partout. Enfin pas partout mais en tout cas.

A. : Voilà comme le numérique au final c'est assez transversal.

B. : Oui exactement, et ça va dans notre sens.

A. : Et je pense qu'on aurait peut-être pas eu les mêmes résultats avec d'autres équipes opérationnelles...

Q. : Oui ça dépend de ce qu'il y a en place...

A. : **Ça dépend des sensibilités surtout des stratégies régionales. Là l'avantage qu'on a c'est que il y a une smart spécialisation qui est quand même très pro-numérique, pro-Europe** et donc qui a été aussi poussée par la Commission européenne, la Commission européenne fait passer des messages assez régulièrement vers les régions, la région Île de France est représentée à Bruxelles également, donc il y a tout un travail de lobbying également et puis des messages qui sont transférés plus facilement, et puis après c'est nous pôle on les tanne, c'est vraiment un travail d'usure, je le cache pas, donc avoir des rendez-vous, c'est compliqué et donc du coup de faire passer des bons messages de.. Bah nous à chaque fois on leur montre des réalités, on leur dit aujourd'hui sur la région Île de France, il y a tant d'entreprises qui ont déposé des Instruments PME, tant qui ont déposé des *Seal of Excellence*, et donc ça c'est tant de personnes qui ont pas été financées qui ont pourtant des projets excellents.' (Entretien, Pôle de compétitivité et de transformation numérique, 08.12.2016)³³⁸

Cette dernière partie montre ainsi que les usages de l'UE, et en particulier ceux reposant sur une logique de légitimité, ne semblent pas impossibles en France. Seulement, ils sont opérés dans des conditions qui diffèrent largement de celles observées dans les cas autrichiens et irlandais. Ainsi, si en Autriche et en Irlande certains usages de l'UE impliquent directement le personnel politique et s'adressent à un grand nombre d'acteurs issus de différentes

³³⁸ Cet entretien a été réalisé en la présence de trois enquêtées différentes, les lettres A, B et C servent ainsi à différencier les enquêtées entre elles, et Q renvoie aux questions posées par l'intervieweuse.

communautés, ces mêmes usages en France se réalisent plutôt dans des environnements restreints et contrôlés par leurs auteurs. Cela semble indiquer que la pertinence de l’UE en tant qu’acteur des politiques d’e-santé existe au mieux dans des cadres restreints en France, alors qu’une telle notion semble être plus universellement partagée par les acteurs irlandais et autrichiens. C’est donc lors des périodes de synthèse que la ‘relation à l’UE’ semble avoir un effet particulièrement marqué : plus celle-ci est positive, plus les acteurs pourront anticiper de conséquences positives à un usage réalisé dans un environnement ‘ouvert’, et plus ils seront à même de réaliser des usages de l’UE durant cette période.

Tableau 30. Les caractéristiques des usages de légitimité de l’UE selon leur période de réalisation (flux ou synthèse)

	Relation à l’UE	Période de réalisation des usages	Destinataires des usages	Implication du personnel politique	Visibilité publique des usages
Lancement de l’initiative e-santé en Autriche (2005-2007)	Relativement positive	Synthèse	La communauté autrichienne des acteurs de l’e-santé	Oui (les usages sont réalisés par le Ministère de la santé)	Oui, présence marquée de l’UE dans le document final de l’initiative e-santé
Mise sur agenda secondaire de l’e-santé en Irlande (2011-2013)	Positive	Synthèse	Gouvernement, communauté irlandaise des acteurs de l’e-santé	Oui (gouvernement destinataire des usages)	Oui, l’UE renforce la légitimité de l’initiative auprès du public
Usage de l’UE lors de l’élaboration du DMP en France (2008-2011)	Négative	Flux	Un acteur institutionnel au sein du Ministère de la Santé	Non	Non
Usages de l’UE lors de la mise en œuvre du DMP en France (2018-...)	Négative	Flux	Maîtres de conférences des universités ou professeurs des université-praticien hospitalier	Non	Non

Les conditions dans lesquelles se déroulent les usages en France rendent en retour plus difficiles l'attribution d'une causalité à l'Union européenne dans les développements de politique publique. Ainsi, si nous observons des cas d'européanisation de troisième ordre en Autriche et en Irlande, dans lesquels l'UE semble jouer un rôle direct dans l'existence d'un précipité de politique publique, les cas d'usages observés en France témoignent d'une relation de causalité plus distendue entre l'UE et l'avancement de la politique publique (européanisation de premier ordre). La 'relation d'un pays à l'Union européenne' semble donc *in fine* affecter fortement le type d'européanisation à l'œuvre, en agissant comme un modulateur des stratégies mises en place par les acteurs de politiques publiques.

Chapitre 8. Les usages techniques de l'Union européenne : la transformation des instruments européens en outils pratiques de construction des solutions d'e-santé

Jusqu'à présent, les usages analysés dans cette thèse appartenaient tous à la logique de légitimité, et reposaient sur l'idée d'une pertinence politique 'naturelle' de l'Union européenne. Ce canal d'intervention, particulièrement présent dans le cadre de cette recherche (les usages de légitimité représentent ainsi huit cas sur les douze analysés), n'est pourtant pas le seul moyen par lequel l'UE peut être intégrée à la construction des politiques. La logique technique, qui s'intéresse aux cas dans lesquels les instruments européens sont mobilisés du fait de leur caractère 'pratique' et 'utile', représente ainsi une autre modalité d'intervention de l'Union européenne dans les politiques nationales. Ce chapitre vise à s'intéresser aux conditions d'apparition de cette logique et à en explorer les effets.

En premier lieu, il s'agit de noter que la distinction entre plusieurs logiques d'usage, si elle est utile au plan analytique, n'est pas toujours aisée à établir empiriquement. Ces logiques renvoient ainsi davantage à des idéaux-types qu'à des réalités directement observables, qui tendent à combiner les caractéristiques de ces catégories. Cela étant posé, les usages techniques que nous avons pu observer dans cette thèse présentent certaines caractéristiques qui les distinguent des usages de légitimité analysés jusqu'à présent.

En effet, dans les usages analysés précédemment (Partie II et Chapitre 7), la nature européenne de l'instrument semblait suffire à doter l'usage d'un pouvoir d'influence. Ainsi, le seul fait qu'une orientation soit promue au niveau européen permettait de la présenter comme digne d'être prise en compte au niveau national :

'I would have encouraged that kind of dialogue saying look, **the guys in Bruxelles are saying we have to do it so we have to do it.**'³³⁹ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

– OK. And so who was the main initiator of the eHealth initiative in 2005?
– And... To be honest? I think it's the European Commission. **Because the European Commission said every country, has to have a eHealth roadmap by**

³³⁹ 'J'ai encouragé ce genre de dialogue en disant regardez, les gens de Bruxelles disent que nous devons le faire alors nous devons le faire' (Traduction de l'auteure)

the end of... 2005 I think?'³⁴⁰ (Entretien, membre du comité 'eHealth initiative' 2005-2007, 15.03.2017)

'Et donc euh, je me disais bon, c'est un peu dommage, et alors du coup on se retrouve avec un système un peu orthogonal, parce que nous on n'a jamais, on n'avait pas prévu à l'époque, de *medical summary* ou de *Patient Summary*, et euh, **donc on se trouvait obligés de le rajouter...** à vrai dire c'était probablement que ça n'avait rien d'incompatible mais, on était parti sur une conception du *Patient Summary* qui n'était pas la conception DMP et donc on s'alignait sur la position des Anglais en fait. Le, ce qui était pas, après tout c'était un truc pragmatique donc on l'a fait.'

(Entretien, ex-directeur de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé, 25.05.2018 et 30.05.2018)

Dans ces trois cas, la prise en compte du niveau européen dans la construction des politiques nationales semble être uniquement liée au caractère européen des instruments. Par contraste, les usages techniques répondent à une toute autre logique : l'UE y est mobilisée car elle est perçue comme utile et pertinente dans le cadre de la réalisation d'une action précise au niveau national. Le caractère proprement européen des instruments importe peu,³⁴¹ et c'est pour cela que ces derniers sont considérés comme un outil parmi d'autres. Par exemple, lorsque la Haute Autorité de Santé souhaite construire des standards d'e-santé, elle prend en compte l'ensemble des initiatives (dont les standards européens issus du projet Epsos) qui lui permettent de répondre à la question :

'Des synthèses médicales ont-elles déjà été définies ? Pour quels objectifs ? Avec quel contenu ?'³⁴²

De même la Health Information and Quality Authority en Irlande (HIQA) insiste sur la question de la pertinence de multiples standards en relation avec les objectifs nationaux :

'HIQA completed a review of **both international and national literature** to inform the development of the draft standard. HIQA reviewed and assessed international standards and guidance documents on patient summaries. A review of **all relevant national policies and national reports** was undertaken. HIQA has previously published an international review on patient summaries, available

³⁴⁰ '—OK. Et qui était le principal initiateur de l'initiative e-santé en 2005 ?

—Et... Pour être honnête ? Je pense que c'est la Commission européenne. Parce que la Commission européenne a dit, chaque pays doit avoir une feuille de route pour l'e-santé pour la fin de l'année... 2005 je crois ?' (Traduction par l'auteure)

³⁴¹ Dans le milieu scientifique cependant, le niveau international dispose d'une légitimité naturelle forte, et les usages de l'UE peuvent parfois être archétypaux de l'usage s'opérant à la frontière de la logique de légitimité et de la logique technique. Autrement dit, c'est précisément du fait de leur caractère international que les standards européens peuvent parfois être considérés comme particulièrement pertinents (ou plus pertinents que d'autres, établis à un niveau national ou local). À la logique technique peut donc éventuellement se superposer une logique de légitimité, mais qui repose essentiellement sur des motifs techniques et non politiques.

³⁴² Haute Autorité De Santé (2012). *Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012*. Paris: Haute autorité de Santé, p.8

www.hiqa.ie, and developed additional standards in this area, including clinical datasets for diagnosis, procedures and adverse reactions. **All documents were reviewed and assessed as to whether to be included** in the evidence-base used to develop the National Standard.³⁴³

Dans ce cadre, l'usage des instruments européen n'est pas guidé par l'existence d'une légitimité qui leur serait rattachée, mais plutôt par leur potentiel apport concret à la construction de la politique publique. En somme, c'est davantage le contenu de l'instrument plutôt que l'institution qui le produit qui importe dans le cas des usages techniques.

Par conséquent, la question des usages techniques est étroitement liée à la question de la structure des instruments européens : à partir de quel moment les institutions européennes produisent-elles des contenus susceptibles d'être jugés utiles au niveau national ? Et dans quels contextes les acteurs développent-ils un intérêt pour ces types d'instruments ?

La première partie de ce chapitre apportera des éléments de réponse à ces questions. Tout d'abord, une analyse de l'évolution des instruments européens au vu de la valeur ajoutée de leur contenu sera proposée. Ensuite, nous nous attacherons à opérationnaliser l'hypothèse de l'intérêt dans le cas des usages techniques de l'UE réalisés dans le cadre de la construction des standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Comme nous le verrons, ces usages sont réalisés dans le courant des solutions en période de flux, et il s'agira alors de s'intéresser aux ressources dont les acteurs nationaux disposent à l'intérieur de ce courant. Dans ce cadre, les acteurs analysés sont ceux en charge de la construction des standards d'e-santé : la Haute Autorité de Santé pour la France, la Health and Information Quality Authority pour l'Irlande, et ELGA GmbH pour l'Autriche. La seconde partie s'attachera plus précisément à la description des usages de l'UE au sein de ces trois cas. Nous verrons ainsi comment les usages techniques de l'Union européenne peuvent parfois affecter directement le contenu des politiques publiques (européanisation de second ordre).

Ce chapitre montrera ainsi les apports d'une approche qui prend en compte les usages réalisés au sein d'espaces peu 'visibles' des politiques publiques, et en l'occurrence particulièrement marqués par leur caractère technique. Si ce niveau de technicité est considérablement élevé dans le cas des standards d'e-santé, de nombreuses politiques publiques comportent également des dimensions techniques, susceptibles de faire l'objet d'une intégration au niveau européen et d'être ensuite européanisées. Alors que l'analyse d'usages en période de flux

³⁴³ Health and Information Quality Authority (2018). *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary*. p.12

permet de considérer les trois cas comme similaires (Chapitre 7), ce chapitre soulignera également l'intérêt de combiner la question des ressources des acteurs avec celle de la structure des instruments européens.

I. Instrument et intérêt : les conditions de l'usage technique

A) Des contenus complexes : une nécessité pour les usages techniques ?

Lorsque les usages de l'UE reposent sur une logique de légitimité, ils véhiculent l'idée que l'Union européenne est perçue comme un acteur politiquement important du domaine analysé. Pour que ce type d'usage soit disponible dans le travail politique de l'acteur, un minimum d'intégration européenne formalisée est nécessaire ; le positionnement de l'Union européenne sur le sujet, si abstrait qu'il soit, doit faire l'objet de formulations explicites et publiques, éventuellement directement mobilisables par les auteurs des usages. Ce positionnement n'a par ailleurs pas besoin d'être particulièrement sophistiqué, l'existence d'un simple soutien européen au développement d'une politique publique étant souvent amplement suffisant pour permettre des usages au niveau national. Ainsi, les usages reposant sur une logique de légitimité sont souvent possibles dès lors qu'il existe un minimum de coopération au niveau européen. Si les usages reposant sur une logique de légitimité devraient apparaître comme 'disponibles' pour les acteurs tout au long de la période analysée, il n'en va pas de même avec les usages techniques, qui requièrent que l'Union européenne produise plus que de simples orientations politiques.

Lorsqu'on s'intéresse aux instruments européens dans le domaine de l'e-santé, on observe que de telles opportunités pour les usages techniques ne sont que très peu présentes au début des années 2000. À ce moment-là, les orientations européennes sont effectivement caractérisées par leur aspect très *soft*, et consistent principalement en des plaidoyers en faveur du développement de l'e-santé (voir tableau p.376 pour plus de détails). Ce n'est qu'à partir du début des années 2010 que la coopération européenne commence à devenir une plateforme de contenus techniques dans le domaine de l'e-santé.

Cette transformation passe, en premier lieu, par la création du 'réseau e-santé' (*eHealth network*) lors de l'adoption en 2011 de la Directive sur les soins transfrontaliers. Ce réseau, basé sur le volontariat, rassemble les principaux acteurs étatiques nationaux de l'e-santé lors de rendez-vous européens biannuels, et constitue entre autres une plateforme d'échange et de comparaison des différentes stratégies nationales. En effet, durant ces réunions, les États

membres présentent tour à tour l'avancement de leur stratégie nationale d'e-santé, permettant ainsi une certaine forme de comparaison et d'échanges des pratiques.³⁴⁴ Celles-ci sont susceptibles d'engendrer un apprentissage ou *learning* (Bennett and Howlett 1992; Dolowitz and Marsh 2000; Dunlop and Radaelli 2017), qui peut conduire à différents types d'usages de l'UE. Retracer le lien causal entre apprentissage au niveau européen et usage au niveau national est en revanche souvent difficile (Kröger 2009b; Radaelli 2008), à moins que la dimension européenne soit explicite dans l'usage en question. Or, ce phénomène arrive rarement : l'apprentissage étant un processus cognitif complexe, il est la plupart du temps difficile pour les acteurs eux-mêmes de retracer exactement les sources d'une idée qu'ils adoptent par la suite.

Un deuxième champ d'utilité technique dans lequel l'UE offre des ressources dans le domaine de l'e-santé est celui de l'interopérabilité. L'interopérabilité des solutions d'e-santé est avant tout une problématique interne aux États membres : pour développer un système d'information en santé efficace, il est nécessaire que les différents éléments qui le composent soient communicants entre eux. Il faut par exemple s'assurer que des résultats de laboratoires générés par différents logiciels soient tous lisibles dans le Dossier Médical Personnel. Cette problématique de l'interopérabilité, centrale dans la construction des politiques d'e-santé nationales, a d'un autre côté constitué un point d'entrée important pour l'Union européenne. En effet, dans le cadre de la libre circulation des personnes, la Commission entend assurer un transfert efficace des données de santé pour que celles-ci puissent 'suivre' les patients se déplaçant à l'intérieur de l'espace Schengen, participant ainsi à la continuité des soins. La question de l'interopérabilité au niveau européen est dans ce cas externe : il s'agit rendre compatible les systèmes d'e-santé entre les États membres. En pratique, ces deux questions sont en revanche intrinsèquement liées. En effet, les choix effectués en interne impactent directement les possibilités d'interopérabilité au niveau externe. La controverse récente autour des choix techniques relatifs aux applications de lutte contre la propagation de la Covid-19 en est un bon exemple : en développant un système centralisé de traitement des données, la France compromet sa participation à un système de traçage d'envergure européenne.³⁴⁵

³⁴⁴ De 2015 à 2019, huit États membres ont eu l'opportunité de présenter leur stratégie nationale : Belgique et France (2015), Pays-Bas, Portugal et Luxembourg (2016), Malte et Estonie (2017) et Autriche (2018).

³⁴⁵ Khan, Mehreen et Leila Abboud (2020). 'EU contact tracing scheme will not include French app', *Financial Times*, Disponible sur : <https://www.ft.com/content/6f9845e2-4c1f-48a2-be98-357809168aeb>; France 24 (2020). 'France's Covid-19 tracing app hard to link to others, EU official says', *France 24*, Disponible sur : <https://www.france24.com/en/20200617-france-s-covid-19-tracing-app-hard-to-link-to-others-eu-official-says>

Avant la crise sanitaire actuelle, les travaux européens en matière d'interopérabilité étaient plus spécifiquement centrés autour de deux dispositifs : le résumé patient et la ePrescription. Le projet Epsos (*European Patients Smart Open Services*), qui débute en juillet 2008 et se termine en juin 2014 et est financé par le programme-cadre pour la compétitivité et l'innovation (CIP), vise précisément à produire des standards européens en la matière. Concrètement, ces standards doivent traiter à la fois des problèmes d'interopérabilité technique (les formats de documents doivent être lisibles sur plusieurs dispositifs informatiques) et sémantique (mêmes désignations et références pour les termes médicaux utilisés). Pour assurer une continuité des soins, des normes en termes de contenu sont également développées, afin que les catégories d'informations portées dans les documents soient équivalentes. Dans le cas du projet Epsos, les travaux autour de l'échange transfrontalier du résumé patient et de la ePrescription ont donné lieu à un ensemble de standards issus du travail coopératif entre vingt-trois États membres³⁴⁶ et appartenant au domaine public.³⁴⁷ Ces normes reposent en partie sur des standards internationaux tels que HL7 (*Health Level Seven*) et IHE (*Integrating the Healthcare Enterprise*).

Contrairement à l'échange d'informations réalisé dans le cadre du réseau e-santé (voir ci-dessus), ces standards présentent un haut niveau de technicité, et leur usage technique est donc réservé à des acteurs susceptibles de gérer cette complexité. De fait, la production de standards étant un domaine particulièrement technique, elle est généralement déléguée à des agences spécialisées, qui disposent d'un personnel qualifié scientifiquement (les 'experts') pour réaliser ce travail. C'est précisément le cas en France, en Autriche et en Irlande, où ce travail a été confié respectivement à la Haute Autorité de Santé, à ELGA GmbH et à la Health and Information Quality Authority.

Ce cadre scientifique, s'il est atypique du fait de son haut niveau de technicité, présente néanmoins des avantages majeurs dans le contexte de notre étude. En effet, c'est un cadre dans lequel les 'inspirations' issues de modèles extérieurs font précisément l'objet d'une objectivation, ce qui n'est pas le cas lors de situations plus usuelles. Décrire en détail 'l'état de l'art' est ainsi un travail qui est classiquement réalisé au sein de ces agences. En effet, pour pouvoir fournir de l'expertise aux pouvoirs publics, celles-ci utilisent diverses procédures qui leur permettent d'affirmer un 'rapport spécifique à la science' (Benamouzig 2015: 25). Ces

³⁴⁶ Dont la France et l'Autriche, liste de pays à laquelle s'ajoute deux États hors Union européenne, la Suisse et la Turquie.

³⁴⁷ Pour plus d'informations, consulter le site web du projet Epsos (site web archivé) : <http://www.epsos.eu>

procédures, issues de la science positiviste, poussent les acteurs à s'appuyer sur 'les meilleures preuves disponibles' (Benamouzig 2015: 29), ce qui les conduit généralement à réaliser, en amont, une revue et une analyse de la littérature internationale afin d'alimenter les décisions futures (Joly 2015). Cette objectivation est par ailleurs associée à un rapport particulier à la transparence qui permet de rendre les résultats de ces processus d'analyse particulièrement visibles pour le ou la chercheur.e. Il existerait en effet au sein de ces agences une volonté de transparence visant à les rendre irréfutables sur un plan scientifique et procédural. Selon Daniel Benamouzig (2015: 30–31), ces exigences se traduisent 'en pratique par l'importance remarquable attribuée à l'écrit, à travers lequel se donne à voir une grande part du travail d'expertise'. Ces comptes-rendus, s'ils ne sont pas exhaustifs, permettent donc de disposer d'un matériau empirique relativement étoffé pour un observateur externe, ce qui contraste avec la plupart des processus de formulation opérés au sein des administrations. Ainsi, la plupart des données empiriques de ce chapitre sont directement issues des rapports produits par les agences elles-mêmes, qui détaillent de façon approfondie la méthode qu'elles ont appliquée dans le cadre de la production des standards d'e-santé.

L'analyse de la construction des standards d'e-santé a donc de nombreux avantages malgré son caractère technique. Maintenant que nous avons présenté les instruments européens susceptibles d'engendrer un usage technique repérable au niveau national, il s'agit d'opérationnaliser la variable de l'intérêt dans le cas de la construction des solutions d'e-santé.

B) L'intégration des communautés techniques au processus décisionnel : un motif d'intérêt pour les usages de l'UE

La Partie II a montré que la prise en compte de l'intérêt des acteurs était centrale pour comprendre les phénomènes d'européanisation. Dans cette partie, le 'manque de ressources' des acteurs était analysé au regard des actions de jonction des courants menées par les entrepreneurs de politique publique. Il s'agissait alors de s'intéresser à l'ensemble des éléments de contexte pour déterminer si la synthèse était plus ou moins favorable (ou 'mature') vis-à-vis de l'action envisagée. Le cas que nous analysons ici est très différent. En effet, il ne s'agit pas d'analyser la jonction des courants dans une période de synthèse, mais plutôt de s'intéresser à la manière dont l'UE est introduite dans des actions plus quotidiennes en lien avec la politique publique. La construction de standards pour le résumé patient et la ePrescription participent ainsi à la structuration du courant des solutions, et l'intérêt à utiliser

les instruments européens doit ainsi être directement déterminé en relation avec le positionnement des acteurs dans ce courant.

On pourrait penser à première vue que les trois agences (HAS, HIQA et ELGA GmbH) disposent toutes de ressources techniques suffisantes pour réaliser ces standards : si le mode de recrutement de ces experts varie selon les pays, nous observons dans les trois cas de cette recherche qu'ils possèdent tous un diplôme ou une expérience particulière dans un domaine scientifique ou technique considéré comme pertinent au regard de l'e-santé (médecine, biologie, informatique de santé). Si l'ensemble de ces experts peut se revendiquer d'une approche scientifique, tous ne disposent en revanche pas du même niveau de compétence technique. L'objectif n'est pas d'explorer ces différences ou la manière dont elles témoignent de rapports divergents entre science, expertise et politique (Robert 2008; Benamouzig and Besançon 2007). Il s'agit plutôt de se concentrer sur l'effet de la variation de ces ressources techniques sur les usages de l'UE réalisés durant le processus de formulation des standards d'e-santé.

Ainsi, on peut distinguer trois niveaux de compétence vis-à-vis de la construction des standards d'e-santé, qui ne sont pas également répartis entre les experts des trois pays. Le niveau d'expertise le plus élevé correspond aux experts 'spécialistes' capables de comprendre et de manipuler directement les standards de base. Ces spécialistes sont plutôt rares et occupent souvent une fonction académique.³⁴⁸

'So you if you really use the base standards you'll have a really hard time, because **in order to use them you need to be one of the thousand international experts to understand them**. And this is not feasible. I've been I've been really, as a person I've been reading tens of thousands of pages of standards, and you can't do this if you're an IT developer, you cannot read tens of thousands, this is an academic exercise it doesn't work.' (Entretien, acteur autrichien de l'e-santé, 09.03.2017)

'En plus **c'est l'affaire de spécialistes**, parce que quand vous êtes dans une équipe de développement, le sujet interopérabilité est partagé par peu de personnes parce que c'est un sujet un peu compliqué et qui se dégage complètement de la logique, de construire des programmes qui exploitent des données dans une base de données en local quoi donc on a besoin d'autres compétences en matière d'interopérabilité donc, peu de personnes, **peu de spécialistes, une spécialité qui**

³⁴⁸ La production des standards dans le domaine de l'informatique de santé est généralement présentée par les acteurs comme particulièrement complexe et coûteuse en termes d'investissement. C'est sans doute pour cette raison que les standards dans le domaine de l'informatique de santé ont très vite acquis une dimension internationale, permettant de regrouper des ressources rares et éparées vers un objectif unique, celui de créer des standards interopérables de qualité facilement utilisables par les développeurs de logiciels informatiques (Entretien, Interop'Santé, 24.11.2016).

nécessite des connaissances assez pointues, et euh, une documentation importante mais assez complexe à, à acquérir.' (Entretien, Interop'Santé, 24.11.2016)

Un second niveau de spécialisation correspond aux experts et développeurs spécialisés dans l'information en santé, qui savent intégrer ces standards au sein de leur logiciel et comprennent leur fonctionnement sans pouvoir toutefois les manipuler directement. Souvent, ces experts recourent à des standards de base déjà intégrés au sein de 'profils' qui rendent plus simple leur utilisation (l'objectif d'IHE est ainsi précisément de créer ces profils, en proposant un ensemble déjà construits de standards pour des cas d'usage : dossier médical électronique, ePrescriptions...). L'utilisation de tels standards permet d'assurer l'interopérabilité technique des solutions : deux éditeurs de logiciels différents utilisant des standards similaires pourront ainsi échanger leur ePrescription ou leur dossier médical électronique. Enfin, un troisième niveau de spécialisation (les 'experts non spécialistes') peut s'appuyer sur des modèles, nationaux ou internationaux, qui reposent et intègrent déjà les standards internationaux de référence. Puisque ces modèles sont déjà construits et apportent un exemple concret, ils sont plus facilement mobilisables et analysables pour des experts non spécialistes. On distingue ainsi trois types de sources pouvant être mobilisées pour formuler des standards au niveau national, chacune requérant un niveau de spécialisation différent :

- 1) Les standards internationaux 'de base' (mobilisables par les experts 'spécialistes')
- 2) Les standards internationaux déjà intégrés au sein de profils (mobilisables par les experts en informatique)
- 3) Les exemples nationaux et internationaux déjà construits utilisant les standards internationaux (mobilisables par les experts 'non spécialistes')

La production d'un standard à l'échelle nationale, dans le cas des dispositifs analysés, passe par deux grands types de choix. Le premier concerne le type de standard à utiliser, et relève d'une dimension essentiellement technique (bien que certaines décisions d'ordre technique puissent avoir des répercussions importantes sur le contenu de la politique publique)³⁴⁹. Le second concerne le contenu des dispositifs : quelles sont, par exemple, les informations importantes à intégrer dans le résumé patient ? Quelle structuration de ces informations sera la plus utile aux professionnels de santé ? Ce résumé est-il destiné avant tout au médecin traitant, ou aux autres professionnels de santé du parcours de soins ? En principe, les

³⁴⁹ Suivant les choix opérés, le résumé patient peut par exemple être rédigé entièrement en texte libre, ou présenter des catégories bien définies, dans lesquelles les professionnels de santé inscrivent les informations à partir de menus déroulants.

standards internationaux 'de base' n'apportent aucune réponse à ces questions,³⁵⁰ mais sont seulement un moyen technique de les réaliser. Mais, puisque les standards visent *in fine* à être utilisés dans des applications concrètes, les questions de contenu sous-tendent généralement les travaux qui sont produits dans ce domaine. Ainsi, les experts 'spécialistes', et dans une moindre mesure les experts en informatique de santé, disposent d'une connaissance importante sur les contenus types des dispositifs soutenus par les standards qu'ils produisent.

Sur cette base, on peut distinguer deux types de rationalités applicables lorsqu'il s'agit de formuler des standards nationaux. Les experts 'spécialistes' pourront à partir de leurs connaissances structurer directement le débat des parties prenantes afin que soient prises les décisions quant au contenu des dispositifs d'e-santé. À partir de ces choix de contenu, ils pourront manipuler directement les standards internationaux afin de réaliser concrètement les choix opérés au niveau national. Ainsi, les travaux des experts spécialistes devraient se référer de manière plus systématique aux ressources de la première catégorie (standards internationaux 'de base') et éventuellement de la seconde, par opposition à ceux de la troisième catégorie (exemples nationaux et internationaux déjà préconstruits).

Les experts non spécialistes devront au contraire effectuer une recherche vers des sources externes afin d'acquérir les éléments de base de structuration du débat au niveau national, que ce soit en termes de contenus ou de standards. Ne manipulant pas eux-mêmes les standards de base, ils seront ensuite plus susceptibles de mobiliser directement des 'blocs' préconstruits, incluant à la fois norme de contenu et standard technique, afin de produire le standard national final. Les experts non spécialistes seront ainsi plus susceptibles de recourir directement aux sources de la troisième catégorie dans la formulation de la politique nationale.

Or, les instruments européens développés dans le cadre d'Epsos (puis du projet Connecting Europe Facility, voir Chapitre 10, p.381) appartiennent à la troisième catégorie de sources, qui est à la fois la plus facilement mobilisable par les non-spécialistes, et la moins utile pour les spécialistes des normes internationales.

Dans le cadre de la construction des standards d'e-santé, l'hypothèse de l'intérêt peut ainsi s'opérationnaliser de la façon suivante : plus les acteurs spécialistes de normes internationales

³⁵⁰ Bien que les organismes de standardisation proposent généralement, en parallèle de leurs standards 'bruts', des normes de contenu dans lesquelles sont intégrés ces standards. C'est par exemple le cas de l'International Patient Summary (IPS) de HL7.

participent au processus de formulation de standards nationaux, moins il est probable que les acteurs réalisent des usages techniques de l'UE.

C) Des ressources techniques variables en France, en Autriche et en Irlande

En France, en Autriche et en Irlande, les acteurs en charge de développer des standards applicables aux politiques d'e-santé nationales ne disposent pas tous des mêmes compétences techniques pour manier directement ces standards et les adapter aux besoins nationaux.

Ainsi, dans le cadre de la préparation de la synthèse bibliographique de la Haute Autorité de Santé servant de support à la définition du contenu du volet de synthèse médicale français, on ne trouve par exemple aucun spécialiste des normes d'interopérabilité, bien que les personnes mobilisées soient des expertes du domaine de la santé (médecins, économistes de la santé, biologistes), voire pour certains de l'e-santé. L'association française Interop'Santé³⁵¹ rassemble pourtant de tels spécialistes au sein de son bureau et son conseil d'administration, mais on ne trouve pas de trace de leur participation à ces travaux, bien que la HAS soit officiellement membre de cette association. De manière similaire, il existe sans doute au sein de l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé (ASIP) des personnes spécialisées dans le maniement de ces standards, mais celles-ci ne sont pas mobilisées lors de cette première phase de définition de la politique publique.³⁵² Pour que des ressources techniques soient directement utilisées dans le processus de la formulation de la politique publique, il ne suffit donc pas qu'une communauté d'acteurs disposant de ces ressources existe ; il est également nécessaire que cette communauté soit étroitement intégrée au processus de formulation de la politique publique (Zahariadis 2003b).

Une situation similaire peut être observée en Irlande, puisque les principaux responsables de la création des standards à l'HIQA, s'ils disposent d'une formation scientifique, ne font pas partie des spécialistes des standards d'interopérabilité. En revanche, ils travaillent en étroite collaboration avec des individus extérieurs à l'HIQA rassemblés au sein du '*eHealth Standards Advisory Group*', qui compte parmi ses membres un spécialiste des normes d'interopérabilité HL7 et CDA (*Clinical Document Architecture*). Cette ressource technique, bien qu'elle soit importante, ne semble pas suffisante pour permettre à l'HIQA de construire ses standards sans se baser sur des exemples extérieurs. La communauté des spécialistes de

³⁵¹ Interop'Santé est l'association affiliée française d'HL7 International et regroupe les activités IHE, HL7 et HPRIM en France. Son objectif est de promouvoir l'interopérabilité des solutions d'e-santé.

³⁵² Elles le seront seulement dans un second temps pour définir les spécifications techniques sur la base du travail de la HAS et de la décision des partenaires conventionnels, voir ci-dessous.

ces normes semble ainsi particulièrement restreinte en Irlande, qui ne possède pas d'associations affiliées HL7 ou IHE comme c'est le cas en France (Interop'Santé) ou en Autriche.³⁵³ Ce dernier cas contraste par ailleurs grandement avec les deux précédents. En effet, il existe en Autriche une communauté de spécialistes des normes d'interopérabilité particulièrement développée et très fortement intégrée dans la production des standards au niveau national.

Ainsi, Dr.Stefan Sabutsch, chef de l'équipe Standards et ergonomie (*usability*) de ELGA GmbH³⁵⁴ depuis 2010, est également spécialiste CDA et Président de la société affiliée HL7 en Autriche, qui compte par ailleurs deux autres spécialistes de ces standards. De plus, trois des quatre collaborateurs de Stefan Sabutsch à ELGA ont suivi des formations HL7 et sont signalés comme experts de ce standard sur le site de HL7 Autriche.³⁵⁵ Trois employés d'ELGA répartis dans d'autres équipes apparaissent également sur cette même liste. La communauté HL7 est donc très structurée en Autriche, et plusieurs de ces membres sont directement en charge de la production de standards pour le dossier médical informatisé à l'échelle nationale. La communauté IHE semble également étoffée, et comporte plusieurs experts de ces standards. S'ils ne sont pas directement en charge de la production des normes d'interopérabilité d'ELGA, ils sont en revanche inclus dans le processus décisionnel lié à leur adoption. Ce processus est, en Autriche, particulièrement marqué par la présence des communautés techniques, qui sont directement impliquées à l'entrée mais également à la sortie de son développement. Ainsi, la procédure pour l'adoption de standards à ELGA commence avec la création d'un groupe de travail au sein de l'organisation, généralement dirigé par Stefan Sabutsch, Président de HL7 Autriche, et son équipe. Ils engagent alors un travail à partir des standards internationaux tels que HL7 ou IHE, dont ils discutent des résultats avec un vaste panel d'acteurs. Par la suite, les standards produits font l'objet d'un vote au sein de l'association HL7 Autriche, dont l'approbation est nécessaire pour qu'ils soient ensuite publiés par ELGA.

³⁵³ En 2020, la liste des pays disposant d'une affiliation IHE ou HL7 est la suivante : Autriche, Belgique, Croatie, République Tchèque, Finlande, France, Allemagne, Italie, Luxembourg, Espagne, Suisse, Pays-Bas, Turquie, Danemark, Grèce, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Suède, Ukraine et Royaume-Uni (Sources : <https://www.ihe-europe.net/participate/national-initiatives>; <http://www.hl7.eu/>).

³⁵⁴ La société ELGA GmbH est créée en 2009 avec pour mission d'assurer la mise en œuvre du dossier électronique autrichien. Ce groupe appartient de manière conjointe au gouvernement fédéral, aux États fédérés et aux institutions de sécurité sociale. M. Brunner, le principal entrepreneur de la politique d'e-santé en Autriche, en est le Président du comité de direction.

³⁵⁵ Source : <https://hl7.at/home/zertifizierte-hl7-experten/>

En France, la procédure décisionnelle concernant les résumés patients est très différente. En effet, c'est la Haute Autorité de Santé qui a pour tâche de préparer les informations nécessaires à l'alimentation de ce processus, via la réalisation d'une analyse bibliographique. Comme nous l'avons vu, aucun spécialiste des standards internationaux n'est alors inclus à ce stade. Les travaux de la HAS servent ensuite de base aux débats et à la prise de décision par des représentants des parties prenantes signataires de la convention médicale de 2011 entre les syndicats de professionnels de santé et l'Assurance Maladie.³⁵⁶ Une fois les décisions arrêtées par ce groupe d'acteurs, l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP Santé) a la charge de formuler les spécifications techniques servant à mettre en œuvre le modèle adopté par les partenaires conventionnels. Les ressources techniques ne sont donc mobilisées que dans un dernier temps, afin d'exécuter des décisions prises dans un autre cadre. Il est d'ailleurs clairement précisé dans l'introduction du rapport présentant les travaux relatifs à la synthèse médicale que les spécifications élaborées par l'ASIP *se fondent sur* le modèle métier de la synthèse médicale développé par la HAS. Une distinction et une hiérarchisation est donc précisément établie entre les deux sources de normalisation, hiérarchisation qui sera remise en cause par la suite (voir à ce sujet la seconde partie du Chapitre 10). Alors que c'est le vote des partenaires conventionnels qui acte le format du résumé patient français, c'est au contraire le vote de la communauté technique HL7 qui occupe la même fonction en Autriche.

En Irlande, l'approbation des standards est sanctionnée par la validation du *eHealth Standards Advisory Group*, qui regroupe plusieurs acteurs de l'e-santé (Department of Health, Health Service Executive, Irish College of General Practitioners, Royal College of Surgeons, National Standards Authority of Ireland), et un seul spécialiste des standards internationaux. De manière similaire à la HAS, l'HIQA procède dans un premier temps à un examen des projets internationaux et de la littérature. Après cette analyse, des réunions sont réalisées afin de prendre l'avis du *eHealth Standards Advisory Group*. Ces premiers travaux sont ensuite parfois complétés par la réalisation d'entretiens ou de focus groups. Enfin, une version préliminaire de standards est généralement rendue publique afin de recevoir des commentaires. La version révisée est ensuite présentée et validée par le *eHealth Standards*

³⁵⁶ En effet, c'est suite à la convention médicale de 2011 que la Haute Autorité de Santé est sollicitée pour valider ce qui est alors appelé le 'modèle métier' de la synthèse médicale, modèle sur lequel seront basés les travaux de l'ASIP pour élaborer les spécifications du VSM destiné à être intégré dans le DMP. Les partenaires conventionnels sont : Union nationale des caisses d'assurance maladie, Confédération des syndicats médicaux français, Fédération française des médecins généralistes, Syndicat des médecins libéraux, Fédération des médecins de France.

Advisory Group. C'est donc l'avis des acteurs du secteur de l'e-santé, informé par un processus de comparaison et de consultation, qui semble primer ici, et non celui d'une communauté technique comme c'est le cas en Autriche, ou des professionnels de santé comme en France. Les principales personnes en charge de la production des standards à l'HIQA, si elles disposent d'une formation scientifique, ne sont par ailleurs pas des spécialistes des normes internationales.

S'il existe quelques différences dans le processus décisionnel tel qu'il est institué en France et en Irlande, deux éléments centraux apparaissent dans ces deux cas. D'une part, la prise en charge de la production des standards est réalisée par des agences autonomes à caractère scientifique, qui ne sont pas des spécialistes des standards internationaux. D'autre part, les ressources techniques, constituées par des spécialistes, si elles sont mobilisées, le sont de manière marginale (Irlande), ou dans un temps qui intervient de manière postérieure à la décision (France). Par contraste, on observe en Autriche que ces ressources techniques structurent le processus décisionnel tant en amont (les personnes en charge de la production des standards nationaux sont des spécialistes des standards internationaux) qu'en aval, la validation des standards après consultation étant également dépendante de la communauté technique HL7.

Les différentes structurations de ces processus décisionnels révèlent donc une inclusion inégale des ressources techniques entre la France et l'Irlande d'une part, et l'Autriche d'autre part. Si les explications de ces différences demeurent en dehors du cadre de cette recherche, nous allons en revanche nous intéresser à leurs effets en ce qui concerne les usages techniques de l'UE.

II. Des ressources aux usages techniques de l'UE : les cas français, irlandais et autrichien

L'analyse des usages techniques réalisés dans la construction des standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande montre que ceux-ci varient en fonction de l'intégration des communautés techniques dans le processus décisionnel national. Ainsi, on observe des occurrences d'usage technique en France et en Irlande, tandis que ces mêmes usages semblent absents du processus de formulation de la politique publique autrichienne.

A) France : usages techniques et européanisation de premier ordre, le cas du Volet de Synthèse Médicale

Le cas français invite à se concentrer principalement sur le Volet de Synthèse Médicale (VSM, l'équivalent du résumé patient), pour laisser de côté ce qui relève de la ePrescription. En effet, concernant ce dernier dispositif, aucun travail de normalisation n'avait été lancé au moment de l'enquête de terrain, qui se termine fin 2017. Depuis, c'est plutôt la CNAMTS qui semble prendre en charge tout ce qui a trait à la ePrescription, au travers de services qu'elle propose aux professionnels de santé (notamment le 'SCOR', service de scannérisation des ordonnances).³⁵⁷ La ePrescription est dans un premier temps conçue comme un moyen de faciliter les transmissions de prescriptions entre médecins, pharmaciens et assurance maladie, et appartient donc plus à la catégorie des dispositifs administratifs que des dispositifs d'e-santé. Son articulation avec le Dossier Médical Partagé (qui nécessitera l'introduction de standards par l'ASIP pour que les logiciels DMP compatibles puissent intégrer les ePrescriptions) est en 2020 un projet qui reste à mettre en œuvre.³⁵⁸

En ce qui concerne la production des standards pour le VSM, elle prend place dans un contexte bien particulier. En effet, suite à l'introduction de ce dispositif dans la convention médicale de 2011 (Chapitre 7), la Haute Autorité de Santé est chargée d'assurer la définition du contenu de ce Volet, qui doit ensuite être validé par les partenaires signataires de la convention. Afin d'alimenter le processus décisionnel, la HAS réalise une analyse bibliographique dans laquelle elle recense et compare différents modèles de synthèse médicale. Les orientations issues du projet Epsos figurent ainsi parmi les seize sources d'informations utilisées, et sont considérées comme un 'document technique' (voir ci-dessous ligne n°10) :³⁵⁹

³⁵⁷ Les seuls référentiels de la HAS que nous avons pu trouver à ce sujet traitent des cas d'usage de la ePrescription et non de ses normes de contenu, voir : HAS (2009). *Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale*. Paris : Publications de la HAS

³⁵⁸ Calipso, CNAMTS (2019). *PEM2D / E-Prescription Point d'avancement de l'expérimentation et perspectives*. Présentation dans le cadre de la journée des métiers FHP-MCO. Disponible sur : <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2019/04/05-PPT-Dr-C.-MORVAN-E-Prescription-28-03-2019.pdf>

³⁵⁹ Voir également : ASIP, HAS (2013). *Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale*. Paris: ASIP/HAS, p.44

Tableau 31. Documents sources utilisés dans le cadre de l'analyse bibliographique de la Haute Autorité de Santé sur la synthèse médicale³⁶⁰

	Source	Type de document
1	Groupe d'experts CSMFSML- MG France / FEIMA (ref : questions P4P_Synthèse groupe d'experts syndicats- FEIMA)	Synthèse des travaux d'étude sur les indicateurs de performance de la convention médicale
2	Assurance Maladie (réunion 17/11/2011 sur synthèse médicale) (ref doc PPT remis en réunion AM 17/11/2011)	
3	Guide d'implémentation du volet médical au format HL7 CDA Release 2 niveau 3 mars 2009 (Groupe de travail C HL7 France - HPRIM)	Document technique
4	The Royal Australian College of General Practitioners Standards for general practices 4th edition. October 2010 (p. 52)	Société savante : The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) / standard
5	College of Physicians and Surgeons Of Ontario Policy statement Medical Records (p. 7) créé en 2000 revu en 2012	Société savante : College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO)/standard
6	American Academy of family physician. The integrated summary	Publication publiée dans la revue Family practice management de l'American Academy of family physician (AAFP)
7	Commission européenne Emergency Care Summary (ECS) Scotland since 2007	Rapport Commission européenne
8	National Health Services Summary Care Record (SCR) UK version de base	NHS
9	National Health Services Summary Care Record (SCR) UK (éléments ajoutés dans le temps avec accord du patient)	
10	Commission européenne Open eHealth initiative for a European large scale pilot of patient summary and electronic prescription D3.2.2 Final definition of functional service requirements- Patient Summary EpSOS Minimum dataset epSOS Extended	Document technique
11	Belgian patient summary, called SumEHR (Summarised Electronic Healthcare Record) 20/09/2010	Agence SI Belge
12	Commission européenne Condition-specific summaries in Finland p.21	Rapport Commission européenne
13	Commission européenne in Sweden, a National Patient Summary (NPÖ) since April 2008 p. 21	Rapport Commission européenne
14	Integrating the Healthcare Enterprise Patient Care Coordination Technical Framework (2011) medical summary at very least	Document technique
15	Integrating the Healthcare Enterprise Patient Care Coordination Technical Framework (2011) Referral summary	Document technique

³⁶⁰ Haute Autorité De Santé (2012). *Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012*. Paris: Haute autorité de Santé, pp.9-11

16	National Institute of Standards and Technology Test Procedure for §170.304.i Exchange Clinical Information and Patient Summary Record APPROVED Version 1.0 August 13, 2010	Document technique
----	--	--------------------

On note par ailleurs que les ressources mises à disposition de la Commission européenne, notamment au travers de deux commandes d'études (EHR Impact en 2008 et eHealth Strategies en 2011)³⁶¹, constituent à trois reprises des sources directes d'informations (lignes n°7, n°12 et n°13). On retrouve ici un usage technique plus classique, similaire à ce qu'on peut attendre des dispositifs de la Méthode Ouverte de Coordination ou du réseau e-santé, où l'UE sert de plateforme à l'échange d'informations et à la comparaison de modèles nationaux. Cette analyse bibliographique a ensuite conduit à structurer directement les débats des partenaires conventionnels autour de la synthèse médicale :

‘Pour la réalisation et la validation du contenu métier de la synthèse médicale qui lui a été assignée, **la méthodologie utilisée a consisté à réaliser une revue de la littérature sur le sujet de la synthèse médicale, puis à susciter**, autour des thèmes qui se dégageaient de cette revue, **une discussion du groupe des parties prenantes** métier constitué des partenaires conventionnels.

[...]

Pour chaque rubrique (ensemble de données) décrite dans la littérature, le groupe a :

- passé en revue les synthèses dans lequel elle figurait et les éventuels éléments de caractérisation du contenu ;
- engagé une discussion sur l'intérêt de retenir ou non la rubrique en termes, d'une part, de qualité et de sécurité des soins et, d'autre part, de « faisabilité » dans la pratique quotidienne jusqu'à obtention d'un consensus. Certaines questions sont restées en suspens.³⁶²

Les discussions des partenaires conventionnels, si elles se basent sur les synthèses médicales préexistantes, semblent porter plus directement la question de la pratique médicale, comme le montre cet extrait à propos de débats autour de la section ‘Allergies’ du VSM.

‘1.2.3.2. Points de débat

Lors de la réunion 1er février 2012, le groupe des partenaires conventionnels avait retenu une rubrique « Allergies et intolérances médicamenteuses », comprenant les allergies (médicamenteuses ou non) et les intolérances médicamenteuses et effets indésirables.

³⁶¹ Pour plus d'informations sur le projet eHealth strategies ou sur le projet EHR impact, voir : <http://www.ehr-impact.eu/index.htm> ; <http://www.ehealth-strategies.eu/>

³⁶² ASIP, HAS (2013). *Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale*. Paris: ASIP/HAS, p.7

Cette décision initiale a soulevé plusieurs interrogations de la part du groupe des partenaires conventionnels le 23 mars 2012 :

- Cette rubrique ne contiendrait-elle que les allergies médicamenteuses ou tout type d'allergies, médicamenteuses ou non ? **Pour certains participants, les allergies non médicamenteuses devraient figurer dans les antécédents.**
- **La distinction entre 'allergie médicamenteuse' et 'intolérance médicamenteuse' n'est pas simple.** Pour simplifier, le groupe des partenaires conventionnels propose que 'Allergies et intolérances médicamenteuses' soit inclus dans la rubrique Antécédents.
- Suite à la réunion du 1er février 2012, la HAS a soulevé la question d'indiquer systématiquement l'absence d'allergie ou d'effet indésirable connu. **Le groupe considère que la synthèse ne devrait contenir que les éléments en 'positif' pour éviter de faire figurer une liste d'éléments qui n'existent pas, alourdissant le document.**

1.2.3.3. Décision

- Le groupe des partenaires conventionnels retient d'intégrer 'Allergies et intolérances médicamenteuses' dans la rubrique Antécédents. Celle-ci comprendrait les allergies (médicamenteuses ou non) et les intolérances médicamenteuses et effets indésirables.
- Le groupe retient de ne faire figurer que les éléments 'en positif' dans la synthèse médicale.³⁶³

Les standards adoptés par ce groupe, qui sont ensuite traduits en spécifications techniques par l'ASIP, sont susceptibles d'avoir des effets importants en termes de mise en œuvre. En effet, si le DMP n'est pas explicitement mentionné dans la convention médicale de 2011, celle de 2016 indique que seuls les logiciels certifiés 'DMP compatibles' seront remboursés dans le cadre du forfait structure de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique).

'Article 20.1 Premier volet du forfait structure (prérequis)

Les indicateurs sont les suivants :

- logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée ; Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels ; [...] Ce premier volet du forfait est affecté de 175 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 280 points en 2019.³⁶⁴

Les éditeurs de logiciels, pour vendre leurs produits aux médecins, ont donc très fortement intérêt à être homologués 'DMP compatibles' et à utiliser les spécifications publiées par la HAS et l'ASIP, notamment en ce qui concerne le Volet de Synthèse Médicale.

³⁶³ ASIP, HAS (2013). Synthèse médicale. *Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale*. Paris: ASIP/HAS, p.9

³⁶⁴ Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Les usages de l'UE que nous avons observés ont donc un impact concret sur la formulation du contenu de la politique publique. Néanmoins, puisqu'ils ont été réalisés très en amont du processus décisionnel, il est difficile d'établir un lien causal étroit entre ces usages et le contenu final des standards du Volet de Synthèse Médicale. Ainsi, dans le compte-rendu final relatif à la définition de ces standards, rien n'indique que ceux-ci seraient 'basés sur' Epsos. Il semble par ailleurs que la HAS ait particulièrement mobilisé pendant les débats trois autres standards qui se rapprochaient plus de la 'valeur d'usage' telle qu'elle avait été arrêtée par le groupe des partenaires conventionnels.³⁶⁵

'Tableau 1 – Comparaison de la valeur d'usage arrêtée par rapport à celles de la littérature analysée

Source	Destination de la synthèse destinée	Support
Health Summary RACGP (Australie)³⁶⁶	Health summaries assist in providing ongoing care, both within the practice and on referral to other healthcare providers. A good health summary assists the patient's own GP, other GPs in the practice, locums, registrars and students to rapidly obtain an overview of all components of the patient's care.	LGC
Cumulative Patient Profile CPSO³⁶⁷ (Ontario)	Allowing the treating physician, or any other health care professional using the chart, to quickly get the picture of the patient's overall health	LGC
Integrated Summary AAFP³⁶⁸	Au praticien lui-même "a single concise page kept topmost on the left side of the chart"	LGC

Dans la suite du document, les éléments d'analyse feront le plus souvent référence à ces trois synthèses.³⁶⁹

Cette causalité 'relâchée' correspond ainsi à ce que nous qualifions d'euphémisation de premier ordre.

³⁶⁵ La valeur d'usage correspond à l'usage auquel est principalement destinée la synthèse médicale. Ainsi, les partenaires conventionnels ont approuvé une synthèse qui serait avant tout un support pour le médecin traitant, et la HAS s'est ainsi principalement appuyée sur les synthèses internationales qui mettraient en valeur l'apport de la synthèse pour le médecin traitant. Il existe ici un écart net avec l'idée de résumé patient du DMP, qui servirait avant tout aux professionnels de santé qui ne disposent pas de l'historique du patient comme c'est le cas du médecin traitant.

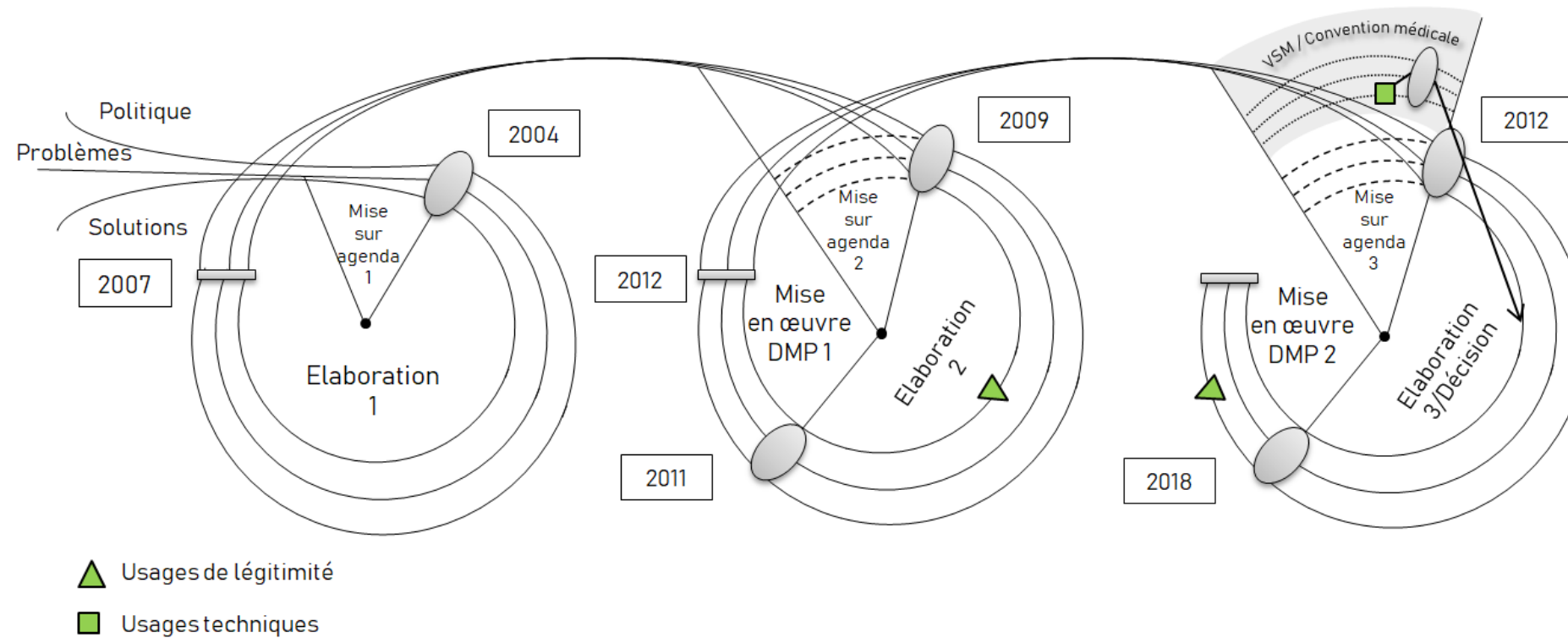
³⁶⁶ Royal Australian College of General Practitioner

³⁶⁷ College of Physicians and Surgeons of Ontario

³⁶⁸ American Academy of Family Physician

³⁶⁹ ASIP, HAS (2013). *Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale*. Paris: ASIP/HAS, p.8

Figure 15. Les usages techniques et de légitimité de l'UE dans les politiques d'e-santé françaises, 2004-2018



Comme nous pouvons l'observer sur ce schéma, l'usage de l'UE est réalisé au sein d'un processus parallèle au développement des politiques publiques tel qu'il est classiquement assuré par le Ministère. Nous avons représenté ce processus de manière sommaire afin de montrer comment il alimente directement la fabrication des solutions d'e-santé au niveau de la politique publique nationale. En effet, si la standardisation des résumés patients français par la HAS fait initialement suite à la convention médicale de 2011, le lien avec le déroulement de la politique publique d'e-santé est finalement établi en 2013, lorsque sont publiés les résultats finaux du processus de formulation. C'est ainsi dans un second temps que l'ASIP a été associée au processus de formulation, afin de créer les spécifications techniques nécessaires à l'introduction de cette synthèse dans le Dossier Médical Personnel. À partir de ce moment-là les deux 'rails' de politique publique se rejoignent pour s'alimenter l'un l'autre.

B) Irlande : des usages techniques à l'eupéanisation de second ordre

S'il est difficile dans le cas français de connecter étroitement usage de l'Union européenne et contenu de la politique publique (eupéanisation de premier ordre), des usages similaires dans un contexte différent peuvent conduire à observer de l'eupéanisation de second ordre, comme c'est le cas en Irlande.

Ainsi, dans un document de l'HIQA publié en 2015 et intitulé '*ePrescription dataset and clinical document architecture standard*', l'appui sur les standards européens est particulièrement marqué. Le mot 'Epsos' apparaît trente-six fois dans le document et les standards développés dans le cadre de ce projet sont utilisés comme fondement pour le développement des normes nationales. Pourtant, le processus de formulation de la politique publique est dans un premier temps très similaire au cas français. Ainsi, en 2012, l'HIQA publie une revue de littérature sur la ePrescription, qui décrit les cas de neuf pays ou régions, ainsi que le projet Epsos.

'The countries that are reviewed in detail in this report are **Australia, New Zealand, the Netherlands, England, Northern Ireland and Scotland**. A short summary of the findings from the **United States, Denmark and Sweden** is also provided. A review of the ePrescribing element of the European eHealth Project (**epSOS**) is also included. Initiatives exist across these countries that could **potentially inform the development of standards for ePrescribing in Ireland**. Additional factors contributing to the selection of these countries for this

international review include the availability of information in the English language and geographic spread.³⁷⁰

La logique technique est ici à l'œuvre, puisque les standards issus du projet Epsos sont considérés comme pouvant 'potentiellement alimenter le développement de standards pour la ePrescription en Irlande'. Alors que dans le cas français la revue de littérature sert à générer le débat entre les partenaires conventionnels, qui semblent ensuite s'en émanciper pour prendre leur décision finale, les standards internationaux structurent de manière beaucoup plus importante les choix de standards dans le cas irlandais. Ainsi, les standards produits par collaboration entre l'HIQA et un 'sous-groupe technique'³⁷¹ s'appuient directement sur le cas Australien et sur Epsos :

'The technical subgroup defined a dataset for ePrescribing based on analysis of ePrescribing datasets developed in Australia and in the European Union, and by analysing examples of prescriptions used in the Irish setting, including mandatory information for prescriptions covered by legislation. Additionally, relevant data from national clinical datasets already developed by the Authority – such as the demographic dataset and referrals and discharge summary datasets – informed the process, as did contributions from the subgroup members who were experts in the field of prescribing and dispensing.

Following development of the dataset, a CDA ePrescribing standard was developed. Several international CDA standards were researched to inform this standard. This project analysed information from the:

- HL7 Implementation Guide: CDA R2 Continuity of Care Document (CCD)(3)
- **epSOS Semantic Implementation Guidelines(4)**
- Integrating the Healthcare Enterprise, Patient Care Coordination Technical Framework (IHE PCC) (5)
- Australian standard on the e-Prescription CDA Implementation Guide Version 2.1.(6)

The National ePrescribing standard was based primarily on a CDA standard developed by the epSOS project. epSOS was a large European initiative to facilitate cross-border transfer of electronic patient summary documents and electronic prescriptions. The epSOS project re-used information and standards from other leading organisations who are considered experts in the area of implementation of clinical document architecture. The epSOS project reused the HL7 CDA Standard, the HL7 clinical care document (CCD) standard and the IHE PCC.³⁷²

³⁷⁰ HIQA (2012). *ePrescribing and Electronic Transfer of Prescriptions: an International Review*. Dublin : publications de l'HIQA, p.4

³⁷¹ Le rapport indique que : 'The technical subgroup was made up of members from the Authority's eHealth Standards Advisory Group (eSAG) and other representatives from the General Practitioner Information Technology Group, Irish Pharmacy Union, National Standards Authority of Ireland, School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Trinity College Dublin and a community pharmacist.'. Source: HIQA (2015). *ePrescription dataset and clinical document architecture standard*. Dublin : publications de l'HIQA, p.14

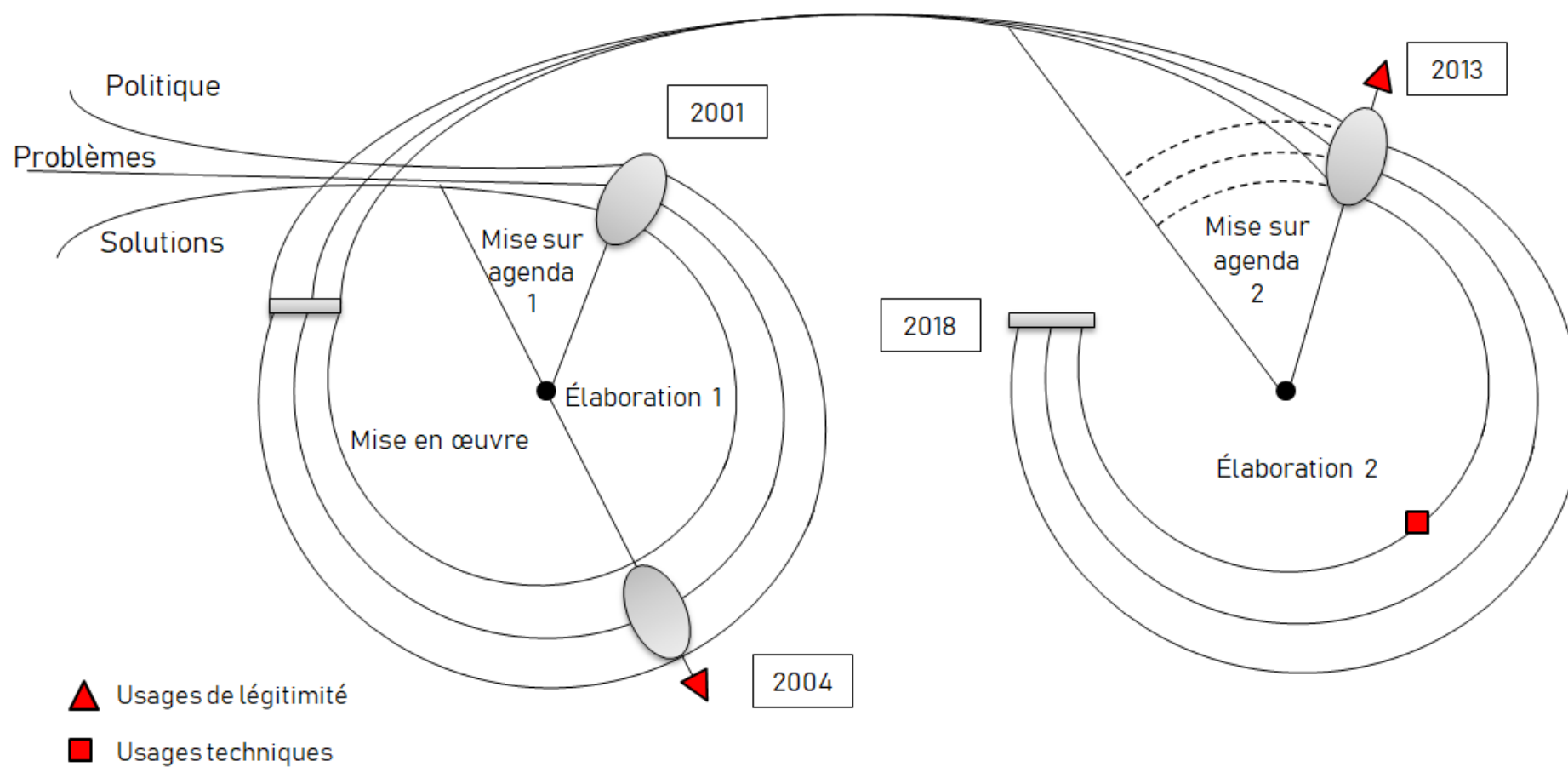
³⁷² HIQA (2015). *ePrescription dataset and clinical document architecture standard*. Dublin : publications de l'HIQA, p.14, mise en exergue par l'auteure

Dans ce cas, l'eupéanisation observée suite à cet usage en période de flux peut être qualifiée d'eupéanisation de second ordre, puisque les effets de l'Union européenne sont plus directement visibles sur le produit final de la politique publique. Les standards développés par l'HIQA, fondés sur Epsos, ont en effet vocation à servir directement de support aux politiques publiques développées par le Department of Health (Entretien, Health and Information Quality Authority, 06.12.2017)³⁷³, et font parfois l'objet d'une validation par le Ministre.³⁷⁴

³⁷³ Ainsi, ce ne sont pas des standards similaires à la *hard law* qui sont adoptés par l'HIQA. L'idée est plutôt de produire ces standards pour qu'ils soient ensuite réutilisés dans les projets menés par les pouvoirs publics : 'Well the Department writes the policy, it's up to us to develop the standards to support policy, or strategy, it's up to the Oocio [Office of the Chief Information Officer] and eHealth Ireland to implement. So we would be with different roles.' (Entretien, Health and Information Quality Authority, 06.12.2017)

³⁷⁴ Voir par exemple : HIQA (2015). *ePrescription dataset and clinical document architecture standard*. Dublin : publications de l'HIQA, p.8

Figure 16. Les usages de légitimité et techniques de l'UE dans la formulation des politiques publiques d'e-santé en Irlande, 2001-2017



Bien que les membres de l'HIQA se soient abondamment appuyés sur les standards développés dans le cadre du projet Epsos, la logique technique n'en pas moins à l'œuvre, et ces standards ne sont pris en compte que dans la mesure où ils sont perçus comme utiles aux développements nationaux :

'Templates are used throughout this standard and are taken from the epSOS project. **This standard has made adaptations to the epSOS templates.** There are instances where optional elements have been made stricter, for example elements which were optional in epSOS are required in this standard or elements have been added that were not originally described in the epSOS standard **in order to meet the national dataset requirements.**'³⁷⁵

Un usage technique similaire peut être observé dans le cas de la production de standards pour les résumés patients irlandais. Afin de produire ces standards, l'HIQA a suivi la procédure 'classique' : revue internationale (qui pourtant ne mentionne pas l'exemple d'Epsos, à la différence du cas de la ePrescription),³⁷⁶ puis réunions avec *l'eHealth Standards Advisory Group* (eSAG), réalisation d'entretiens et de focus groups, consultation publique et validation des standards par l'eSAG. Dans ce cadre, les standards européens sont décrits comme faisant partie des sources utilisées pour le développement des standards nationaux :

'The international standards and specifications which have been used in the development of the information requirements are listed below:

- **European Patients Smart Open Services (epSOS)**, Work Package 3.9 – Appendix B1/B2 epSOS Semantic Implementation Guidelines (2011)(13)
- **Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU Release 2 Patient Summary for unscheduled care**(20)
- **CEN/TC 251 European standard** (EN) 17269: The Patient Summary for Unscheduled, Cross-border Care (the CEN/TC 251 EN 17269)(1)
- HL7 International Patient Summary Implementation Guide Implementation Guide Release 0.1.0(21)
- Joint Initiative Council, Patient Summary Standards Set, Guidance Document, January 2018 v1.0(16)
- Australian Digital Health, Shared Health Summary Information Requirements, v1.1.(22)'³⁷⁷

On note que de nombreuses sources européennes sont ainsi mobilisées : Epsos, mais aussi les orientations adoptées par le réseau e-santé en 2016 ou encore la norme développée par le

³⁷⁵ HIQA (2015). *ePrescription dataset and clinical document architecture standard*. Dublin : publications de l'HIQA, p.38

³⁷⁶ Huit cas de résumés patients y sont analysés : Angleterre, Ecosse, Irlande du Nord, Pays de Galles, Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas. Source : HIQA (2016). *International Review of Summary Care Records*. Dublin : publications de l'HIQA

³⁷⁷ HIQA (2018). *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary*. Dublin : publications de l'HIQA, p.20

Comité européen de normalisation (CEN). À noter que ce dernier standard a en réalité été produit sur la base des orientations adoptées par le réseau e-santé, et tend ainsi à internationaliser (et à rendre plus 'officiels') ces travaux à l'origine européens.³⁷⁸ Dans l'Annexe B, chaque item décrit dans le standard national est relié aux sources internationales qui ont été utilisées pour le construire.

³⁷⁸ 'The standard takes the European Guidelines on cross-border care, as adopted by the European eHealth Network, as a starting point. These guidelines emerged from the epSOS large scale pilot and forms the basis for the eHealth Digital Service Infrastructure in Europe that is expected to come into operation from the end of 2018 onward. In order to facilitate the adoption of a common format for the Patient Summary across Member States, the European Commission enabled CEN to create this standard and its companion implementation guidance, by means of the CEN International Patient Summary project'. Source : <http://www.ehealth-standards.eu/draft-european-standard-17269-the-patient-summary-for-unplanned-cross-border-care-approved/>

Tableau 32. Les sources utilisées dans la création du jeu de données du résumé patient irlandais (extraits), 2018³⁷⁹

2.0 Health condition		
No.	Data Item	Source
2.1	Current health condition	HIQA: National standard diagnosis dataset and clinical document architecture (CDA) template EU Directive ³⁸⁰ Joint Initiative Council (JIC) ³⁸¹ HL7/CEN IPS ³⁸² Australian Digital Health Agency ³⁸³
2.2	Clinical description	HIQA: National standard diagnosis dataset and clinical document architecture (CDA) template Joint Initiative Council EU Directive HL7/CEN IPS Australian Digital Health Agency
2.3	Date of onset	HIQA: National standard diagnosis dataset and clinical document architecture (CDA) template Joint Initiative Council EU Directive HL7/CEN IPS Australian Digital Health Agency
2.4	Status	HIQA: National standard diagnosis dataset and clinical document architecture (CDA) template
2.5	Date of resolution/inactive	HIQA: National standard diagnosis dataset and clinical document architecture (CDA) template Joint Initiative Council EU Directive Australian Digital Health Agency
2.6	No health conditions identified	HIQA eHealth Standards Advisory Group Australian Digital Health Agency

Ainsi, sur les trente-deux items, la ‘EU Directive’ (qui fait en réalité référence aux orientations adoptées dans le cadre du réseau e-santé) est mentionnée comme une source pour dix-neuf d’entre eux, toujours accompagnée d’autres références. De nouveau, les standards européens semblent structurer fortement le courant des solutions d’e-santé irlandaises,

³⁷⁹ HIQA (2018). *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary*. Dublin : publications de l’HIQA, p.33-34

³⁸⁰ Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU Release 2 Patient Summary for unscheduled care

³⁸¹ Joint Initiative Council, Patient Summary Standards Set, Guidance Document, January 2018 v1.0

³⁸² HL7/CEN International Patient Summary Implementation Guide Implementation Guide Release 0.1.0

³⁸³ Australian Digital Health Agency, Shared Health Summary Information Requirements, v1.

toujours sur la base d'une logique technique. Une fois les standards publiés par l'HIQA, ceux-ci ont été adoptés par le Department of Health et utilisés dans le nouveau contrat établi entre le HSE et les médecins généralistes (*General Practitioners, GP*).³⁸⁴ Les éléments sont sensiblement les mêmes que ceux proposés par l'HIQA, avec quelques modifications à la marge.

On observe ainsi que dans les cas de la France et de l'Irlande, dans lesquels les communautés techniques sont peu ou marginalement intégrées au processus de formulation de la politique publique, les acteurs s'appuient sur les standards européens qu'ils utilisent avec une logique technique. Il faut souligner ici l'importance du développement d'instruments européens suffisamment complexes pour être considérés comme appropriés dans ces contextes. En effet, de simples orientations politiques générales, telles qu'elles sont proposées jusqu'au début des années 2000, n'auraient pu servir d'instrument adéquat. Il aura fallu attendre que se développe une véritable construction de standards au niveau communautaire pour que les instruments européens puissent servir de ressource technique aux acteurs nationaux. Si la structure des instruments européens est essentielle pour comprendre les usages qui en sont faits, l'intérêt des acteurs à utiliser ces instruments l'est tout autant. En effet, nous avons vu que les cas français et irlandais pouvaient tous deux être considérés comme des cas où les ressources techniques étaient peu intégrées au processus décisionnel, ce qui expliquerait le recours à des modèles extérieurs intégrant déjà des données techniques complexes. Dans le cas de l'Autriche cependant, une communauté technique des standards d'interopérabilité est fortement intégrée au processus de formulation des standards nationaux, dont elle a directement la charge.

C) Autriche : une absence d'intérêt pour les standards européens

Les travaux autour des standards pour le résumé patient en Autriche s'articulent autour de deux périodes différentes. Une première phase, entamée en 2012-2013 suite à la loi ELGA, permet à un groupe d'experts formé autour de Stefan Sabutsch (Président de HL7 Autriche et chef de l'équipe Standards et ergonomie d'ELGA) de présenter un premier jeu de données pour les résumés patients autrichiens, bien qu'aucune solution technique ne soit encore

³⁸⁴ Sources : Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017; Department of Health, Irish Medical Organisation and the Health Service Executive (2019). *Terms of Agreement between the Department of Health, the HSE and the IMO regarding GP Contractual Reform and Service Development*, Annexe D, p.105

considérée comme viable à ce moment-là.³⁸⁵ Dans la description de ces données, les spécifications d'Epsos, à l'instar de tout autre modèle international, ne sont pas mentionnées comme sources.

Tableau 33. Premier jeu de donnée du résumé patient autrichien, 2013³⁸⁶

Patient	Health problems	Warnings	Health service provider
-Name [R] -Age [R] -Sex [R] -Address [O] -Nationality [O] -Family status [O] -Language [O] -Occupation held -Contact person [O] -Legal representative (legal guardian, custodian) [O] -Insurance(s) [O] -Exemption from fees (such as prescription fee) [O] -Care level [O] -Data on social care [O]	-Last diagnoses/reasons for consultation [R] -Discharge diagnosis [R] -Permanent/long-term diagnoses [R] -Free text relating to diagnoses [R] -Invalidity [R] - Operations/transplantations/interventions [R] Implants [R] -Status post diagnosis [O] -Nursing diagnosis [O] -Medical or therapeutic aids (prostheses, spectacles, walking aids, etc.) [O] -General remarks [O]	-Allergies [R] -Intolerances [O] Medication, vaccinations -ePrescription [R] -vaccination status [O] Blood groups -Blood groups including antibodies [O] Document references -Findings [R] -Living will [R] -Contraindications to transplantations [R]	-General practitioner/family physician [R] -Professional currently providing health services [O] -Professional having provided health services [O] -Mobile nursing and care service [O] Meta data -Creation date [R] -Last update [R] -Author(s) [R] -Modifications since last access [O]

On apprend d'ailleurs que ces spécifications ont été élaborées suite à un questionnaire directement adressé au groupe d'experts :

‘Un groupe d'experts mandaté par le Comité de coordination ELGA a préparé un document de position sur la mise en œuvre éventuelle d'un résumé du patient. **Cinquante-cinq représentants de plus de trente organisations (principalement des parties prenantes d'ELGA) ont été désignés comme experts.** Au cours de plusieurs réunions, les données souhaitées dans le résumé du

³⁸⁵ Il existe notamment des débats sur la source des données et la structuration du résumé patient. En effet, celui-ci peut être généré automatiquement ou rempli manuellement par un médecin. Alors que la première solution, à ce moment-là préférée par les experts, requiert un haut niveau de structuration des dossiers (impossible à envisager avant 2020 selon eux) et est potentiellement génératrice d'erreurs, la seconde option, plus fiable, est peu appréciée par les médecins pour qui cela représente du travail supplémentaire. Voir notamment : Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013 pp.37-40

³⁸⁶ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013 p.35, (traduction anglaise trouvée dans la Présentation d'un représentant de la profession médicale). La lettre [R] désigne les informations jugées obligatoires, [O] désigne les informations optionnelles.

patient ont été définies et les sources de données possibles ont été identifiées. Plusieurs options de mise en œuvre possibles ont été examinées.³⁸⁷

‘5.7 Données nécessaires d'un résumé du patient

Le groupe d'experts a défini un ensemble de données minimales d'un résumé du patient. Les données spécifiées représentent la quantité minimale de données médicalement significatives qui doivent être contenues dans un résumé du patient. Les données sont présentées dans la figure 2. Les données minimales sont marquées par [R], les contenus optionnels par [O]. **Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire et ont été convenues au sein du groupe et avec les organisations de tutelle des participants.**³⁸⁸

On remarque un processus de consultation des acteurs de l'e-santé similaire à la France et l'Irlande, exception faite que celui-ci n'est pas structuré en amont par une revue de littérature. C'est pourtant lors de ce dernier type de processus que les modèles européens sont susceptibles d'être mobilisés sur la base d'une logique technique.

Au cours des dix pages du rapport qui résument les travaux sur les résumés patients, on trouve toutefois une référence à Epsos, et une référence au cas anglais. Ces deux références viennent appuyer ou exemplifier le développement d'un argument ; ainsi, un des avantages du résumé patient rempli manuellement est d'être ‘en conformité avec les approches internationales (Epsos)’³⁸⁹, tandis que le cas anglais montre comment il est possible de ‘stocker les données récapitulatives individuelles des patients dans une base de données centrale’³⁹⁰. L'usage de l'UE présenté ici, mineur, affecte davantage le courant politique, et repose sans doute sur un mix entre logique technique et logique de légitimité (les ‘approches internationales’ ayant tendance à être considérées comme naturellement pertinentes dans l'approche scientifique). Ces observations soutiennent l'hypothèse du lien entre ressource technique et usage technique de l'UE. Ainsi, les acteurs en charge de la formulation des standards autrichiens disposent déjà de connaissances techniques fortes qui les ‘dispensent’ du travail de recherche d'information initial, alors que ce travail doit être réalisé par des acteurs moins spécialistes en France et en Irlande. Or, c'est précisément dans ce dernier cas que les usages techniques de l'UE sont susceptibles d'apparaître.

À noter toutefois que les travaux autrichiens demeurent à ce moment-là à un stade préliminaire, et permettent difficilement d'avoir une vue détaillée de la mobilisation des différentes sources dans la production de standards. Après un temps d'arrêt, les travaux autour

³⁸⁷ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013, p.32

³⁸⁸ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013, p.34

³⁸⁹ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013, p.40

³⁹⁰ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013, p.41

du résumé patient autrichien reprennent ainsi en septembre 2016. De nouveau, un groupe d'expert rassemblant une cinquantaine de personnes est constitué, avec à sa tête, Stefan Sabutsch (Président de HL7 Autriche et chef de l'équipe Standards et ergonomie d'ELGA), Sonja Leder et Silvia Winker, toutes deux ingénieures spécialistes de l'informatique en santé. Sonja Leder est par ailleurs mentionnée parmi les experts certifiés sur le site autrichien de HL7. Le processus de formulation de la politique publique est donc à nouveau pris en charge par des personnes disposant d'importantes ressources techniques. Les travaux du groupe s'achèvent en août 2017, et donnent lieu à un ensemble de normes techniques (ELGA CDAPS) devant être adoptées par HL7 Autriche (adoption encore en cours en 2020). Un entretien avec deux membres d'ELGA (19.02.2020) nous apprend qu'un vote HL7 a été tenu en 2018, mais que les standards n'ont pas été adoptés à cause de désaccords ou d'incertitudes sur de nombreux détails. Bien que ces normes n'aient pas encore été validées officiellement, le document de travail a été entièrement rédigé et mis en libre accès par Stefan Sabutsch sur le site de HL7 supporté par Wikipedia.³⁹¹

On observe dans la rédaction de ces standards que les orientations européennes ne sont jamais mobilisées directement à partir d'une logique technique (une seule référence anecdotique à Epsos au sein d'un ensemble de spécifications), et que les auteurs ne se basent sur aucun exemple international, comme c'est le cas en France et en Irlande. La seule mobilisation de ce type de référence concerne le résumé patient tel qu'il est produit par l'organisation HL7 (*International Patient Summary*, IPS). Majoritairement, ce sont les standards techniques 'de base' qui sont directement mobilisés :

'3.6 Référence aux bases utilisées

Ce guide a été créé à l'aide des documents décrits ci-dessous. Le droit d'auteur sur tous les documents mentionnés est pleinement respecté.

Cette norme est basée sur la spécification "**HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0**", à laquelle s'applique le Copyright © de Health Level Seven International. Les normes HL7 peuvent être obtenues auprès du groupe d'utilisateurs HL7 Autriche (HL7 Autriche), le représentant officiel de Health Level Seven International en Autriche (www.hl7.at). Toutes les spécifications HL7 adaptées et publiées aux conditions nationales peuvent être utilisées dans tout type de logiciel d'application sans licence ni frais d'utilisation.

Les exigences relatives au résumé patient autrichien ont été largement empruntées au guide HL7 pour le résumé patient international (IPS HL7).

³⁹¹ Sources : https://wiki.hl7.org/Main_Page ; https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary

Ce guide est basé sur le contenu des **LOINC®** (Logical Observation Identifiers Names and Codes, voir <http://loinc.org>). Les codes, tableaux, panneaux et formulaires LOINC sont soumis au Copyright © 1995-2014, Regenstrief Institute, Inc. et au comité LOINC et sont disponibles gratuitement. Les informations de licence sont disponibles sur <http://loinc.org/terms-of-use> . En outre, le contenu UCUM® est utilisé, les codes UCUM, les tableaux et les spécifications UCUM sont basés sur le copyright © 1998-2013 de Regenstrief Institute, Inc. et sur l'organisation des codes unifiés pour les unités de mesure (UCUM). Les informations de licence sont disponibles sur <http://unitsofmeasure.org/trac/wiki/TermsOfUse> .

3.7 Autres documents d'appui

Avec ce guide, des fichiers et des documents supplémentaires sont disponibles sur le site Web d'ELGA GmbH (www.elga.gv.at/CDA) pour l'assistance:

Exemples de documents

Feuille de style de référence (outil d'affichage dans le navigateur - conversion en HTML)

CDA2PDF Suite (outil pour créer un fichier PDF à imprimer sur l'imprimante)

Fichiers Schematron pour vérifier la conformité ("exactitude") des fichiers CDA

Conditions d'enregistrement des documents CDA (directives pour les métadonnées XDS)

Instructions pour la terminologie à utiliser

Guide pour l'utilisation correcte de la terminologie³⁹²

Les normes de contenu sont quant à elles issues directement de la consultation avec les parties prenantes :

'3.4 Harmonisation

Ce guide de mise en œuvre a été créé grâce au travail d'harmonisation du "Patient Summary Working Group", qui s'est réuni de septembre 2016 à août 2017. Les participants du groupe de travail sont délégués par leur organisation et les représentent.

Le groupe de travail a principalement harmonisé les exigences de contenu et, dans la mesure du possible, la terminologie à utiliser (*valueset*). La spécification technique du CDA Implementation Guide Summary Patient a été formulée pour ELGA GmbH en parallèle ou après la définition du contenu.

La ligne directrice deviendra une norme autrichienne dans le cadre d'une procédure de coordination technique par HL7 Autriche (« vote »). Un règlement du ministère fédéral peut établir une application contraignante.³⁹³

Un cas similaire peut être observé pour le dispositif de la ePrescription. Le document final, adopté par HL7 puis ELGA en 2015, utilise directement les standards de base et ne s'appuie

³⁹² Sabutsch Stefan, Sonja Leder et Silvia Winker (2018). Normes et Standards pour un résumé patient autrichien, pp.6-7, disponible sur : https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary#Hinweis_auf_verwendete_Grundlagen

³⁹³ Sabutsch Stefan, Sonja Leder et Silvia Winker (2018). Normes et Standards pour un résumé patient autrichien, p.6, disponible sur : https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary#Hinweis_auf_verwendete_Grundlagen

jamais sur des exemples internationaux, bien qu'il soit précisé que 'le travail pour ce guide ait été réalisé par les auteurs selon l'état de l'art et avec le plus grand soin possible'³⁹⁴.

‘Référence aux bases utilisées

Ce guide a été préparé à l'aide des documents décrits ci-dessous. Le droit d'auteur de tous les documents mentionnés est pleinement respecté.

Cette norme est basée sur la spécification "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0" à laquelle s'applique le copyright © de Health Level Seven International. Les normes HL7 peuvent être obtenues auprès du HL7 User Group Austria (HL7 Autriche), le représentant officiel de Health Level Seven International en Autriche (www.hl7.at). Toutes les spécifications HL7 adaptées et publiées aux conditions nationales peuvent être utilisées dans tout type de logiciel d'application sans frais de licence et d'utilisation.

Ce guide est basé sur le contenu de LOINC® (Logical Observation Identifiers Names and Codes, voir <http://loinc.org>). Les codes, tableaux, panneaux et formulaires LOINC sont protégés par le droit d'auteur © 1995-2014, Regenstrief Institute, Inc. et le comité LOINC, et sont disponibles gratuitement. Les informations sur les licences sont disponibles à l'adresse <http://loinc.org/terms-of-use>. En outre, le contenu de 175 UCUM® est utilisé. Les codes, tableaux et spécifications UCUM sont basés sur Copyright © 1998-2013, Regenstrief Institute, Inc. et l'organisation Unified Codes for Units of Measures (UCUM). Les informations sur les licences sont disponibles à l'adresse <http://unitsofmeasure.org/trac/wiki/TermsOfUse>.

On observe donc que lorsque les acteurs disposant de ressources techniques importantes sont directement en charge du processus de politique publique, leurs connaissances de la littérature et leur capacité à manier directement les standards techniques leur permettent de ne pas recourir à des modèles intermédiaires utilisant ces mêmes standards. Les usages techniques de l'UE dans la formulation des politiques publiques (courant solution) diminuent donc lorsqu'il existe des ressources techniques préexistantes au niveau national, et que celles-ci sont directement intégrées au processus de formulation.

Ce lien entre ressources techniques et utilisation des modèles internationaux est par ailleurs confirmé par l'analyse des standards produits par la communauté technique des standards d'e-santé française qui, comme nous l'avons vu, existe mais n'est pas ou peu intégrée à la formulation des politiques d'e-santé. Ainsi, lorsque cette communauté s'attache à développer ses propres standards pour le Volet Médical en 2007, elle se réfère directement aux standards de base et non à des modèles étrangers ou internationaux, comme le font la Haute Autorité de

³⁹⁴ ELGA, HL7 (2015). *Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'ELGA CDA. HL7 Implementation Guide for CDA® R2 : e-Medication pour un usage au sein du système de santé autrichien [1.2.40.0.34.7.8.6]*. Vienne : Publications d'ELGA, p.7

Santé (France) ou la Health and Information Quality Authority (Irlande) quelques années plus tard :

‘1.1.2 Références

- HL7 CDA R2 (Ballot Janvier 2005).
- E-MS. Guide d'implémentation CDA (niveau 2 et 3).
- CDA Care record Summary. US realm (niveau 1 et 2)³⁹⁵

Cette observation renforce l'hypothèse du lien entre intégration des communautés techniques à la formulation des politiques publiques (ressources techniques) et usage technique de l'UE, puisque deux communautés établies dans deux pays différents semblent présenter le même rapport aux modèles internationaux et aux standards.

Les développements de ce chapitre ont permis d'aborder plusieurs problématiques centrales de cette recherche. En premier lieu, nous nous sommes intéressés au cas des usages techniques de l'Union européenne, qui représentent un canal particulier des phénomènes d'eupéanisation. Ces usages reposent sur une logique différente de celle de légitimité, et les opportunités européennes dépendent dans ce cadre plus directement du contenu proposé par les instruments européens. La compréhension des usages techniques est donc indissociable d'une analyse de la structure de ces instruments, ce qui place cette seconde variable parmi les conditions à prendre en compte dans l'explication des phénomènes d'eupéanisation. Ce chapitre a également permis de renforcer la pertinence d'une approche par les intérêts, dans un cadre très différent de celui de la Partie II. Ainsi, nous avons pu observer que les variations dans l'inclusion de ressources techniques à l'intérieur du processus décisionnel donnaient lieu à des différences dans le recours aux instruments européens : plus les ressources techniques sont intégrées au processus décisionnel, comme c'est le cas en Autriche, moins les acteurs mobilisent directement les ressources européennes.

Empiriquement, le cas de la construction des standards d'e-santé a permis de produire des résultats d'un type particulier. Tout d'abord, les caractéristiques de ce cas, à savoir son haut niveau de technicité et sa prise en charge par des 'experts' au sein d'agences, a constitué un laboratoire idéal pour objectiver la participation des modèles européens à l'élaboration de solutions d'e-santé au niveau national. De ce fait, nous avons pu observer des cas d'eupéanisation de second ordre en Irlande, dans lesquels les instruments européens sont directement intégrés dans le contenu final de la politique publique.

³⁹⁵ HL7 France et H' (2007). *Guide d'implémentation du Volet Médical format CDA Release 2 – Niveau 3*, p.7

Chapitre 9. Les usages de répartition : l'intégration de l'Union européenne dans les jeux de pouvoir institutionnels

Au cours des chapitres précédents, nous nous sommes intéressés à deux logiques d'intervention de l'Union européenne au niveau national : la logique de légitimité et la logique technique. Il existe également une troisième logique, qui correspond aux usages de répartition de l'Union européenne. Dans ce cas, ce qui constitue le fondement de l'intervention de l'Union européenne dans les politiques nationales n'est pas sa légitimité (logique de légitimité) ou son caractère 'utile' (logique technique). Au contraire, si l'usage peut être réalisé, c'est parce que l'Union européenne est considérée comme un acteur perturbant la distribution des ressources au niveau national. Comme nous le verrons, ce rapport particulier s'observe dans les usages argumentatifs de l'UE, qui soulignent tous l'idée que 'quelque chose doit être fait', non pas parce que l'Union européenne se positionne sur un sujet, mais parce l'intégration européenne 'contraint' les acteurs à orienter différemment leurs ressources au niveau national.

Ce type d'usage demeure peu exploré par la littérature (pour quelques exemples, voir : Salais *et al.* 2002; Weishaupt 2009). Pourtant, cette logique est susceptible de contribuer largement à l'européanisation des politiques publiques nationales.

En premier lieu, les financements européens distribués dans le cadre des programmes cadres pour la recherche et le développement peuvent directement affecter la construction de solutions d'e-santé au sein des États membres. Ainsi, entre 1990 et 2003, la Commission européenne aurait investi 460 millions d'euros pour l'e-santé au travers des programmes-cadres pour la recherche et le développement technologique (PCRDT) via quatre-cent projets différents.³⁹⁶ Au sein du programme Horizon 2020, le secteur 'Santé, changement démographique et bien-être', qui comporte de nombreuses sections sur l'e-santé, bénéficie d'un investissement d'environ 1,21 milliards d'euros.³⁹⁷

³⁹⁶ Iakovidis, Ilias (2005), 'European Commission activities in eHealth', Workshop on Semantic Interoperability, DG Information Society and Media, Bruxelles, disponible sur : <http://www.who.int/classifications/terminology/iakovidis.pdf> [Lien web archivé]

D'autres initiatives auraient également complété ces financements (fonds structurels, Programme-cadre pour la compétitivité et l'innovation, programmes santé, fonds attribués par l'unité eHealth, etc.) à hauteur d'un milliard d'euros (Iakovidis 2014).

³⁹⁷ Deloitte (2014). *Interim evaluation of the eHealth Action Plan 2012-2020*. Bruxelles : Union européenne, p.8

La plupart du temps cependant, l'usage des financements européens ne résulte pas en des effets significatifs à un niveau national, l'échelle des projets européens étant trop réduite pour affecter directement le courant des solutions à un tel niveau (ce qui n'est pas le cas à un niveau plus local, voir par exemple p.153).³⁹⁸ Les effets de ces projets ont ainsi tendance à être dilués, à moins qu'ils ne soient directement réalisés par les autorités en charge de l'e-santé.

Ensuite, les usages de répartition peuvent directement affecter les rapports de pouvoir entre les acteurs, en particulier institutionnels. Ainsi, lorsque les instruments européens de *soft law* s'accompagnent de nombreuses actions à entreprendre pour ces acteurs (rédaction de rapports, participation au sein d'un projet, réponses à des questionnaires, réalisations de présentations, participations à des réunions ou à des revues par les pairs – '*peer-reviews*', création d'indicateurs, voir Sabel and Zeitlin 2008; Barcevičius *et al.* 2014; Kröger 2009; Zeitlin *et al.* 2005; Heidenreich and Zeitlin 2009), l'intégration européenne peut devenir un argument pour stabiliser une position institutionnelle, demander des ressources supplémentaires et contribuer au développement des politiques d'e-santé. En effet, en exigeant des acteurs institutionnels la réalisation de ces actions, l'Union européenne intervient dans la répartition des ressources au niveau national : pour répondre à ces exigences, les acteurs doivent dégager des ressources humaines, financières et temporelles. C'est précisément par ce mécanisme que l'Union européenne peut devenir un acteur opérationnel des politiques d'e-santé, sans que sa présence par ailleurs ne soit liée à une forme de légitimité ou d'utilité. Un tel phénomène a déjà été observé par la littérature ; c'est le cas par exemple de l'Agence Nationale Pour l'Emploi française qui aurait utilisé les actions prévues pour assurer la mise en œuvre de la Stratégie Européenne pour l'Emploi afin d'augmenter significativement son budget et ses ressources.³⁹⁹

De manière similaire au cas des usages techniques, le contenu des instruments européens est central dans la structuration des opportunités d'usage au niveau national. Si, dans le cadre de la Méthode Ouverte de Coordination, les dispositifs incluant de nombreuses actions de la part des États membres font partie intégrante du design de l'instrument, le cas de l'intégration européenne en matière d'e-santé est un peu différent.

³⁹⁸ Les effets de tels usages pourraient ainsi être observés de manière plus fine dans des cas où les stratégies d'e-santé dépendent principalement du niveau régional (comme c'est le cas en Espagne ou en Allemagne par exemple).

³⁹⁹ Salais, Robert, Gilles Raveaud et Mathieu Grégoire (2002). *L'évaluation de l'impact de la Stratégie Européenne pour l'Emploi. Etude pour la DARES*. Paris : Ministère du Travail, Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques, pp.16-17

En effet, les premières initiatives européennes dans le secteur de l'e-santé sont caractérisées par un niveau d'engagement particulièrement faible (voire inexistant) de la part des États membres. Dans le cadre des plans d'action eEurope 2002 et 2005, si un *benchmark* au travers d'indicateurs était initialement prévu concernant l'e-santé, il ne fut jamais réalisé et n'impliquait pas d'actions spécifiques de la part des États membres.⁴⁰⁰ Quant au plan d'action e-santé 2004 de la Commission européenne, l'idée d'une mise en œuvre et d'une évaluation de celle-ci par un rapport n'est même pas envisagée :

'6. FOLLOW-UP

Is a formal extended assessment recommended? Justification if not?

For this Communication, **no extended assessment is recommended**. It focuses mainly on bringing together coherently already existing and already planned or foreseen actions, with a limited number of new actions. While these new actions are consistent with and reinforce the actions already ongoing, they do not have direct economic, social, or environmental impact. Nor do they imply additional regulation, since they are largely exploratory and aim to open up perspectives for future work in e-Health.⁴⁰¹

Du côté des ressources institutionnelles, il n'existe pas au début des années 2000 de réseau formellement organisé au sein duquel pourraient se rencontrer les différents acteurs nationaux de l'e-santé, et qui nécessiterait un travail important de préparation au niveau national. Pendant une première période, les instruments européens en matière d'e-santé n'offrent ainsi que peu de ressources pouvant servir de base aux usages de répartition. À partir de 2011 cependant, on observe un net changement dans la structure des instruments européens en matière d'e-santé. En premier lieu, une nouvelle ressource institutionnelle est mise à disposition des acteurs avec la création du réseau e-santé par l'article n°14 de la Directive de 2011 sur les soins transfrontaliers. Si les rencontres autour de ce réseau peuvent également constituer une base pour les usages techniques (voir Chapitre précédent, p.306), ils créent dans le même temps des possibilités pour l'apparition d'usages de répartition.

En effet, la participation à de telles rencontres nécessite un travail de préparation important pour les acteurs nationaux.

'Alors moi j'y vais, alors j'y étais au début, parce que l'instance s'est mise en œuvre, elle a dû être créée... Elle s'est mise en place les premières réunions je sais plus ça devait être 2012. Donc j'y suis allé parce que je voulais comprendre

⁴⁰⁰ European Commission DG Information Society and Media. *Final Evaluation of eEurope 2005. Evaluation of MODINIS and MODINIS Extension*. April 2007. p.50

⁴⁰¹ Commission Staff Working Paper accompanying the Commission's Communication COM (2004) 356 final, available in the HTML version of the Communication only (see: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52004DC0356>)

comment ça marchait, comprendre un peu les enjeux, **et puis après j'ai passé la main à mon adjoint**, d'abord parce qu'il fallait que je choisisse un peu dans mon agenda. **Parce que c'est pas tant d'aller à la réunion, c'est que derrière il y a un gros investissement de temps de préparation [...]**' (Entretien, fonctionnaire e-santé, 25.11.2016)

De plus, le deuxième plan d'action e-santé de la Commission européenne publié en 2012 comprend désormais une phase d'évaluation, ce qui nécessite a minima la remontée d'informations de la part des États membres (entretiens, sondages).⁴⁰² Le nombre d'actions à entreprendre de la part des acteurs institutionnels a enfin considérablement augmenté à partir du lancement du projet *Connecting Europe Facility* (CEF) eHealth en 2015-2017. Ce projet, qui fait directement suite aux travaux d'Epsos,⁴⁰³ a pour objectif de créer les infrastructures nationales (*National Contact Points*, NCP) nécessaires au transfert et à la traduction de données de santé entre les États membres. Deux dispositifs font partie de ces développements : le résumé patient (ou *Patient Summary*, PS) et la ePrescription. Afin de mettre en œuvre ce projet, dix-sept États membres ont candidaté au programme de financement de l'Union européenne. À partir de ce moment-là, le nombre d'actions à entreprendre au niveau national augmente drastiquement pour les acteurs institutionnels des pays participants.

'Cela dit, j'ai finalement, j'ai pas gagné tant de temps que ça parce que les sujets au fil du temps, dans les premiers temps la gouvernance [du réseau e-santé] était assez bonne, parce que finalement il y avait beaucoup d'échanges un peu généraux, de considérations diverses et variées. **Là maintenant on est sur des projets très concrets et du coup...** les collaborateurs souhaitent avant d'aller à une rencontre européenne d'avoir un mandat, et du coup ça vous oblige à [?]. Donc comment dirais-je **la gouvernance se densifiant, finalement je n'ai pas gagné tellement de temps en repassant ça à mon adjoint.**' (Entretien, fonctionnaire e-santé, 25.11.2016)

L'analyse des contenus des réunions du réseau e-santé montre ainsi une inflation importante du nombre de sujets abordés entre 2012 et 2019. À titre d'exemple, la troisième réunion du réseau e-santé du 14 mai 2013 à Dublin comportait cinq sujets à l'ordre du jour et autant de documents.⁴⁰⁴ Le 11-12 juin 2019, à Bucarest, la quinzième réunion de ce même réseau aborde dix thématiques différentes divisées en vingt-trois sous-thématiques, le tout accompagné d'une cinquantaine de documents de support.⁴⁰⁵ Il semble donc qu'à partir du

⁴⁰² Deloitte (2014). *Interim evaluation of the eHealth Action Plan 2012-2020*. Bruxelles : Union européenne, 165p.

⁴⁰³ Un autre projet intitulé EXPAND a par ailleurs précisément pour objectif de faire le lien entre les travaux d'Epsos et les financements prévus dans le cadre de CEF. Source : <https://cordis.europa.eu/project/id/620980>

⁴⁰⁴ Source : https://ec.europa.eu/health/ehealth/events/ev_20130514_en

⁴⁰⁵ Source : https://ec.europa.eu/health/ehealth/events/ev_20190611_en

début des années 2010, les instruments adoptés au niveau européen conduisent à une multiplication des actions à entreprendre au niveau national. L'augmentation de ce nombre d'actions contribue ainsi à un 'renforcement' de la *soft law* européenne (Saurugger and Terpan 2020; Bérut 2020; Terpan 2015) dans le domaine de l'e-santé, ce qui permet l'apparition d'usages de répartition au niveau national.

De fait, les usages de répartition observés au cours de cette recherche interviennent tous dans le cadre du projet européen CEF, qui s'accompagne d'un nombre important d'actions à entreprendre pour les acteurs institutionnels nationaux. Plus précisément, les usages observés s'opèrent dans le courant politique, et visent à renforcer le positionnement de certains acteurs institutionnels tout en leur permettant de contribuer à l'avancement des politiques d'e-santé nationales. Ce chapitre s'intéressera ainsi aux jeux politiques interinstitutionnels en France, en Autriche et en Irlande à partir de 2016.

Si la prise en compte de la structure des instruments européens est importante pour comprendre l'apparition des usages de répartition, cette variable ne suffit pas expliquer les différences que nous observons entre nos trois cas : alors que la France et l'Irlande présentent toutes deux des cas d'usage similaire, l'Autriche se caractérise plutôt par une absence d'usage au regard du programme européen CEF. Pour expliquer cette différence, nous mobiliserons à nouveau la variable de l'intérêt, en l'opérationnalisant cette fois-ci dans le contexte des jeux politiques interinstitutionnels. Cette opérationnalisation et la 'mesure' des intérêts différenciés entre les trois cas fera ainsi l'objet de la première partie de ce chapitre. La seconde partie présentera ensuite les cas d'usage de répartition observés en France et en Irlande. La présentation détaillée de ces usages permettra à nouveau de souligner l'intérêt d'une approche par les logiques d'usage, qui prend en compte la structure des instruments européens dans l'explication des phénomènes d'europanisation.

I. Les ressources politiques des acteurs de l'e-santé en France, en Autriche et en Irlande à partir du milieu des années 2010

Dans le cadre de cette recherche, les usages de répartition analysés interviennent dans le courant politique, et sont réalisés par les acteurs institutionnels durant une phase d'élaboration des politiques d'e-santé nationales. Puisque l'hypothèse de l'intérêt développée dans cette thèse stipule que les acteurs réalisent des usages de l'UE lorsqu'ils manquent de ressources au niveau national, il s'agit de proposer une façon d'objectiver et de comparer les ressources

dont les acteurs institutionnels disposent au sein du courant politique en France, en Autriche et en Irlande. Pour ce faire, nous nous intéressons aux ressources politiques dont disposent les individus pour stabiliser leur position et avancer leur agenda. Autrement dit, l'opérationnalisation de l'hypothèse de l'intérêt dans le cas des jeux de pouvoirs institutionnels se formule comme suit : moins les acteurs institutionnels disposent de ressources politiques, plus il est probable qu'ils réalisent un usage de répartition dans le courant politique.

Les 'ressources politiques' recouvrent de multiples dimensions et ne sont pas les plus aisées à mesurer. On peut dans un premier temps les appréhender au travers de la position institutionnelle occupée par les acteurs. Si ces positionnements ne recouvrent pas toute la réalité des jeux de pouvoirs entre les acteurs, ils peuvent cependant être un point de départ pour comprendre la répartition du pouvoir dans une configuration nationale. À ces ressources positionnelles peuvent s'ajouter une vaste panoplie de circonstances relatives au développement des politiques d'e-santé et à leur ancrage au niveau national. Ces contextes peuvent contribuer à moduler le poids des ressources positionnelles. Les entretiens avec les acteurs de politique publique sont alors essentiels pour appréhender la dynamique des relations de pouvoirs effectivement à l'œuvre au niveau national.

A) Les ressources positionnelles des acteurs institutionnels de l'e-santé

Lorsqu'on observe les ressources positionnelles des acteurs en charge de la relation à la relation à l'UE dans le domaine de l'e-santé, des différences significatives apparaissent en France, en Autriche et en Irlande. En France, la gestion de cette relation à l'UE est, depuis le programme CEF, plutôt bicéphale. En effet, si c'était jusqu'à ce programme la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé (DSSIS), notamment via Joëlle Rouvière, qui prenait en charge la majeure partie de la relation à l'UE dans le domaine de l'e-santé, le programme CEF a contribué à inclure activement l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) dans cette relation. L'ASIP a ainsi en charge tout l'aspect opérationnel du programme, tandis que la gestion de la 'relation diplomatique' revient au Ministère de la Santé et donc à la DSSIS. Cette répartition dichotomique avait déjà été mise en place dans le cadre du projet Epsos (Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018).

‘On est avec la DSSIS. Mais CEF c'est nous [l'ASIP] qui y avons répondu.

Alors avec le soutien de la DSSIS. De toute façon vous savez la DSSIS c'est une personne pour les projets européens.’

‘Le Ministère de la Santé il nous adoube, il nous cautionne, Joëlle Rouvière elle est hyper active mais enfin elle toute seule et puis elle construit pas, et à un moment c'est quand même nous qui allons, quand on est dans la construction, quand on est dans le fait de passer des marchés pour qu'il y ait l'infra, c'est nous. En ce sens c'est moi qui suis... représentante des pays membres à l'eHMSEG [*eHealth member states expert group*].’ (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

En termes de ressource positionnelle, l'ASIP, en tant que Groupement d'Intérêt Public (GIP), se trouve directement sous la tutelle du Ministère et plus particulièrement de la DSSIS. Il existe donc une hiérarchie entre ces deux organisations. De manière plus générale, la DSSIS est, à l'intérieur du Ministère de la Santé, une cellule de coordination disposant d'un personnel relativement limité (quatorze personnes en 2017), et dont le poids politique n'est pas comparable aux directions générales plus traditionnelles. L'influence politique de la DSSIS varie donc probablement selon l'attrait du personnel politique pour la question de l'e-santé, et l'ancrage ou l'avancement des politiques publiques en la matière.

En Irlande, l'unité du Department of Health (DoH) en charge de l'e-santé est également celle qui gère la relation à l'Union européenne. C'est l'une des quatre unités de la division ‘Recherche et développement et analyses en matière de santé’, et elle est composée de quatre personnes au moment de la recherche de terrain. C'est principalement le directeur de cette unité qui intervient au niveau européen. Bien que le programme CEF ait contribué à mettre des ressources du Health Service Executive à disposition du DoH (voir seconde partie de ce chapitre), l'implication du HSE reste marginale, et c'est principalement Adam Murphy, accompagné d'un de ses assistants, qui participe aux réunions européennes et rend compte au Secrétaire adjoint qui dirige la division à laquelle il appartient. La gestion de la relation européenne repose donc sur un nombre d'acteurs très restreint, qui font partie d'une unité au sein de l'une des douze divisions qui composent le Department of Health. Les ressources positionnelles de ces acteurs ne sont ainsi pas particulièrement élevées, et, de manière similaire à la France, il est probable que le pouvoir dont dispose cette unité dépende du contexte politique dans lequel elle évolue et de l'importance de l'e-santé pour les personnels politiques en place.

Le cas autrichien présente une différence assez nette avec la France et l'Irlande, non pas au regard du nombre de personnes affectées à la gestion de la relation à l'UE, mais dans le

positionnement hiérarchique de celles-ci. En effet, l'e-santé fait partie en Autriche de la Section n°I du Ministère Fédéral de la Santé, en charge du système de santé et de la coordination centrale. Le chef de cette section occupe la plus haute position hiérarchique du Ministère de la Santé (hors personnel politique), et est ainsi un acteur central de toutes les réformes du système de santé autrichien. Or, une partie importante de la relation à l'UE dans le secteur de l'e-santé est gérée par ce même acteur (assisté de son équipe⁴⁰⁶), qui se trouve également être le co-président du réseau e-santé européen.

Ainsi, alors que l'e-santé relève des compétences d'unités relativement restreintes ne disposant pas d'un pouvoir décisionnel important dans la hiérarchie des Ministère de la Santé en France et en Irlande, ce sujet est au contraire géré au sommet du Ministère de la Santé autrichien. Les ressources positionnelles du principal acteur en charge de la relation à l'UE en Autriche sont donc particulièrement importantes.

B) L'ancrage des politiques d'e-santé au niveau national

La recherche de terrain et en particulier les entretiens ont permis de compléter ces premières données sur les ressources positionnelles des acteurs. Pour mesurer les ressources politiques dont disposent les acteurs institutionnels, il s'agit ainsi de prendre en compte l'avancement global des politiques d'e-santé et le soutien apporté par le politique à ce sujet.

En Autriche, le milieu des années 2010 semble particulièrement propice au développement des politiques d'e-santé, plusieurs dispositifs comme ELGA ou la ePrescription débutant leur phase de mise en œuvre.⁴⁰⁷ Après l'adoption de la loi ELGA de 2012 une mise en place progressive du dossier électronique est en effet lancée dans deux régions pilotes, Vienne et la Styrie. Dans cette dernière région est également prévue la réalisation d'un projet-pilote pour l'e-médication. Tandis que le dossier ELGA est ouvert automatiquement pour les patients n'ayant pas demandé d'*opt-out* (environ 3% en 2018⁴⁰⁸), en 2015 commence un développement progressif du côté des professionnels et fournisseurs de santé. Ainsi, ce sont d'abord quelques hôpitaux publics et des établissements de soins infirmiers qui commencent à

⁴⁰⁶ Une personne chargée à temps plein de la coordination, et mobilisation des personnels du Ministère en fonction des sujets.

⁴⁰⁷ Le fait que les dispositifs d'e-santé entrent dans une phase de mise en œuvre ne signifie pas que la phase d'élaboration soit terminée. Celle-ci peut effectivement se dérouler de manière constante et parallèle (voir le cas des différents 'rails' de politique publique présenté Chapitre 1). Cependant, le fait que la politique publique arrive justement à atteindre cette étape de mise en œuvre est un signe que les acteurs de l'élaboration occupent une position bien ancrée, en particulier dans le cas de politiques complexes comme l'e-santé qui sont susceptibles de connaître de nombreux processus d'essoufflement.

⁴⁰⁸ Support de présentation de la stratégie d'e-santé autrichienne au réseau e-santé, Bruxelles, 15.05.2018, 12.

utiliser des rapports cliniques digitalisés (*eBefunde*) contenant les lettres de liaison à la sortie des hôpitaux, ainsi que des résultats numérisés de laboratoire ou d'imagerie.⁴⁰⁹ En 2017, le nombre d'hôpitaux et d'établissement de santé utilisant ELGA augmente progressivement. Côté ambulatoire, médecins et pharmaciens ont jusqu'en 2019 pour adopter le nouveau dossier électronique, la mise en œuvre complète étant dans ce cadre prévue pour 2021. Le site officiel d'ELGA, consulté le 28.01.2020, indique un développement toujours en cours mais néanmoins proche de sa phase finale, avec une utilisation du dossier dans environ cent-soixante-dix établissements de santé. Vingt-cinq millions de rapports cliniques d'e-santé auraient ainsi été produits, et les trois quarts de la population autrichienne auraient déjà connu une activité sur leur dossier. Depuis 2018, le déploiement de la fonction e-Médication d'ELGA a également débuté. Depuis 2017, la publication de certains documents dans ELGA a été rendue obligatoire pour les professionnels de santé : lettre de liaison à la sortie, résultats de laboratoire et de radiologie, médication. Depuis les difficultés liées à l'absence de soutien de la part des médecins au projet ELGA en 2012, l'e-santé semble être un secteur bien installé en Autriche, et l'existence de projets gouvernementaux en la matière ne semble plus faire l'objet de débats. En France comme en Irlande, la situation est très différente.

Ainsi, en France, l'arrivée au pouvoir de Marisol Touraine coïncide avec une nouvelle série d'interrogations à propos de la pertinence du Dossier Médical Personnel, qui connaît alors une nouvelle phase de mise agenda secondaire de l'e-santé. La phase de mise en œuvre de ce dossier, qui aurait dû s'opérer rapidement à partir de 2011, a en réalité été retardée et seulement partiellement réalisée.⁴¹⁰ Les acteurs de l'e-santé de cette époque évoquent plusieurs raisons à ce phénomène : départ du Ministère de Roselyne Bachelot, qui s'était particulièrement investie sur le sujet, approche des élections présidentielles, baisse significative des financements de la CNAMTS. L'ensemble des conditions conduisent à un échec du déploiement du 'DMP 1', et c'est dans ce contexte que Marisol Touraine prend ses fonctions en tant que Ministre des Affaires Sociales et de la Santé :

'Non c'est pas venu c'est que le DMP encore une fois, le DMP en 2011-2012, faut bien voir ce que les gens en disent. **C'est l'échec des gouvernements précédents.** [...]'(Entretien, Marisol Touraine, ex-Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20.06.2018)

⁴⁰⁹ Bachner Florian *et al.* (2018). 'Austria: Health system review' in *Health Systems in Transition*, 20:3, 124-25.

⁴¹⁰ Sources : Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018 ; Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017 ; Cour des Comptes (2012). *Le coût du Dossier Médical Personnel depuis sa mise en place*. Paris : publications de la Cour des Comptes ; Robin, Jean-Yves (2014). *Santé l'urgence numérique: Faire de la France un leader de l'e-santé*. Paris: Editions L'Harmattan.

La situation que trouve Marisol Touraine à son arrivée est donc relativement comparable à celle de Roselyne Bachelot, à cela près que l'avancement technique du projet est lui bien plus mature qu'en 2008. L'opportunité de la poursuite du DMP est malgré tout directement interrogée, bien que la Ministre affirme son soutien sur ce sujet :⁴¹¹

‘[...] Mais disons qu'avec l'arrivée de Marisol Touraine, **il y a une remise en question du modèle** sur le thème on attend un retour sur investissement plus rapide et il est pas là, il y a pas d'usages, alors en effet il n'y avait pas d'usages on l'avait pas déployé ah ah. **Et elle s'interroge publiquement sur le fait d'arrêter ou pas le projet.** Donc résultat on l'arrête pas puisque c'était juste interrogé, mais en même temps on n'a pas de budget pour le déployer. Donc, les choses restent un peu en suspens, jusqu'à ce qu'elle décide de ne pas arrêter le projet, alors qu'elle avait dit publiquement que c'était une hypothèse qu'elle envisageait. Donc c'est sûr qu'avec cette situation-là, vous ne lancez pas le déploiement, vous n'avez pas de budget pour, les hôpitaux ils n'avaient aucune consigne pour faire en sorte d'organiser l'accueil pour qu'on propose à tous les patients etc. Seules les régions qui étaient pilotes, qu'on avait lancées comme pilotes, parce qu'il y avait quand même des premiers appels à projet qui avaient été lancés donc vous aviez Picardie, Aquitaine, Alsace, Franche-Comté qui étaient bien lancés dès le départ, et qui ont continué à déployer le DMP sur le rythme sur lequel ils étaient lancés, mais on n'a pas pu passer à l'échelle suivante, et donc ce qu'il s'est passé c'est que Marisol Touraine après moult réflexions a décidé de maintenir le projet, considérant qu'effectivement il avait un intérêt [...]’ (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

Après une phase d'interrogation, qui semble toutefois prendre moins d'ampleur que sous le mandat de Roselyne Bachelot, la Ministre décide de poursuivre le projet DMP (qui devient Dossier Médical ‘Partagé’ et non plus ‘Personnel’) et de s'investir plus généralement sur la question de l'e-santé. Sont ainsi lancés deux programmes de financements de projets de numérisation en santé, ‘Territoires de Soins Numériques’ et ‘Hôpital Numérique’, gérés par la Direction Générale de l'Offre de Soins. En parallèle, la Ministre décide de lancer la première stratégie nationale d'e-santé française intitulée ‘Stratégie nationale e-santé 2020. Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé’. C'est la première fois qu'un tel document de pilotage est produit au niveau national. Les travaux pour produire cette stratégie sont dirigés par la Délégation à la Stratégie des Systèmes

⁴¹¹ ‘D'accord. Alors le Dossier Médical Partagé là pour le coup c'est un sujet que moi je connais et que j'identifie euh très bien. C'est un sujet que j'ai soutenu dès qu'il a été mis sur la table, donc il a été mis sur la table bien avant que je ne sois Ministre euh, et ça me paraissait être quelque chose de euh, de positif. Lorsque je suis devenue Ministre j'ai constaté que le sujet n'avait pas avancé euh, d'un millimètre. J'ai donc euh... essayé de comprendre pourquoi’ ; ‘C'est bien qu'il y ait des aiguillons et c'est toujours positif, mais alors pour le coup sur ce dossier-là moi j'étais convaincue, vous voyez c'est-à-dire que c'était pas, j'avais soutenu des Ministres précédent euh en considérant que, voilà c'était pas un sujet euh, partisan [Silence].’ (Entretien, Marisol Touraine, ex-Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20.06.2018)

d'Information en Santé (DSSIS) et le cabinet de la Ministre, et reposent sur un large processus de consultation. Le document présente, sur dix-sept pages et de manière synthétique, les grands axes de la politique gouvernementale en matière d'e-santé : santé centrée sur le citoyen, accompagnement et soutien des professionnels dans le virage numérique, mise en visibilité de la gouvernance de l'e-santé, facilitation de l'accès au marché pour les industriels, notamment en continuant le développement du cadre d'interopérabilité, poursuite de la modernisation du système d'information en santé (sécurité, *big data* etc.). La Ministre instaure également un Comité Stratégique du Numérique en Santé (CSNS), avec pour objectif la mise en œuvre de cette stratégie, toujours sous la responsabilité de la DSSIS.

Après une phase d'interrogation, les politiques d'e-santé sont finalement fortement investies par le politique, et leur ancrage dans le paysage français de l'organisation des soins semble désormais bien établi. En ce sens, la DSSIS, qui prend en charge la majorité du travail de formulation de la stratégie nationale, semble pouvoir disposer de ressources politiques importantes sous le mandat de Marisol Touraine. Il n'en va pas de même pour l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP), qui se retrouve dans une situation d'instabilité institutionnelle malgré l'engagement de la Ministre sur l'e-santé. L'origine de ce phénomène se trouve sans doute dans la décision de la Ministre de transférer la gestion et la mise en œuvre du DMP à la CNAMTS, décision officiellement actée par la loi de modernisation du système de santé adoptée en 2016. Cette loi contient ainsi plusieurs dispositions qui, complétées par le décret d'application n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé, permettront la mise en œuvre concrète du DMP, notamment en consacrant son transfert à la CNAMTS.⁴¹²

‘La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système

⁴¹² En parallèle, la loi prévoit de nombreuses autres dispositions, telles que la responsabilité pour le médecin traitant de verser les informations du volet de synthèse médicale sur le dossier du patient une fois par an, ou la possibilité pour les patients de masquer certaines informations aux différents professionnels de santé qu'il consulte (à l'exception du médecin traitant). La loi prévoit également la création d'un identifiant unique de santé (IDS), pré-requis indispensable pour permettre l'identification et l'authentification électronique des patients. Enfin, la loi crée le Système National des Données de Santé (SNDS), qui regroupe les bases de données nationales contenant des données de santé. L'objectif est d'ouvrir, de manière contrôlée, l'exploitation de ces données à certaines catégories d'acteurs, chercheurs notamment (après autorisation de la CNIL). Le GIP Institut National des Données de Santé a vocation à gérer cette base de données et son accès.

de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.⁴¹³

La dépossession de l'ASIP de ce dispositif, à la fois composant central et historique de la construction des politiques d'e-santé françaises, ne s'est pas réalisée sans heurts, et aurait même contribué à opérer un changement de direction au sein de l'agence :

‘[...] Donc moi j'étais pas pour et d'ailleurs le fait que ça soit passé à l'Assurance Maladie moi **je suis parti**, j'étais pas pour le fait qu'un assureur gère le dossier médical, et je pensais que c'était un opérateur de l'État, vecteur de confiance, d'assurer ça, certainement pas l'Assurance Maladie. [...]’ (Entretien, ex-directeur du GIP DMP et de l'ASIP, 19.06.2018)

‘Voilà. Donc en fait en revanche ce qu'elle voulait c'était... ce qu'elle... bon. Le fait de transférer à l'Assurance Maladie, c'était une façon de... c'était une façon de... [petit soupir] faire reprendre le projet d'une autre manière, **nous encore une fois c'est pas forcément ce qu'on avait appelé de nos vœux au départ** mais ça avait du sens par rapport à l'état du projet, ça avait surtout du sens par rapport au fait que c'est l'Assurance Maladie qui a vraiment les leviers pour s'adresser aux professionnels de santé libéraux. Donc cette histoire elle montre bien que oui il y a plein d'aléas liés au politique.’ (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

‘-Et bien évidemment l'ASIP, on a beaucoup travaillé avec eux parce que, on est parti de leurs équipes et de leurs savoir faire, au début c'était pas facile pour eux parce que c'était un boulot qu'on leur enlevait.

-Ah oui, vous avez senti des tensions ?

-Ah oui, enfin tensions euh non, ça c'est bien passé parce que je me suis bien entendu avec les gens mais quelque part **les gens étaient déçus, on leur enlevait un dossier important de leur structure** [...].’ (Entretien, CNAMTS, 20.06.2018)

Qu'il soit lié à des raisons politiques ou pragmatiques,⁴¹⁴ le transfert du DMP a pour effet corollaire de contribuer à remettre directement en question la nécessité de l'existence de l'ASIP, dont la création était initialement liée au portage de ce projet (voir Chapitre 5, p.205). Notre méconnaissance de ces dynamiques de pouvoir au moment des entretiens aura eu pour effet de révéler ces différentes tensions institutionnelles :

⁴¹³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016

⁴¹⁴ Tandis qu'un de nos enquêtés se réfère au DMP en parlant de 'patate chaude' (Entretien, CNAMTS, 20.06.2018), un autre assure que le changement d'opérateur était un moyen de donner un nouveau souffle à un dossier 'assorti de beaucoup de négativité' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017). Quant à Marisol Touraine, elle défend une décision qu'elle juge avant tout pragmatique : 'Et au fond, il n'est pas évident, que le Ministère, soit le mieux placé, pour piloter un programme informatique, nos propres ordinateurs plantaient à peu près toutes les semaines donc je, je voyais pas bien en quoi, quelle était la valeur ajoutée, du Ministère en tant que Ministère en tant qu'administration centrale, pour euh piloter un programme de ce type-là. J'ai donc pris la décision, ce qui n'a pas été facile il a fallu d'ailleurs convaincre la CNAM, de transférer le pilotage et la gouvernance de ce dossier partagé à la CNAM, pourquoi, parce que la CNAM a l'habitude de rencontrer les médecins. [...]' (Entretien, 20.06.2018)

‘–Oui. C'est intéressant de voir comment les organisations fonctionnent, évoluent, parce que quand j'ai vu que le DMP partait je me suis dit mais, bah du coup ils vont faire quoi à l'ASIP, alors qu'en fait c'est pas du tout...

–Alors. Suivant l'interlocuteur on le prend bien ou mal. En fait nous en interne on le prend très mal parce que on se dit, mais c'est pas possible, on est cent trente, rien, puis après on le prend bien puisque d'abord on se dit, bah de toute façon si les gens ne savent pas bien ce qu'on fait c'est à nous de l'expliquer. Mais vous avez déjà la moitié de l'ASIP, des opérationnels de l'ASIP qui sont justement toute cette partie CPS [Carte Professionnelle de Santé]⁴¹⁵, mais cette partie CPS les gens sont assez étanches parce que effectivement elle est tellement complexe techniquement que, personne ne la retient. Mais si on commence à vous dire que si on arrête ça, beaucoup de gens ont voulu arrêter. **Il y a des gens qui ont voulu arrêter, qui, même vous vous dites ça je vous pardonne, c'est normal vous êtes loin, vous êtes jeune, mais dans l'administration il y a des gens qui se sont posé cette question. Dès qu'ils approchent et, Marisol Touraine je pense que ça lui a traversé l'esprit hein de fermer l'ASIP.** Et là on lui dit non mais si vous arrêtez l'ASIP, il y a plus de télétransmission de la feuille de soins, parce que y a, donc vous voyez la révolution, là tout de suite, tout de suite vous voyez l'ASIP [...]’ (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

L'intervention d'un employé de l'agence à ce moment-là de l'entretien est également éclairante :⁴¹⁶

‘–R1 : Et donc on en était à la question, pourquoi on n'a pas fermé l'ASIP quand le DMP est parti.

–R2 : Ah ! J'espère, tu veux un peu d'eau, tu veux du thé ? Parce qu'alors là, c'est dingue hein, pourquoi on n'a pas fermé l'ASIP [ton humoristique, rires]. Bah... Est-ce que tu as connu les feuilles de soins papier ?

–Q : Ah bah il y en a toujours.

–R2 : Bah voilà. Combien de milliards de feuilles de soins ?

–R1 : Tu illustres parfaitement mon propos, c'est génial.

–R2 : Parce qu'il y a combien de milliards...

–R1 : Un virgule deux milliards.

–R2 : Un virgule deux milliards de feuilles de soins. Donc ça veut dire que si on avait fermé l'ASIP santé, tu peux, voilà, on se serait trouvé avec un virgule deux milliards, enfin on aurait tué des arbres, fait chier des médecins, énervé des patients, donc voilà pourquoi on n'a pas fermé l'ASIP.

–R1 : C'était la révolution.

–R2 : **Bah ouais non mais, pour le coup, maintenant j'utilise toujours cette réponse-là, non mais les gars comment on ferait ? Enfin... ça paraît maintenant tellement évident de donner sa carte vitale d'avoir une carte, bah oui mais sauf que derrière il y a nous. On est là on pédale tous les soirs. [...]** (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

Nous observons donc que les deux personnes rencontrées ont dû développer une argumentation spécifique afin de faire comprendre rapidement et concrètement la nécessité de

⁴¹⁵ Pour rappel, la création de l'ASIP résulte de la fusion de deux groupements d'intérêt public en 2009 : le GIP DMP et le GIP CPS.

⁴¹⁶ R1 désigne l'enquêtrice principale de l'entretien, R2 son collègue, et Q les propos de l'auteure.

l'existence de l'ASIP, et c'est précisément ce contexte qui favorisera le développement d'usages de l'UE (voir seconde partie de ce chapitre). Tout au long de l'entretien, notre interlocutrice insistera par ailleurs beaucoup sur les diverses missions de l'ASIP :

[...] Alors ça a été annoncé de longue date hein, puisque la Ministre avait dit qu'elle l'inscrirait dans la loi, ensuite il y a eu le temps de la loi, ensuite... Il y a eu le temps du transfert. Donc nous ça n'a pas changé, alors à l'origine c'est sûr que c'était pas inscrit dans la feuille de route initiale que le DMP parte à l'Assurance Maladie, mais en fait le temps de... Ce qu'il faut savoir c'est que **le portefeuille de projets de l'ASIP Santé il a considérablement évolué**, il avait commencé à évoluer dès en fait la création de l'ASIP. Et donc nous à organisation quasi constante en fait on a, on est passés de quasiment... D'une structure mono-projet à une structure où maintenant **on porte, on dit une centaine de projets**, alors une centaine c'est une vision un peu extensive, il y a effectivement une centaine de lignes dans notre portefeuille de projets, mais on va dire qu'on a une cinquantaine de grands projets.' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

Enfin, il semble assez clair que la DSSIS, autre acteur en charge de la relation à l'Union européenne, a été épargnée par ces questions organisationnelles :

–D'accord. Et du coup les administrations, comment ça s'est passé quand vous avez annoncé que peut-être pour vous le pilotage par le Ministère était pas la meilleure solution j'imagine que ça a provoqué un peu des tensions...
–Oui ça pas été, c'est-à-dire qu'on a réorganisé l'équipe, il se trouve que c'était des gens qui étaient souvent extérieurs qui venaient en, qui avaient des contrats extérieurs, voilà donc il y a eu un peu de... Oui ça a pas été simple à gérer sur un plan humain mais ça il a fallu le gérer sur un plan humain.
–Surtout à la DSSIS du coup ou vous pensez à l'ASIP aussi ?
–Oui surtout à l'ASIP oui.
–Oui surtout à l'ASIP. Il y a eu du changement.
–**La DSSIS elle était pas tellement, concernée.**'(Entretien, Marisol Touraine, ex-Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20.06.2018)

Après une période d'hésitation, le projet DMP connaît ainsi une deuxième relance en France. Alors que ce processus de mise sur agenda secondaire tend à renforcer le rôle de la DSSIS dans la gouvernance de l'e-santé, il contribue dans le même temps à affaiblir la position d'un autre acteur institutionnel central des politiques d'e-santé, à savoir l'ASIP. Dans ce contexte, c'est précisément ce dernier acteur qui est susceptible de réaliser des usages de l'UE. En effet, l'ASIP se retrouve dans une situation d'instabilité institutionnelle, dans laquelle ses employés se trouvent contraints de développer une argumentation spécifique pour justifier de son utilité.

Le cas irlandais présente une situation quelque peu similaire à la France, quoique le contexte empirique soit différent. En effet, depuis la seconde mise sur agenda de l'e-santé au début des années 2010, ce secteur des politiques publiques semble bien ancré dans le paysage politique.

En revanche, la question de la mise en œuvre concrète de projets nationaux d'e-santé pose toujours problème, notamment au vu de l'investissement financier qu'elle requiert. Afin de débloquent les fonds nécessaires à la mise en œuvre du dossier médical électronique, le groupe eHealth Ireland (HSE) ⁴¹⁷ et le Department of Health préparent un '*Business case*', qui doit être validé par le Department of public expenditure and reform, dont la mission est de superviser l'ensemble des dépenses effectuées par le gouvernement. Ce '*Business case*', finalisé en 2016, détaille les étapes de développement du dossier électronique et prévoit des dépenses de 840 millions d'euros échelonnées sur dix ans. De nombreuses étapes de validation sont nécessaires pour que le processus aboutisse à un résultat positif :

'The government here set up a government Chief Information Office and a very hum, **tough mechanism** for the approval of ICT projects, really tough like about **eight different stages of clearance**, and any project over about twenty-five thousands have to be, have to require this approval'⁴¹⁸ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

Or, malgré le soutien politique du gouvernement pour l'e-santé, le *Business case* présenté n'a, au moment des entretiens (2017), pas été retenu. Ce serait principalement la nature du montant envisagé qui aurait posé problème dans ce processus :

'Yeah... So I would say that the electronic health record business case is accepted by the government **as the vision**, but it's **not approved because of the, the scale of funding** outlined.'⁴¹⁹ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

'Well it's not an issue I mean like the business case is... I mean, Oliver Roberts thinks you write a business case and then the finance Department gives you the money. You know we have to stay within the borrowings of the European Commission. So we are working with the Department of Finance, on hopefully getting the funding for that [...] **So if you're looking for that kind of money**,

⁴¹⁷ L'entité eHealth Ireland, créée en 2013, vise à donner un nouveau visage aux politiques d'e-santé gouvernementales, qui souffrent d'un certain scepticisme auprès du public. Officiellement, eHealth Ireland n'a pas le statut d'agence, à la fois car cela demanderait une législation spécifique susceptible de retarder la mise en œuvre de l'e-santé, et parce que les agences publiques ont souvent mauvaise réputation auprès du public (source : Health Service Executive, Department of Health (2013). *eHealth strategy for Ireland*, p.51). Ainsi, 'eHealth Ireland' est établi au sein des structures officielles existantes, dans le cadre du Health Service Executive.

⁴¹⁸ 'Le gouvernement a créé un chef de l'information avec une équipe et un mécanisme très strict pour l'approbation des projets TIC, vraiment strict il y a à peu près huit différents stades d'autorisation, et tout projet de plus de 25000 euros doit, nécessite cette approbation.' (Traduction par l'auteure)

⁴¹⁹ 'Oui... Donc je dirais que le *business case* du dossier médical électronique est accepté par le gouvernement en tant que vision (principe), mais ce n'est pas approuvé à cause de, l'ampleur du financement nécessaire.' (Traduction par l'auteure)

you know it doesn't happen overnight.⁴²⁰ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

Les acteurs en charge de l'e-santé et de la relation à l'UE dans ce domaine au sein du Department of Health se retrouvent donc en compétition directe avec d'autres acteurs pour obtenir des financements et faire avancer les politiques d'e-santé. Si leur existence institutionnelle n'est pas menacée, l'avancement des politiques d'e-santé est quant à lui fortement contraint pas des questions financières. Au moment des entretiens, le financement de l'e-santé fait ainsi l'objet d'intenses discussions entre le Department of Health, le Department of Finance et son Government Information Chief Officer. Si le budget alloué à l'e-santé par le gouvernement augmente d'années en années (il est par exemple passé de 40 millions d'euros en 2014 à 55 millions d'euros en 2015), ces fonds sont loin d'être suffisants pour assurer le déploiement d'un dossier patient digitalisé. La gestion quotidienne des actions déjà entreprises dans le domaine de l'e-santé semble elle-même difficilement couverte par le budget alloué :

–Four people OK. That's quite a team, just on European projects or ... ?
 –**No! That's, this is important, that's eHealth, and external ICT. It's a crazy crazy small amount of people for the amount of work.**
 –You mean they're just four to deal with all the subject? It's not so much yeah.
 –It's crazy. Now, under the CIO [Chief Information Officer], in the HSE [Health Service Executive], then you have you have additional resources but the policy development, the legislation, the hum making the case for, better investment, explaining previous investment that all, that's an awful lot of pressure for a small unit.⁴²¹ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

[...] Because I think they can see that the potential for it, the challenge then becomes to be able to deliver it, because **the resource we have are, by international standards, still quite small**, by comparison and hum it's relatively easy to build the hum, appetite to do the work, but you also need to be able to follow through and deliver it. So that's obviously a challenge, hum I mean the Departments are supportive, we've had some more staff approved, there's a budget that is, looks like it's going to be, supportive going forward, hum we're quite a

⁴²⁰ 'En réalité ce n'est pas un problème je veux dire le *business case* est... Je veux dire, Oliver Roberts pense que vous écrivez un *business case* et qu'ensuite le Ministère des finances vous donne l'argent. Vous savez nous devons rester dans la limite des emprunts de la Commission européenne. Donc nous travaillons avec le Ministère des finances, pour nous l'espérons avoir le financement pour cela [...] Donc si vous recherchez ce type de financement, vous savez ce n'arrive pas en une nuit.' (Traduction par l'auteure)

⁴²¹ –Quatre personnes OK. C'est une équipe importante, juste pour les projets européens ou... ?
 –Non ! Ça, c'est important, c'est pour l'e-santé, et les TIC externes. C'est un très très petit nombre de gens pour la quantité de travail.
 –Vous voulez dire qu'ils ne sont que quatre pour gérer tout le sujet ? Ce n'est pas énorme oui.
 –C'est dément. Maintenant, sous l'autorité du CIO [*Chief Information Officer*, chef de l'information], au sein du HSE, maintenant il y a des ressources additionnelles mais le développement de la politique publique, de la législation, de plaider en faveur de, pour un meilleur investissement, expliquer les investissements précédents tout ça, c'est une pression terrible pour une petite unité' (Traduction par l'auteure)

long way, by international comparison in terms of the resources and the money that have to move the eHealth agenda and we, I suppose we're conscious of the fact that we're having to catch up in number of areas, so there're challenges here [?].'⁴²² (Entretien, Health Service Executive, 07.12.2017)

Pour des raisons différentes, certains acteurs français et irlandais en charge de la relation à l'UE dans le domaine de l'e-santé se trouvent donc en position de demander de nouvelles ressources, ou a minima de stabiliser celles dont ils disposent. Par contraste, le cas de l'Autriche est très différent, puisque l'enquête de terrain ne révèle pas de dynamiques de pouvoir qui seraient défavorables aux acteurs en charge de cette relation à l'UE, acteurs par ailleurs particulièrement bien positionnés au niveau institutionnel.

II. Les usages de répartition en France et en Irlande

Les variations des usages de répartition suite au lancement du programme CEF semblent congruentes avec les variations des ressources des acteurs institutionnels telles que nous les avons décrites en France, en Autriche et en Irlande.

Ainsi, l'analyse des données liées au cas autrichien ne démontre pas de cas d'usages de l'Union européenne à partir du milieu des années 2010, bien que le principal acteur des politiques d'e-santé soit le même qui était à l'origine d'usages abondants de l'UE durant la première phase de formulation de ces politiques. Le matériau écrit relatif au déploiement du dossier ELGA et de la ePrescription,⁴²³ de même que les entretiens réalisés dans ce cadre,⁴²⁴ sont généralement focalisés sur l'avancement de la mise en œuvre des politiques d'e-santé, et ne font référence ni à des difficultés politiques particulières ni à des pratiques pouvant s'apparenter à des usages de l'UE. Il est évidemment possible que certaines informations

⁴²² 'Parce que je pense qu'ils peuvent voir que le potentiel pour cela, le défi devient ensuite d'être capable de le mettre en œuvre, parce les ressources que nous avons sont, au vu des standards internationaux, toujours très faibles, par comparaison et c'est relativement aisé de construire le, l'appétit pour faire le travail, mais vous devez aussi être capable d'aller au bout des choses et de le mettre en œuvre. Donc c'est de toute évidence un défi, je veux dire les Ministères soutiennent, nous avons eu du personnel supplémentaire, il y a un budget qui est, qui devrait être, un soutien pour aller de l'avant, nous avons encore du chemin à faire, au vu de la comparaison internationale en termes de ressources et de l'argent qui servira à faire avancer les choses et nous, j'imagine que nous sommes conscients du fait que nous avons un retard à rattraper dans un certain nombre de domaines, donc voilà les défis [?]' (Traduction par l'auteure)

⁴²³ Ministère de la Santé (2015). *Quelles sont les nouveautés en 2015 ? Nouvelles réglementations, données et faits (Was ist neu im Jahr 2015? Neuregelungen, Daten & Fakten)*. Vienne : Publication du Ministère Fédéral pour la Santé ;Philippi Theresa (2015). *The Electronic Health Record (ELGA) in Austria*. Vienne: Publications d'ELGA GmbH. ; Support de présentation de la stratégie d'e-santé autrichienne au réseau e-santé, Bruxelles, 15.05.2018, Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/ehealth/events/ev_20180515_en ; Site web d'ELGA, Disponible sur : <https://www.elga.gv.at/elga-die-elektronische-gesundheitsakte/elga-im-ueberblick/>

⁴²⁴ Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017 ; Entretien, ELGA GmbH, 07.03.2017 ; Entretien, fonctionnaire e-santé, 20.02.2017 ; Entretien, employé de ELGA GmbH, 19.02.2020 ; Entretien, représentant des pharmaciens, 14.03.2017

n'aient pas été rendues visibles lors de l'enquête. Cependant, au vu de la position institutionnelle occupée par le principal entrepreneur politique de l'e-santé, un des principaux destinataires des usages de l'UE n'aurait été autre que lui-même, ce qui soutient l'idée d'une absence de besoin stratégique pour les usages de l'UE à cette période en Autriche.

Au contraire, dans les cas français et irlandais, nous avons pu observer la présence d'usages de l'UE, même si la méthode employée (entretiens) n'était pas nécessairement la plus à même de les révéler (par contraste avec l'observation participante par exemple).

A) Irlande : des usages de l'UE pour mobiliser des financements destinés à l'e-santé

En Irlande tout d'abord, nous avons pu observer des traces d'usages de l'UE à l'intérieur même du document du *Business case* du dossier médical électronique préparé par le HSE et le Department of Health. Bien que limitées en nombre, ces traces témoignent de la présence de deux logiques d'usages distinctes :

'Ireland is much less advanced in the area of eHealth in comparison to the countries outlined above. **Within the European Union, Ireland lags behind** many of our fellow member states when it comes to eHealth and EHR enablement. **Based on a 2014 European Commission report** which identified eHealth enablement within member states, **Ireland scored poorly** on the question of "Which of the following computerised systems has the hospital integrated?" as illustrated in the following table [...]'⁴²⁵

Cette première référence est typique de l'usage technique réalisé dans le courant politique. En effet, les données produites au niveau européen servent ici directement d'argument pour appuyer la nécessité de l'adoption du *Business case*. La seconde référence repose quant à elle plus directement sur une logique de légitimité, et s'appuie sur le seul instrument de *hard law* du domaine de l'e-santé.

'The need to introduce an EHR [Electronic Health Record] in Ireland and the importance of protecting the privacy of the health data stored in EHRs is supported in through the **EU Cross Border Healthcare Directive** (Directive 2011/24/EU).'⁴²⁶

Malgré ces références, ce document s'appuie de manière générale assez peu sur les initiatives européennes, et il est difficile à ce stade d'attribuer un rôle particulier à l'Union européenne dans le processus de formulation de la politique publique. Les entretiens avec les acteurs en

⁴²⁵ Health Service Executive, Office of the CIO (2016). *National Electronic Health Record. Strategic Business case*. Dublin : Publications du Health Service Executive, p.12

⁴²⁶ Health Service Executive, Office of the CIO (2016). *National Electronic Health Record. Strategic Business case*. Dublin : Publications du Health Service Executive, p.77

charge de l'e-santé révèlent par ailleurs l'importance d'une autre logique d'usage, celle de répartition, dans leur travail politique quotidien :

‘—And you have to deliver uh [Connecting Europe Facility] patient summaries for instance... for 2020 I guess?

—Oh yes, yeah yeah that's right.

—And so I was wondering how do you intend to deliver this, knowing that you don't have this currently at the domestic level.

—**Yes uh, little bit like the origins, we would regard that as uh a useful bit of external pressure hum...** It sounds like we can't do anything on our own [Laughs]. It's yeah....

—Yes but do you need this pressure, maybe I mean, because *you* wouldn't need this pressure.

—No we don't need this pressure. **The pressure is useful in... hum the real battle goes on every year around finance, public resources,** and hum... yeah and the sort of... I suppose potential embarrassment to the country in the international stage, are any kind of expectations that, actually **it also adds to the value if you're engaged in delivering something in an international project** you actually are plugging in into a broader thing, at the stage we're at where I think a lot of European countries are more advanced than us, and have great levels of investment and more experience in this, and have made very expansive mistakes some of them, we feel as an opportunity we can learn, so, our involvement and engagement and participation is valuable at all times you know just for those networks and the connections hum... **But we will, we have some resource, and it will be increasing, and even ourselves we will be prioritizing the, aspects of our work that will help us deliver for the European side,** hum...

—So you clearly... mention this kind of projects when you have to defend your case as regards the finance or...

—Yeah, it would if we felt... It would be... **Now we have to factor it in our own thinking, it's not that we... We would never attempt to embarrass the government, but we need to plan in advance for avoiding, to get the best outcomes so, maybe I think I might have explained it a little bit wrong, it's not as we would use it as external pressure but we would understand that something needs to be done and would use that in our own prioritization, of limited resources. And we would use it, to, hum... make the case for additional resources.**⁴²⁷ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 06.12.2017)

⁴²⁷ ‘—Et vous avez à mettre en œuvre le résumé patient par exemple pour... 2020 j'imagine ?

—Oh oui, oui oui c'est cela.

—Et donc je me demandais comment vous comptiez le mettre en œuvre, sachant que vous n'avez pas ce dispositif au niveau national.

—Oui, un peu comme à l'origine, on voit ça comme une petite pression externe utile... On dirait que l'on ne peut rien faire par nous-mêmes [Rires]. Oui c'est...

—Oui mais avez-vous besoin de cette pression, je veux dire, peut-être que *vous* n'avez pas besoin de cette pression.

—Non nous n'avons pas besoin de cette pression. La pression est utile pour... la vraie bataille prend place tous les ans sur le sujet des financements, des ressources publiques, et euh.... Oui et le genre de... J'imagine l'embarras potentiel pour le pays au niveau international, est-ce qu'il y a des attentes qui, en réalité cela ajoute aussi à la valeur si vous engagés dans la mise en œuvre de quelque chose dans un projet international vous vous insérez dans quelque chose de plus large, au stade où on en est je pense que beaucoup de pays européens sont

Si dans un premier temps l'acteur ci-dessus se réfère à la pression européenne exercée 'aux origines' (ce qui renvoie dans ce contexte aux usages de légitimité réalisés en 2013), il précise par la suite que l'usage qu'il fait du programme CEF est en réalité différent. Il s'agit en effet plutôt d'internaliser la priorité européenne (*'factor it in our own thinking'*), pour ensuite souligner que 'quelque chose doit être fait' au moment des négociations budgétaires avec les différentes directions du Department of Health (courant politique). Une telle internalisation est justement rendue possible par le fait que l'intégration européenne implique désormais de nombreuses actions à entreprendre au sein de son service. L'acteur ne s'appuie pas sur une légitimité abstraite rattachée à l'UE, mais plutôt sur le fait que cette institution est désormais un facteur à prendre en compte dans la gestion de ses ressources. C'est donc principalement une logique de répartition qui est à l'œuvre ici.

Du point de vue de ses conséquences, cet usage n'est pas anodin. Bien qu'il ne permette pas de débloquer les fonds nécessaires à la mise en œuvre du *Business case* du dossier médical électronique, il permet néanmoins au Department of Health de mobiliser des ressources supplémentaires dans son travail quotidien :

–And so, how many are you to work on eHealth, not European eHealth policy but on eHealth in Ireland, at the Department of Health?
 –In the Department of Health?
 –Yeah.
 –Uh, there's really only about, three people.
 –Three people? Not a lot.
 –It's mainly me, because that that... **But uh with the CEF work and stuff like that we've expanded** that so there is some very good people now on the HSE, working on that. My colleague Nolan Smith, and Jack Sweeney, uh, like Nolan is brilliant and he's doing a great job and so he is getting all that ready you know. [...]⁴²⁸ (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

plus avancés que nous, et ont un niveau important d'investissement et ont plus d'expérience là-dedans, et ont fait des erreurs très coûteuses pour certains, nous voyons cela comme une opportunité pour apprendre, donc, notre engagement et notre engagement et notre participation est précieuse à tout moment vous savez, juste pour ces réseaux et les connexions... Mais nous allons, nous avons quelques ressources, et cela va augmenter, et même nous nous allons prioriser le, les aspects de notre travail qui vont nous aider à mettre en œuvre le volet européen,....

–Donc vous vous référez... clairement à ce type de projet quand vous avez à défendre vos intérêts dans le domaine des financements ou...

–Oui, ce serait comme si... Ce serait... Nous devons l'intégrer dans notre propre système de pensée, ce n'est pas comme si... Nous n'essaierions jamais de mettre le gouvernement dans l'embarras, mais nous avons besoin de planifier en avance pour éviter, pour avoir le meilleur résultat donc, peut-être que j'ai un peu mal expliqué, ce n'est pas comme si nous l'utilisions comme une pression externe mais on comprend que quelques chose doit être fait et on utilise cela dans notre priorisation, de ressources limitées. Et nous utiliserions cela, pour... demander des ressources supplémentaires' (Traduction par l'auteure)

⁴²⁸ –Et donc, combine êtes-vous à travailler sur l'e-santé, pas sur la politique européenne d'e-santé mais sur l'e-santé en Irlande, au Ministère de la Santé?

–Au Ministère de la Santé ?

‘And I suppose last year [2016] in December of the last year, I started to get involved in the European space in the sense that, **I was asked to participate in the hum, sharing of cross border, information project that stemmed from Epsos** which is the current hum cross-border eHealth information service project that's there. So we have signed up and committed to go on [?] with that by wave three which is February-march 2020, but I mean, so we got involved in December last year, hum **at the request of the Department of Health because the resources, we needed resources to get involved in this space [...]**⁴²⁹ (Entretien, Health Service Executive, 18.12.2017)

Par ailleurs, on peut observer que le projet CEF peut aussi servir de support à des usages reposant sur une logique de légitimité. Autrement dit, si un renforcement de la *soft law* permet les usages de répartition, cette évolution de la structure des instruments européens n'empêche pas d'autres types d'usages de se développer. Le Health Service Executive s'appuie ainsi sur le fait que l'UE investisse dans l'e-santé pour l'utiliser comme un ‘*boost*’ de légitimité pour les initiatives d'e-santé nationales :⁴³⁰

‘– Yeah. Do you see these European projects as opportunities to develop more concrete infrastructures at the domestic level or not?’

–Hum [petit silence], you know we're going to get [?] projects in anyway, what they really, and there is some, I noticed some funding that can come through those channels, hum, but really our objective is to try to improve the service for the citizens in Ireland and what the European projects do to a certain degree is they reassure that the way we're trying to design it is in line with what our colleagues and or counterparts in other countries in Europe, want to do. So they're good guidance in terms of enabling us to make sure that we're heading in the right direction, hum **I suppose they also legitimise you know the initiatives that we're doing**, so in other words they, are, **if we're engaged with a group of people in the Health Service here and they say well why is that particular initiative important from an eHealth point of view, we can point to European programs and say well look at this is what the whole Europe recognises as being a significant development for eHealth**, summary care records,

–Oui

–Il n'y a que, trois personnes.

–Trois personnes ? Ce n'est pas énorme.

–C'est principalement moi, parce que cela, cela... Mais avec le travail autour de CEF et les choses comme ça nous nous sommes agrandis de sorte qu'il y a maintenant des personnes très compétentes au HSE, qui travaillent là-dessus. Mon collègue Nolan Smith, et Jack Sweeney, mon collègue Nolan est brillant et il fait un travail fantastique donc in prépare tout cela. [...]' (Traduction par l'auteure)

⁴²⁹ ‘Et je crois que c'était l'année dernière [2016] en décembre de l'année dernière, j'ai commencé à être impliqué dans l'espace européen au sens où, on m'a demandé de participer dans le, le projet de partage transfrontalier de l'information qui provenait de Epsos qui est l'actuel service d'information e-santé transfrontalier. Donc nous avons signé et nous nous sommes engagés à poursuivre et mettre en œuvre pour la vague trois qui entre février et mars 2020, mais je veux dire, donc nous avons été impliqués en décembre de l'année dernière, à la demande du Ministère de la Santé à cause des ressources, nous avons besoin de ressources pour nous impliquer dans cet espace. [...]' (Traduction par l'auteure)

⁴³⁰ Alors que dans le cas d'usages de répartition, nous avons pu trianguler le récit de la pratique avec des données qui témoignent effectivement d'un accroissement du budget sur les questions européennes, ce dernier usage n'a quant à lui pas été triangulé.

ePrescribing whatever, so you know it just validates, why you chose to put attention or resources on those projects you know, because we are, always in a situation where there's always going to be a lot of initiatives that the Health Service wants to pursue, you have to prioritise which ones are going to be the first and second and so on. **So I suppose yeah being reference, being able to reference the European programs, gives some legitimacy to that and so we say why this needs to be the number one thing we do at the moment as opposed to something we do in five or ten years you know.**

–Yeah. So this happens concretely this kind of situation where you would have to say yes in Europe they do that so...

–Yeah I mean we uh, there are directives, you know we have to comply with directives so for example, [...]. So, things like that we have to comply to and they would be very much hard rock, GDPR is another example of things that has to be complied with, other ones are you know **pan-european projects**, they may not be a directive, but the fact that they are there and all countries are working towards [?] and towards common dates **just help us support you know the case to pursue those projects as opposed to do some other projects.** That's how I see it in a way from my perspective [petit rire].⁴³¹ (Entretien, Health Service Executive, 07.12.2017)

Les difficultés à mobiliser des budgets pour le développement de l'e-santé conduisent donc les acteurs institutionnels irlandais à utiliser l'Union européenne comme un argument afin de renforcer leur positionnement politique. La structure particulière de l'instrument européen (*soft law* renforcée) permet notamment à ces acteurs de réaliser des usages de répartition (Department of Health), mais également des usages reposant sur une logique de légitimité

⁴³¹ ‘–Oui. Voyez-vous ces projets européens comme des opportunités pour développer des infrastructures plus concrètes au niveau national ou pas du tout?

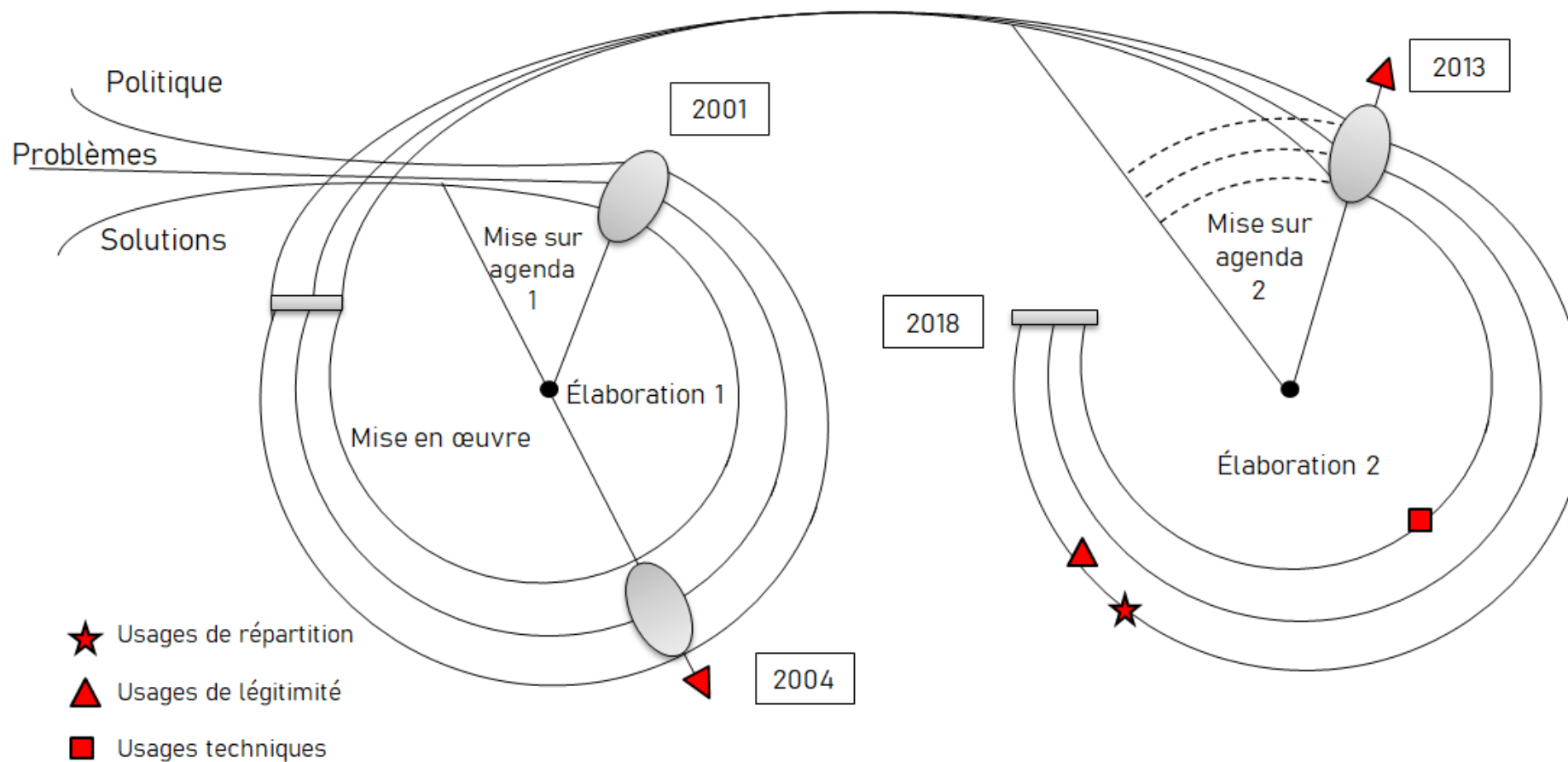
–Mmh [petit silence], vous savez nous allons avoir [?] des projets de toute façon, ce que vraiment, et il a des, j'ai remarqué des financements qui peuvent venir via ces canaux, mais plus concrètement notre objectif est d'essayer d'améliorer le service pour les citoyens en Irlande et ce que les projets européens font dans une certaine mesure c'est qu'ils réassurent sur le fait que ce que nous essayons de faire est en lien avec ce que nos collègues et nos équivalents dans d'autres pays européens veulent faire. Donc ils constituent une bonne orientation dans le sens où ils nous permettent d'être sûrs qu'on va dans la bonne direction, j'imagine aussi que ça légitime vous savez les initiatives que l'on fait, donc en d'autres termes ils, si nous sommes en train de discuter avec un groupe de personne dans le Service de Santé ici et qu'ils disent bon, pourquoi cette initiative particulière est importante du point de vue de l'e-santé, les résumés patients, la ePrescription ou quoi que ce soit d'autre, donc vous savez, cela permet juste de valider, la raison pour laquelle vous choisissez de focaliser de l'attention ou des ressources sur ces projets vous savez, parce que nous sommes, toujours dans une situation dans laquelle il y aura toujours de nombreuses initiatives que le Service de Santé voudra poursuivre, vous devez prioriser lesquelles vont être les premières les secondes etc. Donc j'imagine que être capable de se référencer, être capable de se référencer aux programmes européens, donne de la légitimité à cela et donc nous disons pourquoi cela a besoin d'être la première chose que nous faisons à ce moment-là par opposition à quelque chose que nous ferons dans cinq ou dix ans vous savez.

–Oui. Donc cela arrive concrètement ce type de situation où vous pouvez dire oui en Europe ils font cela donc...

–Oui je veux dire, il y a les directives, vous savez nous devons nous conformer aux directives donc par exemple [...]. Donc des choses comme ça avec lesquelles nous devons nous conformer et elles sont vraiment très concrètes, le RGPD [Règlement européen sur la protection des données] est un autre exemple de choses avec lesquelles on doit être en conformité, les autres choses sont vous savez les projets paneuropéens, ce n'est peut-être pas une directive, mais le fait qu'ils existent et que tous les pays travaillent avec une temporalité similaire nous aide simplement à plaider en faveur de la continuation de ces projets par opposition à d'autres projets. C'est la manière dont le vois avec ma perspective [petite rire]' (Traduction par l'auteure)

(HSE). Nous observons ainsi qu'un même instrument peut servir de support à plusieurs logiques différentes (pour plus de détails, voir Chapitre 10).

Figure 17. Les trois logiques d'usages de l'UE dans la formulation des politiques d'e-santé irlandaises, 2001-2017



B) France : des usages de l'UE pour sécuriser la position de l'ASIP et les investissements français dans l'e-santé

On observe en France un cas relativement similaire d'usages de répartition, en particulier du côté de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP). En effet, la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé (DSSIS), malgré son implication conséquente dans la gestion de la relation à l'UE, ne semble pas se référer particulièrement aux actions du programme Connecting Europe Facility dans ses relations avec ses supérieurs hiérarchiques.

‘– D'accord. OK. Et oui du coup le sujet européen c'est pas quelque chose que vous abordez régulièrement au niveau du secrétariat ou des cabinets ministériels...

–Non, non non.’

‘–D'accord. Mais par exemple ça ça marche aussi avec des projets de type CEF enfin, c'est quelque chose que vous mentionnez...

–Non, moi non c'est surtout les Directives, et les règlements, obligatoires qui font bouger les politiques. C'est le droit en fait. C'est le droit.’

(Entretien, fonctionnaire e-santé, 12.06.2018)

Du côté de l'ASIP, on observe une situation très différente. Durant l'entretien que nous avons réalisé avec un des membres de sa direction, la question du manque de ressources et de ses effets sur les actions entreprises au niveau européen est apparue comme un leitmotiv récurrent de la conversation.

‘Il n'y a pas un seul rapport, qui n'en parle pas [de l'interopérabilité au niveau européen]. OK super, nous, on agit, concrètement, on demande des ressources, on n'a pas de ressources. Je ne suis pas capable, aujourd'hui, à l'agence, d'avoir, on arrive à mobiliser du monde, mais euh... Pour l'instant on n'a pas obtenu un seul poste supplémentaire pour pouvoir s'investir à plein temps sur ces sujets-là. Et nos experts ils sont déjà surbookés sur tous les projets, et ils ont absolument pas de temps disponible. On a des bons experts, on a toutes les bonnes personnes, **mais on n'a pas de ressources en plus.** Alors quand je dis ressource en plus c'est au sens, personnes hein, parce qu'on a quand même obtenu un budget, mais, un budget ça fait des choses mais ça permet pas d'avoir des ressources qui s'investissent à plein temps. **Or au niveau européen, vous êtes obligé d'être à plein temps sur le sujet, pour surveiller tout ce qu'il se passe, être dans les réunions, pouvoir être réactif par rapport aux diverses sollicitations,** qui manquent pas, si vous consacrez, même avec la meilleure volonté du monde, comme moi, une après-midi de temps en temps et que vous allez à Bruxelles de temps en temps, ça permet pas du tout de s'investir, au bon niveau. [...] Mais quand vous êtes à une échelle européenne... la conviction elle est déjà acquise hein, que on a un modèle qui est intéressant, qui permet vraiment d'avancer. Donc c'est super. **Mais on n'a toujours pas, les ressources pour s'investir réellement. [...] Il y a un véritable besoin pour être actif au niveau européen et international, de pouvoir affecter des ressources à ces sujets, et**

qu'aujourd'hui on n'a pas, encore, réussi à les obtenir, voilà. Et que c'est, étonnant.'

'Bah ce qu'il faut faire **au niveau européen c'est très clair, il y a deux grands projets** qui sont en train de se dérouler. Plus les autres hein, il y a au moins deux grands projets. Il y a le projet JAseHN⁴³², donc c'est en anglais hein, vous savez lire l'anglais ? Auquel on participe. **Mais, encore une fois, avec des ressources tout à fait limitées.'**

'Exactement. Donc ça prend des vraies décisions. Il faut que quelqu'un les instruisse, c'est des François Martin, vous voyez qui c'est, lui il arrive on lui donne les textes huit jours avant, il passe pas sa vie à savoir, et voilà. Donc qu'est-ce qui prépare les décisions de l'EHN [*eHealth network*, réseau e-santé], c'est les groupes de travail coordonnés par JAseHN [*Joint Action to Support the eHealth Network*]. Donc JAseHN ça produit des règles, des exigences, des *guidelines*, c'est une politique si vous voulez, et CEF [*Connecting Europe Facility*] ça construit. **Voilà, mais dans tous les cas j'ai pas de ressources. Enfin dans tous les cas j'ai, on a aligné des ressources, mais je n'ai aucune ressource dédiée. Donc c'est très compliqué.** C'est je vais solliciter quelqu'un, qui me dit qu'il a le temps ou pas le temps, enfin c'est de la gymnastique permanente, et du coup on n'a aucune possibilité d'avoir des gens dotés d'expertise qui sont, en permanence, sur le front, pour surveiller ce qui se passe.'

'**Oui, mais sauf que nous, moi j'ai pas de ressource dédiée**, donc je suis obligée d'aller mobiliser un peu de l'expertise, de nos experts cadre d'interop', mais on n'est pas du tout au bon niveau. Enfin, au sens, on n'est pas du tout suffisamment armés. [...] **Donc ce qu'il s'agit de dire c'est que l'enjeu effectivement au niveau européen important, c'est important de conserver et d'aligner, ce qu'on fait au niveau national avec ce qu'on fait au niveau européen et on n'a pas les ressources suffisantes pour être actifs.** A la fois, dans la production... [Silence] de l'interopérabilité au niveau international et le fait de les transposer au niveau européen. Mais on le fait quand même hein, on n'est pas absents. Mais on n'est vraiment pas suffisamment nombreux.' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

Loin de nous être uniquement destinés, ces usages ont été réalisés auprès de certains acteurs de l'e-santé, et en particulier auprès de la chargée de ces questions au sein du cabinet de la Ministre de la Santé Marisol Touraine, notamment durant le processus de consultation et de formulation de la stratégie e-santé 2020.

'Bah c'est une donnée d'entrée. Typiquement c'est le genre de sujet sur lequel les directions qui bossent en permanence au niveau européen savent très bien qu'est-ce qu'on a comme obligations, comme initiatives, et typiquement **une des actions qui est ressortie c'était "il faut qu'on soit beaucoup plus présent au niveau européen sur l'édition des normes d'interopérabilité, dans la définition des référentiels et des langages de référence et des choses comme ça"**. Parce qu'aujourd'hui on s'est beaucoup désengagé en fait, c'était un rôle qui a été dévolu à l'ANSM, et on s'est mis d'accord sur le fait que, enfin sur certains trucs, pas sur tous les trucs. ANSM, HAS chacun avait un petit bout de rôle, et le Ministère, et là on s'est dit bon là il faut revenir là-dessus. Donc on a fait en sorte de re-prioriser

⁴³² *Joint Action to Support the eHealth Network*, groupe qui prépare et alimente les décisions du réseau e-santé.

des moyens pour que les, enfin ce que j'appelle services c'est aussi opérateurs, agences indépendantes, en gros la sphère publique quoi. **On a re-priorisé des moyens pour qu'il y ait trois personnes qui puissent suivre ces sujets à temps plein, participer aux travaux de l'Union européenne etc.**' (Entretien, membre du cabinet de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2012-2017)

Ces demandes de nouvelles ressources pour agir au niveau européen, si elles participent à la concrétisation d'un processus d'intégration européenne, sont également utilisées par son émettrice comme un argument permettant précisément de souligner l'intérêt de l'ASIP dans un contexte où l'attribution de ses ressources est directement remise en question. En effet, notre interlocutrice parle du sujet européen comme un 'exemple' qu'elle aime utiliser, et ce pour plusieurs raisons. D'une part, le sujet européen permet de développer une argumentation qui ne touche pas des points sensibles au niveau national. Le niveau européen est ainsi perçu comme relativement stable et dépolitisé, permettant d'assurer une forme de neutralité à l'argument mobilisé :

'Tous les pays sont en marche. Et d'ailleurs aujourd'hui, donc **moi je travaille beaucoup au niveau européen** pour, où il y a des projets aujourd'hui pour construire les infrastructures de partage et d'échange de données de santé au niveau européen. Donc ce qu'on a bâti au niveau français on le bâtit au niveau européen, tous les pays sont autour de la table, tous ne bénéficient pas dès aujourd'hui d'un financement mais tout le monde va dans le même sens, donc **on est totalement agnostique hein, par rapport à droite et à gauche hein, maintenant c'est un projet à l'échelle européenne.**' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

Ensuite cet argument semble être mobilisé du fait de sa relative simplicité :

'Donc je vous donne cet argument parce que cet argument je trouve qu'il est relativement aisé à comprendre, on voit bien l'écart entre l'enjeu énorme, reconnu par tous, et la difficulté à avoir des ressources [...] (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

La difficulté à mobiliser des ressources pour l'agence est par ailleurs clairement évoquée par notre interlocutrice :

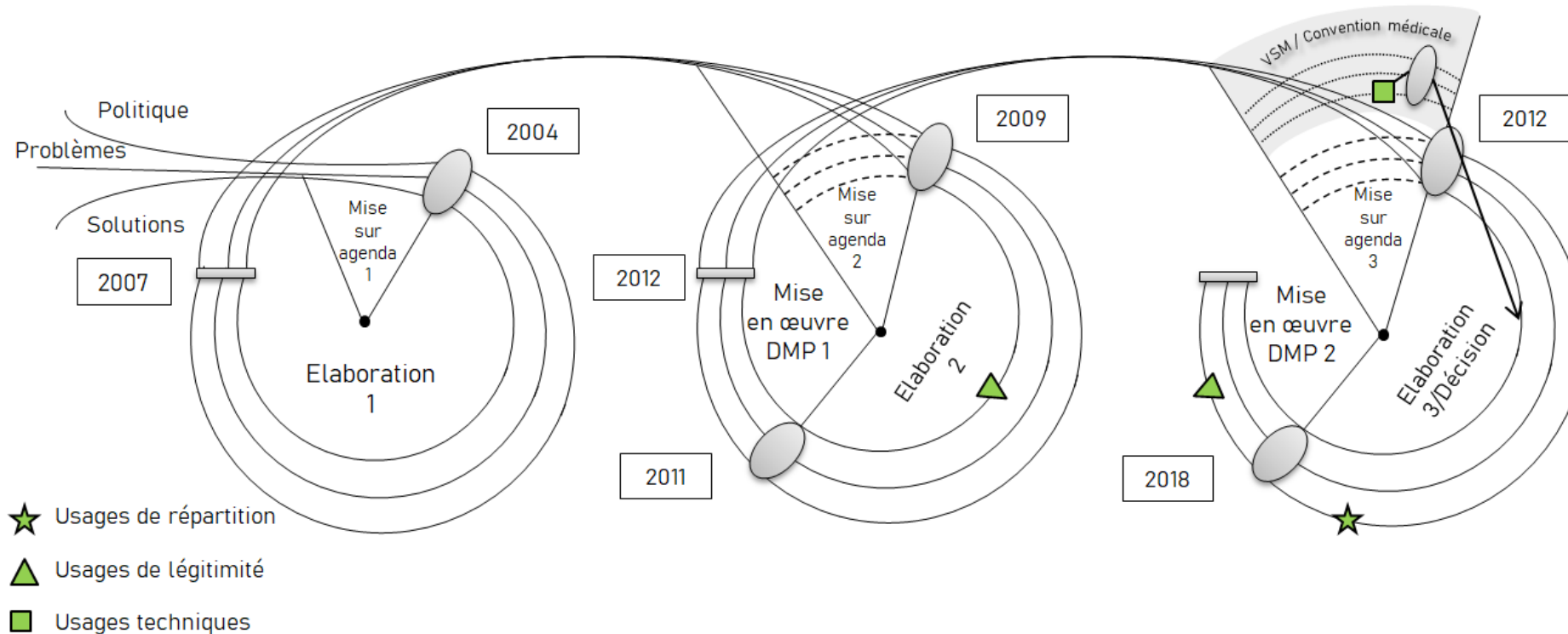
'Bah c'est que l'ASIP doit... répondre, pour, enfin il y a une difficulté à faire comprendre qu'on est une agence de projets, et pas juste une agence de fonctionnement, et donc dès qu'il s'agit de parler d'un accroissement des ressources, c'est très difficile, dans le contexte actuel de faire entendre la nécessité d'augmenter les moyens là où l'heure est plutôt à une diminution des moyens. **Par ailleurs on s'est heurtés à cet énorme... [...]. enfin ça [le transfert du DMP] nous a pas beaucoup arrangés effectivement.**' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

Alors que l'avancement des politiques d'e-santé semble plutôt soutenu par le politique (voir sous-partie précédente), et que la DSSIS est confortée dans son rôle de coordinateur des initiatives d'e-santé au niveau national, les difficultés rencontrées par l'ASIP pour faire reconnaître son utilité semblent être à l'origine du développement d'une argumentation visant à assurer à l'agence une certaine forme de stabilité institutionnelle. Il s'agit alors de montrer en quoi l'investissement dans l'agence est une solution pertinente pour traiter les enjeux de l'e-santé 'au bon niveau'. C'est précisément dans ce contexte que l'argument européen est mobilisé dans le courant politique. Comme on le voit dans ces extraits, l'énumération et le rappel des actions concrètes à engager au niveau européen sont constitutifs de ces usages :

'nous, on agit, concrètement', 'vous êtes obligés d'être à plein temps sur le sujet, pour surveiller tout ce qu'il se passe, être dans les réunions, pouvoir être réactif par rapport aux diverses sollicitations' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

Ainsi, le fait que l'UE produise justement des instruments nécessitant un grand nombre d'actions à entreprendre de la part des acteurs nationaux est sans aucun doute un pré-requis pour que ce type d'usage puisse s'opérer. En effet, pour réaliser des usages de l'UE, les acteurs doivent s'appuyer sur une logique dont ils ont des raisons de croire qu'elle sera également opérante chez leurs destinataires. La production par l'UE d'instruments adaptés permet ainsi de donner une base tangible à ces logiques.

Figure 18. Les trois logiques d'usages de l'UE dans la formulation des politiques d'e-santé françaises, 2004-2018



Le fait que nous observions un usage de ces demandes européennes au niveau national (ce qui correspond à une forme de rapport instrumental au programme CEF) ne rend pas la pression à réaliser ces demandes moins réelle.⁴³³ En effet, celle-ci est très concrètement ressentie par certains acteurs, qu'ils soient français ou irlandais, et s'observe particulièrement à un niveau opérationnel :

–[...]Mais tout le monde est invité à ça. Être dans CEF, le programme, c'est uniquement, bénéficier d'un financement en échange d'engagement.

–Et engagement c'est de mettre en place concrètement...

–Bah l'engagement c'est de dire nous on sera prêts en février 2019. **Donc moi j'ai des sueurs froides là.** Si on avait pas répondu, on serait pas dans le mouvement, alors j'aurais pas de sueurs froides, aujourd'hui.'

–D'accord. Et ces rapports c'est l'ASIP du coup qui les fait, c'est vous qui les préparez les rapports à la Commission ?

–Oui. Et alors là c'est un sujet, inflammable.

–C'est vrai [Rires] ?

–Oui. Je préfère même pas en parler mais ça c'est pas bien passé la dernière fois.' (Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017)

–OK. And do you feel this delivering for the CEF project as a big pressure on the Irish system?

–**Pressure on me [Rires]!** Well I'm the Irish system [ton humoristique]⁴³⁴

–**We have because we have an obligation** in the sense that, we have got the grant agreement, and we have got the funding from Europe, so look let's take it at a very practical level, you can't, I can't say Chloe, can you give me €100, I want to, I want to send over something to you and then I say, actually I got the €100 I don't wanna send. So we proceed, I don't mean to be, so *blasé* [dit le mot en français] about it but we received over 600 000 from Europe to implement this. **So we have contractually signed up to do this and so we have an obligation from that perspective [...]**⁴³⁵ (Entretien, Health Service Executive, 18.12.2017)

⁴³³ De manière générale, l'observation de tels usages ne doit pas conduire à une interprétation réductrice de la volonté d'intégration des acteurs dans le domaine européen, qui voudrait que celle-ci ne soit désirée que dans le but d'opérer ces usages de répartition. Au contraire, c'est bien tout un ensemble de raisons et de logiques qui se mêlent dans les discours, et les motivations liées à l'intégration ne sont pas toujours superposables à celles de l'europanisation. Souvent, les acteurs semblent réellement accorder de l'importance à l'intégration européenne en tant que telle, et déplorent sincèrement le manque de moyens attribués sur ce sujet (Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017 ; Entretien, fonctionnaire e-santé depuis 2006, 09.05.2017). L'usage de répartition apparaît plutôt dans un second temps (analytiquement du moins), lorsque les acteurs font usage de cette importance perçue du niveau européen. Cette distinction analytique entre intégration et europanisation permet de donner sens à différents types d'actions stratégiques observées au niveau national.

⁴³⁴ –OK. Et avez-vous l'impression que la mise en œuvre du projet CEF met une pression importante sur le système irlandais ?

–Une pression sur moi [Rires] ! En même temps je suis le système irlandais [ton humoristique]'

⁴³⁵ 'Nous avons parce que nous avons une obligation dans le sens où, nous avons eu l'accord de subvention, et nous avons eu le financement de l'Europe, donc regardez prenons ça sous un angle très pratique, vous ne pouvez pas dire, je ne peux pas dire Chloé, pouvez-vous me donner 100 euros, je veux, je veux vous envoyer quelque chose et ensuite dire, en fait j'ai eu les 100 euros et je ne veux plus vous l'envoyer. Donc on continue. Je ne voudrais pas paraître si blasé à ce propos mais nous avons reçu 600 000 euros de l'Europe pour mettre en œuvre ce projet. Donc nous avons contractuellement signé pour faire cela et nous avons une obligation de ce point de vue [...]' (Traduction de l'auteure)

L'observation d'une telle 'pression' à réaliser les engagements européens est particulièrement interpellante. En effet, dans le cadre de l'eupéanisation souple du domaine de la santé, nous sommes partie du principe que les usages de l'UE étaient effectués avant tout car ils permettaient aux acteurs de poursuivre leur intérêt au niveau national (et non parce qu'ils ressentaient une 'pression' à le faire). La question des effets pluriels d'un renforcement de la *soft law* sera ainsi abordée dans le chapitre suivant, qui reviendra de manière plus générale sur les apports et les limites de l'approche que nous avons développée dans le cadre de cette recherche.

Ce chapitre avait vocation à souligner les apports d'une approche qui prend en compte la structure des instruments européens. Ainsi, on observe que lorsque ces instruments s'accompagnent d'un grand nombre d'actions à réaliser pour les acteurs institutionnels, ils offrent des opportunités d'usage de répartition pour les acteurs nationaux. L'UE peut dès lors affecter la construction des politiques nationales, même si elle n'est pas considérée comme légitime ou 'utile'. Dans le cadre de cette recherche, les usages de répartition ont été mobilisés comme un outil pour stabiliser les ressources attribuées dans le domaine de l'e-santé en France et en Irlande.

Les différences entre ces deux derniers cas et celui de l'Autriche ont par ailleurs démontré de nouveau les apports d'une approche par les intérêts. Ainsi, alors que les ressources politiques des acteurs institutionnels de l'e-santé autrichiens paraissaient particulièrement élevées, celles de certains acteurs en France et en Irlande apparaissaient comme nettement plus faibles. Ces différences de ressources semblent expliquer un recours moindre aux usages de l'UE dans le cas de l'Autriche. Au-delà de la congruence de ces variations, nous avons pu observer qu'en France comme en Irlande, les questions du manque de ressource et de la nécessité d'agir au niveau européen étaient étroitement entremêlées, ce qui confirme l'existence d'un tel mécanisme explicatif.

Enfin, ce chapitre a permis de mettre au jour plusieurs phénomènes empiriques qui méritent encore d'être approfondis. En premier lieu, nous avons pu remarquer qu'un même instrument (le programme CEF), donnait lieu à différents types d'usage en Irlande (logique de répartition et de légitimité). Ensuite, nous avons pu observer que le renforcement de la *soft law* semblait provoquer des phénomènes particuliers de 'pression' au niveau national, ce qui semble aller à l'encontre d'une approche fondée sur les intérêts et les logiques d'usage. Ce constat invite directement à approfondir la question du lien entre type d'instrument européen et usage au

niveau national, ce que nous ferons dans le chapitre suivant (conclusion de la troisième partie).

Chapitre 10. Conclusion de la Partie III : Les usages stratégiques de l'UE, apports et limites d'une approche

Cette partie se donnait pour objectif d'analyser et d'expliquer l'apparition d'usages de différentes natures. Nous avons ainsi pu montrer par quel mécanisme la relation à l'Union européenne était susceptible d'influencer la période de réalisation de ces usages (Chapitre 7). Alors qu'une relation positive permet aux acteurs d'utiliser les instruments européens à la fois en période de flux et en période de synthèse, une relation plus ambivalente comme dans le cas français semble empêcher la réalisation d'usages en période de synthèse. Afin de prouver l'existence d'un tel mécanisme, nous avons comparé les différentes caractéristiques des usages de légitimité en France, en Autriche et en Irlande. Alors qu'en Autriche et en Irlande ces usages s'opéraient dans un environnement relativement public et peu maîtrisé par leurs auteurs, le cas français montrait que de tels usages se réalisaient uniquement au sein d'environnement restreints et bien contrôlés.

La structure des instruments européens s'est également révélée être un facteur important pour comprendre l'apparition d'usages reposant sur une logique différente de la logique de légitimité. En effet, les principaux usages techniques de l'Union européenne que nous avons pu repérer ne sont intervenus qu'après une longue période de coopération européenne, qui a permis de développer des standards européens dans le domaine de l'e-santé (Chapitre 8). De manière similaire, les usages de répartition n'interviennent qu'à partir de 2015 et de la densification de la coopération européenne autour du programme *Connecting Europe Facility* (CEF). C'est en effet l'augmentation drastique du nombre d'actions à entreprendre dans le cadre de la coopération européenne qui semble donner une base tangible aux acteurs pour réaliser des usages de répartition (Chapitre 9).

Si ces deux catégories d'hypothèse (relation à l'UE et structure des instruments européens) se sont révélées utiles dans le cadre de la compréhension fine de certains cas d'usage, il s'agit à présent de voir dans quelle mesure ces catégories permettent effectivement d'expliquer les variations globales observées entre les trois cas. La première partie de ce chapitre présentera ainsi les résultats de la co-variation entre les variables indépendantes issues de ces catégories

d'hypothèses et les usages de l'UE en France, en Autriche et en Irlande. Ce faisant, nous montrerons comment l'intérêt, la relation à l'UE et la structure des instruments européens se combinent pour expliquer les variations d'usages observées au niveau national.

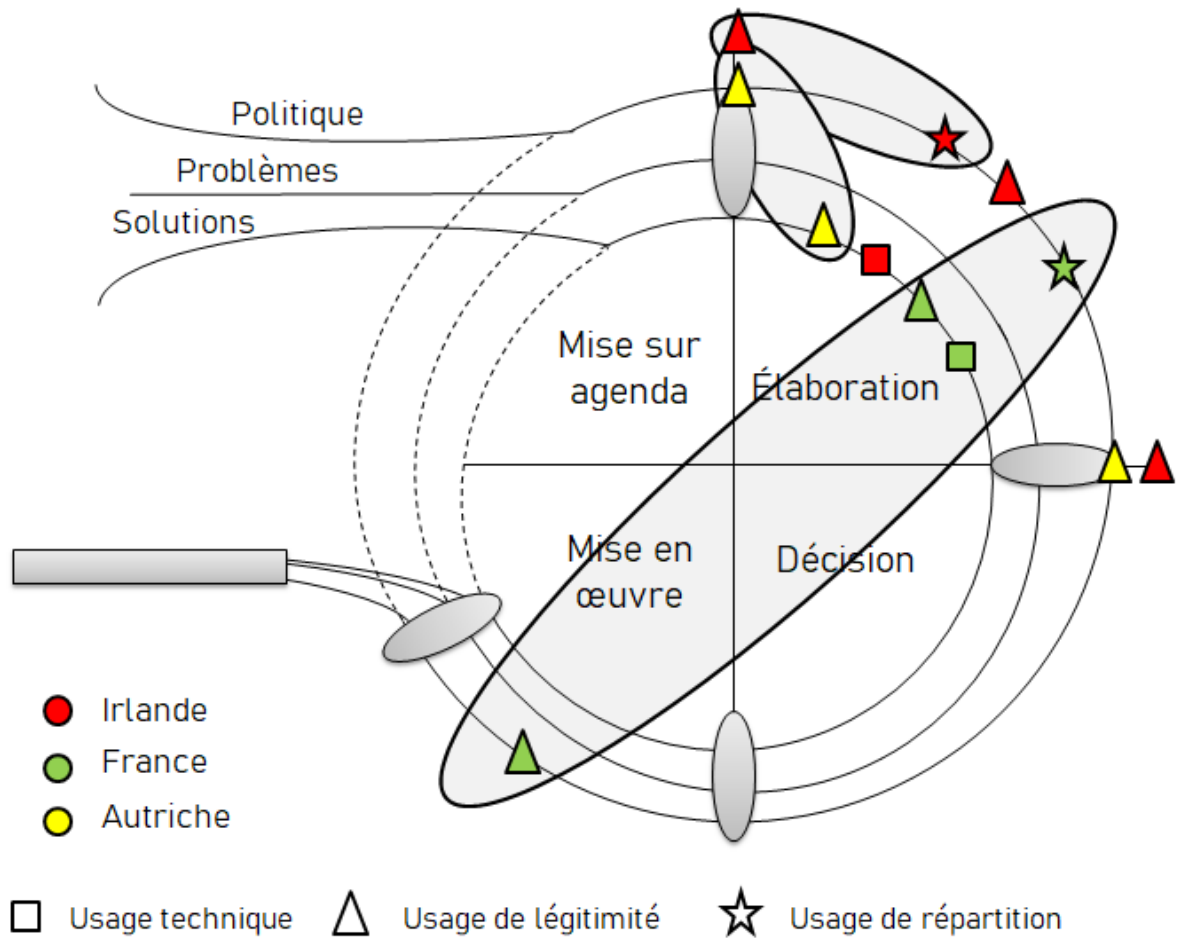
La seconde partie de ce chapitre reviendra quant à elle sur un ensemble de phénomènes qui semblent se situer en dehors du prisme d'analyse mobilisé dans cette recherche. Nous avons ainsi vu dans le chapitre précédent que suite à un renforcement de la *soft law* européenne, certains acteurs ressentaient une 'pression' à exécuter les demandes européennes. Ce constat semble aller à l'encontre du postulat initial de cette recherche, qui veut que les usages de l'UE soient principalement motivés par les intérêts stratégiques des acteurs. En se situant en dehors de notre cadre d'analyse initial, l'analyse de la pression induite dans le cas d'une *soft law* 'contraignante' représente ainsi une opportunité pour développer de nouvelles pistes de recherche, en soulignant à la fois les limites et les potentiels apports de l'approche développée dans cette thèse.

I. Les conditions d'apparition des usages stratégiques de l'Union européenne

A) La relation à l'UE : une explication des variations entre les cas

Le Chapitre 7 nous a permis de détailler et de repérer des traces d'un mécanisme causal reliant période de réalisation des usages de l'UE (synthèse ou flux) et relation à l'Union européenne dans le cas de l'analyse des usages reposant sur une logique de légitimité. Ainsi, dans le cas d'une relation relativement positive à l'Union européenne, nous devrions observer l'apparition d'usages non seulement en période de flux, mais également en période de synthèse. Au contraire, dans le cas d'une relation moins positive, ces usages devraient se limiter aux périodes de flux. Au vu de la variation des relations à l'Union européenne de la France, de l'Autriche et de l'Irlande (Annexe 4), nous devrions ainsi observer des usages de l'UE au cours des deux types de périodes en Irlande, alors que la France ne devrait présenter que des cas d'usages en période de flux. Le cas autrichien, plus intermédiaire, devrait également rendre possible certains usages en période de synthèse. L'analyse comparée de l'ensemble des usages observés au cours de cette recherche montre que l'hypothèse de la relation à l'Union européenne se vérifie dans le cas de la France, de l'Autriche et de l'Irlande, et ce pour toutes les logiques d'usage.

Figure 19. Les différentes périodes de réalisation des usages en France, en Autriche et en Irlande



Ainsi, alors que la France, l'Irlande et l'Autriche peuvent être considérées comme des cas relativement similaires, on observe que les usages de l'UE interviennent seulement en période de flux en France, tandis qu'ils s'opèrent durant les deux périodes en Autriche et en Irlande. Il semble ainsi exister un lien entre relation à l'Union européenne et période de réalisation des usages au niveau national.

Ensuite, nous pouvons remarquer que la relation à l'UE ne semble pas affecter de manière significative le nombre d'usages observés au sein de chaque pays (trois pour l'Autriche, quatre pour la France et cinq pour l'Irlande), ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle la relation à l'UE modulerait l'expression des usages plus qu'elle n'en serait un moteur.

Enfin, nous ne pouvons pas observer de différences majeures dans les logiques d'usages entre les cas qui seraient cohérentes avec les variations de la relation à l'Union européenne selon les pays. En effet, si l'Autriche ne présente que des cas d'usages de légitimation, la France et l'Irlande présentent des logiques d'usages similaires : deux ou trois usages de légitimité, un

usage de répartition et un cas d'usage technique. Ces résultats, s'ils peuvent sembler à première vue contre-intuitifs (on pourrait ainsi imaginer qu'une relation positive à l'UE soit une condition nécessaire aux usages de l'UE reposant sur une logique de légitimité), tendent au contraire à valider notre hypothèse, qui place les contextes de réalisation des usages au centre des effets de la relation à l'Union européenne. Les usages de l'Union européenne reposant sur une logique de légitimité sont ainsi possibles même dans le cas d'une relation moins positive à l'Union européenne, du moment qu'ils s'opèrent dans un contexte restreint et dont les paramètres sont bien contrôlés par leurs auteurs. Ainsi, lorsque les acteurs maîtrisent les contextes spécifiques dans lesquels ils évoluent, tous les types d'usages demeurent possibles.⁴³⁶ Ce contexte en revanche affecte directement la 'magnitude' des effets des usages sur les politiques publiques, puisque les usages réalisés en période de flux relèvent d'un phénomène d'eupéanisation de premier ou de second ordre, et non de troisième ordre comme dans le cas des usages réalisés en phase de synthèse. Or, les phénomènes d'eupéanisation de premier ordre témoignent d'une relation de causalité plus relâchée entre l'Union européenne et le produit final de politique publique.

B) Les instruments européens : une explication à la variation temporelle des usages

La nécessité de prendre en compte la structure des instruments de politique publique pour comprendre leurs effets a déjà été largement soulignée par la littérature sur les politiques publiques (Lascoumes and Le Galès 2005; Halpern *et al.* 2014). Dans le domaine de l'eupéanisation, cette attention s'est notamment traduite par une séparation analytique entre les mécanismes d'eupéanisation liés à la *hard law* et les mécanismes de la *soft law* (Bulmer and Radaelli 2004). Certains auteurs travaillant plus spécifiquement sur la *soft law* se sont par ailleurs intéressés à la question de l'adéquation entre instruments de la Méthode Ouverte de Coordination et besoins des acteurs nationaux. Egidijus Barcevičius (2014) décrit en ce sens les éléments nécessaires à l'élaboration d'une MOC 'idéale' du point de vue des participants : pertinence, clarté, focus, visibilité, rapidité (*timeliness*). Une telle conception des instruments semble encore très liée aux objectifs initialement attachés à ce dispositif. Or, les usages stratégiques de l'Union européenne ne font pas nécessairement partie des conséquences prévisibles de la 'nouvelle gouvernance'.

⁴³⁶ Nous pouvons cependant imaginer qu'une relation extrêmement négative finisse également par impacter les usages en période de flux.

En parallèle, la littérature sur les usages s'est intéressée à cette question en développant une typologie des instruments européens, permettant de les classer en différentes catégories : 'ressources légales (législation primaire et secondaire, jurisprudence etc.), ressources financières (contraintes budgétaires mais aussi financements européens), ressources cognitives et normatives (Communications, idées, etc.), ressources politiques (argumentation, évitement du blâme, jeux multiniveaux, etc.), ressources institutionnelles (comités, agences etc.)' (Graziano *et al.* 2011: 10). Nous pouvons observer que cette répartition n'établit pas de séparation stricte entre la nature de l'instrument et l'usage qui en est fait. Ainsi, l'idée de 'ressource politique' renvoie directement aux usages des acteurs et ne nous renseigne que peu sur la nature des instruments utilisés : les acteurs construisent-ils leur argument à l'aide de ressources légales, cognitives ? Les ressources financières telles que les contraintes budgétaires sont-elles à l'origine d'un phénomène d'évitement du blâme ? On note également que les ressources cognitives, au sens où elles font référence à des 'idées', peuvent en réalité se retrouver dans de nombreuses catégories, comme par exemple dans les ressources légales. Cette typologie semble donc avoir été construite à partir d'une combinaison entre nature et usage des instruments européens. Si, par la suite, les auteur.e.s établissent un lien entre type d'usage, type de ressource, type d'acteur et type de travail politique (Graziano *et al.* 2011: 15), la question de la variation de la structure des instruments au niveau européen et de ses effets sur les usages au niveau national n'est quant à elle pas explorée, bien que les auteur.e.s observent différentes 'séquences' dans la construction de la politique sociale européenne (Graziano *et al.* 2011: 19–47). Il est probable que le choix de se concentrer sur un secteur de politique publique vaste (l'ensemble des politiques sociales) ait rendu difficile l'exploration des effets des variations de ces instruments, puisqu'à chaque période un grand nombre d'instruments de différents types était susceptible de coexister au sein de sous-secteurs différents.

Le design de recherche de cette thèse, qui se concentre sur le seul sous-secteur relativement bien délimité des politiques d'e-santé, permet au contraire d'observer plus directement les effets de la variation de la structure des instruments européens sur le travail politique des acteurs nationaux. Nous avons à ce titre pu constater que certains types d'usages semblaient liés à la présence de caractéristiques particulières des instruments européens. Dans le cas de la construction des standards d'e-santé en France et en Irlande par exemple, les usages techniques de l'UE n'interviennent qu'après une coopération européenne relativement longue dans ce domaine, qui résulte en la publication de standards européens d'e-santé effectivement

mobilisables au niveau national (Chapitre 8). En effet, ces standards sont perçus comme 'utiles' dans un processus de formulation qui vise à s'inspirer de la littérature existante dans le domaine. Les instruments européens sont donc dans ce cas relativement complexes et apportent une valeur ajoutée par rapport aux informations dont les acteurs disposent au niveau national.

De même, les usages de répartition réalisés dans le cadre des jeux de pouvoir institutionnels dans ces mêmes pays semblaient étroitement liés la nature du programme européen *Connecting Europe Facility*, qui a eu pour conséquence d'augmenter largement le nombre d'actions à entreprendre pour les acteurs institutionnels (Chapitre 9). Ces actions, qui constituent le mécanisme d'application de la *soft law* européenne,⁴³⁷ ont alors constitué une base tangible pour faire naître des usages de l'UE visant à stabiliser le pouvoir de certains acteurs au sein de leur environnement institutionnel. Dans un cas comme dans l'autre, les instruments européens considérés présentaient des caractéristiques particulières (contenu relativement complexe et nombre d'actions à entreprendre conséquent), qui diffèrent de la simple déclaration politique.

Lorsque les instruments consistent seulement en de telles déclarations, un certain type d'usage demeure disponible : les usages reposant sur une logique de légitimité. Pour ce type d'usage, seul un minimum d'intégration européenne est nécessaire, les instruments européens servant seulement de support à la formalisation d'un positionnement européen. Ce positionnement n'a par ailleurs pas besoin d'être particulièrement sophistiqué, l'existence d'un simple soutien européen au développement d'une politique publique étant souvent amplement suffisant pour permettre des usages au niveau national.

Il apparaît ainsi que les instruments européens, plutôt que d'être analysés selon leur nature, sont plus utilement appréhendés au travers des opportunités de logique qu'ils fournissent. Dans ce cadre, deux de leurs caractéristiques semblent importantes : leur complexité (la valeur ajoutée de leur contenu par rapport aux informations dont disposent les acteurs au niveau national), et leur aspect 'contraignant' (nombre d'actions à réaliser au niveau national dans le cadre de l'eupéanisation souple). L'hypothèse de la structure des instruments

⁴³⁷ Alors que dans le cas de la *hard law*, l'application effective des normes est assurée par le contrôle de la Cour de Justice de l'Union européenne, ce sont plutôt les actions à réaliser dans le cadre de l'intégration souple qui font office de mécanisme de mise en œuvre dans le cas de la *soft law* : rédaction de rapports, participation au sein d'un projet, réponses à des questionnaires à la demande de la Commission européenne, réalisations de présentations, participations à des réunions, participation à des revues par les pairs, création d'indicateurs (pour de nombreux exemple en la matière, notamment autour des dispositifs liés à la Méthode Ouverte de Coordination, voir : Barcevičius *et al.* 2014; Kröger 2009; Zeitlin *et al.* 2005; Heidenreich and Zeitlin 2009).

européens peut donc s'opérationnaliser de la manière suivante : plus les instruments européens souples sont complexes et contraignants, plus ils offrent d'opportunités différentes au niveau national, ce qui résulte en une diversification des usages.

Qu'en est-il de la structure des instruments européens dans le domaine de l'e-santé ? Le tableau suivant résume les principales dimensions des instruments européens en la matière. Le thème de l'e-santé étant souvent abordé comme un sous-thème de plusieurs domaines (santé, digital, électronique, interopérabilité etc.), ce tableau ne peut être considéré comme exhaustif. En effet, il est probable que certaines références à l'e-santé soient disséminées dans de nombreux autres documents européens. Néanmoins, nous avons tenté de rassembler ici les instruments les plus emblématiques de ce secteur.⁴³⁸

⁴³⁸ Nous avons exclu de ce recensement les instruments financiers tels que les programmes-cadres pour la recherche et le développement technologique. Nous n'avons également pas indiqué les nombreux instruments de *hard law* susceptibles d'affecter l'e-santé (excepté pour la Directive soins transfrontalier de 2011 qui crée le réseau e-santé). Une partie de ces données est déjà publiée dans un article de la revue *Gouvernement et action publique* (Bérut and Saurugger 2018).

Tableau 34. Les principaux instruments européens de l'e-santé, 1999-2017

Période	Instruments	Mécanisme d'application requérant des actions de la part des États membres	Complexité	Contrainte
1999-2010	<u>1999</u> : Communication de la Commission européenne 'eEurope - une société de l'information pour tous' <u>2000</u> : plan d'action eEurope 2002 <u>2002</u> : plan d'action eEurope 2005 <i>Les soins de santé en ligne font partie des actions prioritaires, et ces communications invitent les États membres à mettre en place des dispositifs d'e-santé.</i>	Aucun		
	<u>2004</u> : Plan d'action e-santé de la Commission européenne : 'Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne' <i>Invite notamment les États membres à 'élaborer une feuille de route nationale ou régionale pour la santé en ligne.'</i>	Aucun		
	<u>2008</u> : Communication de la Commission européenne 'La télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société' <i>Invite les États membres à 'assurer le déploiement de grande envergure des services de télémédecine'.</i>	Aucun		
	<u>2008</u> : Recommandation de la Commission européenne sur l'interopérabilité transfrontalière des systèmes de dossiers informatisés de santé <i>Invite les États membres à travailler ensemble sur la question de l'interopérabilité</i>	Aucun		

	<u>2009</u> : Conclusions du Conseil du 1^{er} Décembre 2009 sur une organisation des soins sûre et efficiente grâce à l'e-santé <i>Enjoint les États membres à 'concevoir et à mettre en œuvre des initiatives visant à permettre le déploiement et l'utilisation de services de santé en ligne'</i>	Aucun		
	<u>2010</u> : Communication de la Commission européenne 'Une stratégie numérique pour l'Europe' <i>Invite les États membres à 'entreprendre des actions pilotes visant à fournir aux Européens un accès en ligne sécurisé à leurs données médicales d'ici à 2015 et généraliser, d'ici à 2020, les services de télémédecine', et 'proposer une recommandation qui définit un ensemble minimal de données communes sur les patients afin de garantir l'interopérabilité des dossiers médicaux qui devront être électroniquement accessibles ou échangeables dans tous les États membres d'ici à 2012'</i>	Aucun		
2011-2017	<u>2011</u> : Guidelines d'interopérabilité du projet Epsos (European Patient Smart Open Services) <i>Les Work Packages de ce projet proposent des standards pour les résumés patients et les ePrescriptions et sont libres de droit</i>	Aucun	+++	
	<u>2011</u> : Directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers <i>L'article 14 invite les États membres à créer un 'réseau e-santé' constitué des autorités nationales compétentes et basé sur le volontariat. Ce réseau a pour objectif de travailler à la mise en œuvre de l'e-santé et au transfert de documents d'e-santé entre États membres</i>	Investissement des États membres dans le réseau		+
	<u>2012</u> : Deuxième plan d'action e-santé de la Commission européenne 'des soins de santé innovants pour le XXI^e siècle'	Aucun		

	<i>Encourage les États membres à collaborer pour le développement de la santé en ligne</i>			
	<u>2013, 2016</u> : Guidelines sur l'échange électronique de données de santé conformément à la Directive 2011/21/EU, Résumé Patient pour les soins non planifiés/ePrescriptions et eDispensations <i>Ensemble d'orientations précisant les normes de contenu et d'interopérabilité des résumés patients et des ePrescriptions dans le cadre d'un échange au niveau européen</i>	Programme <i>Connecting Europe Facility</i>, engagement important des États membres	+++	+++

On observe ainsi que la répartition de ces caractéristiques (complexité et contrainte) suit un schéma chronologique : jusqu'au début des années 2010, les instruments européens consistent principalement en des orientations politiques qui n'impliquent aucune action de mise en œuvre de la part des États membres, et dont les contenus ne sont pas particulièrement complexes. À partir de 2011 en revanche, on observe une diversification des instruments, qui deviennent à la fois plus complexes et contraignants. Selon notre hypothèse des instruments, cette répartition temporelle devrait se retrouver dans l'analyse de nos trois cas. Autrement dit, les usages de légitimité devraient apparaître tout au long de la période analysée, tandis que les deux autres logiques d'usages ne devraient elles intervenir qu'à partir du début des années 2010.

Tableau 35. Répartition temporelle des logiques d'usages de l'UE en France, en Autriche et en Irlande, 2000-2017

	2000-2010	2011-2017
Irlande	Logique de légitimité	Logique de légitimité Logique technique Logique de répartition
Autriche	Logique de légitimité	.
France	Logique de légitimité	Logique de légitimité Logique technique Logique de répartition

Conformément à l'hypothèse, on observe que les logiques d'usages se diversifient à partir du début des années 2010, ce qui confirme l'existence d'un lien entre structure des instruments européens et usages de l'Union européenne au niveau national.

En plus d'expliquer la répartition inégale des logiques d'usages au cours du temps, la structure des instruments européens, combinée avec la question des intérêts, permet de donner une nouvelle perspective au cas autrichien. Ainsi, si on ne trouve que des usages de légitimité en Autriche, c'est sans doute parce qu'il n'existe plus d'intérêt des acteurs à utiliser les instruments européens à partir du début des années 2010, à la fois parce que les politiques d'e-santé sont particulièrement bien soutenues au niveau national (voir Chapitres 3 et 9), et parce

que les communautés techniques sont profondément intégrées au processus de construction des standards d'e-santé (Chapitre 8). Or, c'est seulement à partir du début des années 2010 que les instruments européens proposent des logiques d'usages diversifiées.

Ce résultat montre par ailleurs que plusieurs logiques d'usages peuvent coexister, et que la logique de légitimité ne se cantonne pas à un seul type d'instrument. Au contraire, celle-ci est possible avec n'importe quel type d'instrument. De ce fait, et comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, un même instrument européen peut être mobilisé à partir de plusieurs logiques différentes, dans la mesure où sa structure est suffisamment diversifiée. La structure des instruments européens semble donc affecter directement les usages de l'UE au niveau national, au sens où elle conditionne leurs possibilités d'existence.

Les résultats de cette troisième partie peuvent ainsi être résumés en trois points. Premièrement, la relation à l'Union européenne doit être prise en compte pour expliquer les variations d'usages entre les cas, puisque celle-ci influence directement l'apparition des usages en période de flux ou de synthèse. Deuxièmement, la structure des instruments européens est également déterminante au sens où elle conditionne les logiques d'usages au niveau national. Troisièmement, le potentiel explicatif de la variable de l'intérêt ne se développe que lorsque ces autres conditions sont contrôlées. C'est ainsi la combinaison de ces trois variables qui expliquent les variations d'usages observées au niveau national, et constituent de ce fait des conditions nécessaires à l'apparition de phénomènes d'européanisation au niveau national.

Malgré le potentiel explicatif de ces trois conditions, il convient de souligner que certains phénomènes semblent échapper à ce prisme d'analyse. En particulier, le renforcement des contraintes lié au programme *Connecting Europe Facility* (CEF) donne lieu à l'exercice d'une certaine 'pression' au niveau national (voir chapitre précédent). L'existence d'une telle pression semble a priori peu compatible avec l'approche adoptée dans le cadre de cette recherche, qui veut que les usages de l'UE dépendent avant tout des intérêts des acteurs exprimés dans un cadre purement national. À partir de l'analyse de phénomènes d'européanisation dans le cadre du programme CEF, la partie suivante explorera ainsi les limites et potentiels dépassement de l'approche mobilisée dans cette recherche.

II. De la 'pression européenne' à la mise en conformité : les phénomènes d'europanisation dans le cadre d'une *soft law* renforcée

Lorsque la *soft law* européenne s'accompagne de multiples actions à entreprendre au niveau national, celle-ci peut être qualifiée de 'renforcée'. C'est précisément ce phénomène que nous avons pu observer dans le cadre du programme européen *Connecting Europe Facility* (CEF), dans lequel des mécanismes d'application sont particulièrement forts (mise en place d'infrastructures au niveau national) sont accompagnés d'obligations très précises (les standards européens en matière d'interopérabilité, voir Annexe 4). Cette transformation de la *soft law* a ainsi amené des acteurs nationaux à ressentir une certaine 'pression' à agir par rapport au niveau européen. L'objectif de la seconde partie de ce chapitre est ainsi de voir comment l'analyse des effets de cette pression entre en contradiction ou au contraire trouve des points de convergence avec l'approche que nous avons développée dans le cadre de cette recherche.

Pour que les résumés patients et les ePrescriptions puissent être échangés au niveau européen, il ne suffit pas simplement de créer l'infrastructure technique qui permette de transférer ces documents. En effet, la possibilité d'effectuer un tel transfert dépend également de la capacité des différents dispositifs à communiquer entre eux, c'est-à-dire à être interopérables. En ce sens, la coopération européenne engagée dans le cadre du programme CEF implique une forme d'harmonisation des standards nationaux. Ainsi, les standards européens développés par le projet Epsos ont fait l'objet d'une validation par le réseau e-santé, en 2014 puis en 2016⁴³⁹, et doivent être appliqués dans le cadre de la réalisation du programme CEF. Alors que la création des infrastructures techniques peut être prise en charge par les seuls acteurs de la coopération européenne et impactent principalement le niveau national via une perturbation de la distribution des ressources (voir chapitre précédent), la question des standards et de leur éventuelle transformation au niveau national implique au contraire d'autres acteurs et est susceptible d'affecter directement le contenu de la politique publique (europanisation de second ordre). En effet, comme nous l'avons vu dans le Chapitre 8, la production de ces standards relève de la compétence d'agences spécialisées. L'objectif de cette partie est ainsi

⁴³⁹ Guidelines on minimum/nonexhaustive Patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border Directive 2011/24/eu, eelease 1, adoptees par le réseau e-santé le 19.11.2013 ; Guidelines on ePrescriptions dataset for electronic exchange under cross-border directive 2011/24/eu, release 1, adoptees par le réseau e-santé le 18.11.2014; Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU, Release 2 , Patient Summary for unscheduled care, adoptée par le réseau e-santé le 21.11.2016; Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU , Release 2 , ePrescriptions and eDispensations, adoptee par le réseau e-santé le 21.11.2016

d'analyser la réception des standards européens au niveau national. La première sous-partie sera ainsi consacrée à l'analyse de la transmission de l'obligation de mise en conformité par les acteurs directement impliqués dans la coopération internationale. Comme nous le verrons, l'approche par les intérêts ne permet pas d'expliquer de manière convaincante les effets observés. Trois pistes d'hypothèses seront ainsi proposées pour pallier à cette problématique. La seconde sous-partie reviendra sur la réception de cette obligation par les acteurs en charge de la production des standards d'e-santé. Bien que l'approche des usages soit inopérante dans ce contexte, nous verrons que le concept des différentes 'logiques' permet néanmoins d'interpréter les phénomènes observés de manière plausible. Nous discuterons ainsi du potentiel explicatif de ces logiques pour l'analyse de phénomènes qui dépassent les usages stratégiques de l'UE.

A) Usages et transmission d'une obligation renforcée : vers les limites d'une approche ?

Si les acteurs en charge de la relation à l'UE dans le domaine de l'e-santé jouent un rôle majeur dans la formulation des politiques d'e-santé, ils n'en sont toutefois pas les seuls acteurs, et le contenu plus précis des politiques d'e-santé, notamment en termes de standards, relève dans les trois cas de la compétence d'agences spécialisées ou de communautés techniques. Pour que le contenu de la politique soit mis en conformité avec les standards européens, il est ainsi nécessaire que les acteurs en charge de la relation à l'UE transmettent à ces acteurs les 'exigences' européennes.

Se pose alors la question de l'intérêt des acteurs à transmettre une telle obligation. Dans la perspective de cette recherche, une première hypothèse pourrait être la suivante : plus les instruments européens font l'objet d'usages stratégiques, plus il est probable que les obligations européennes soient transmises au niveau national. En effet, on peut supposer que l'absence de prise en compte des orientations européennes mette les acteurs en charge de la relation à l'UE dans une position délicate, notamment vis-à-vis de la Commission européenne. Dans ce contexte, s'assurer de la poursuite du projet en de bonnes conditions serait d'autant plus important quand les acteurs s'appuient sur ce même projet pour renforcer leur positionnement au niveau national. Dans la suite des résultats du Chapitre 9, nous devrions donc observer une transmission de l'obligation en France et en Irlande, et une absence de transmission de l'obligation en Autriche.

À première vue, le cas français semble confirmer cette hypothèse. Ainsi, on observe qu'en France l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP) met en œuvre un

certain nombre d'actions afin d'assurer la mise en conformité du Volet de Synthèse Médicale (VSM) avec le résumé patient européen tel qu'il a été adopté par le réseau e-santé.⁴⁴⁰ Concrètement, l'accès à la correspondance interne entre l'ASIP, la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé (DSSIS, Ministère) et la Haute Autorité de Santé (l'agence en charge de la définition du contenu des VSM) à ce sujet montre que la mise en conformité avec le niveau européen est énoncée comme une obligation :

‘Monsieur le Directeur,

L'article 14 de la directive de 2011 sur les soins transfrontaliers préconise la mise en place de dispositifs permettant l'échange de données médicales entre professionnels de santé à des fins de prise en charge de patients en dehors de leur pays d'origine.

Dans ce cadre, différents référentiels (guidelines) ont été adoptés par l'instance de gouvernance de la e-santé qui réunit les États membres et la Commission. Ils concernent notamment à ce jour le résumé médical (Patient Summary ou PS) et la e-Prescription (eP). Ils décrivent les différents items et les terminologies qui doivent pouvoir être échangés.

La HAS a été associée à l'élaboration de la position française sur ces deux référentiels avec le souci évident d'être compatibles avec les initiatives françaises en matière respectivement de volet de synthèse médicale (VSM) et de prescription électronique (projet PEM2D de la CNAMTS). Les États membres et la Commission s'apprêtent à franchir une nouvelle étape en construisant progressivement l'infrastructure support des échanges. Dans un premier temps, un appel à candidatures « CEF » (Connecting Europe Facility) de la Commission Européenne accompagne la construction par nos États membres d'une architecture européenne d'échanges transfrontaliers organisée autour d'un de contact national en e-santé (le *National Contact Point for eHealth* ou *NCPeH*) par État membre, pour permettre les échanges transfrontaliers sécurisés de documents de santé dématérialisés en conformité avec les référentiels (guidelines) déjà adoptés.

Le cabinet de la Ministre a donné son accord pour que la France réponde à cet appel à candidature à travers l'ASIP Santé sur le seul sujet de l'échange de résumés médicaux mis à disposition du NCPeH à travers le DMP. Le déploiement du DMP par la CNAMTS associant notamment la généralisation du versement du volet médical de synthèse rend en effet possible la candidature française.

Toutefois, si les deux spécifications PS et VSM sont très proches sur le plan du contenu métier et sur le plan technique, **il existe quelques différences qu'il convient de résoudre dans le cadre de la mise en œuvre concrète du NCP**. Elles concernent le contenu métier, la description des médicaments et le choix de certaines terminologies (cf. note jointe).

⁴⁴⁰ Dans le cadre du programme *Connecting Europe Facility*, la France ne s'est engagée que sur le dispositif du résumé patient, et non de la ePrescription.

S'agissant du contenu métier, sa structure informationnelle a été définie suite à une première saisine de la HAS par la CNAMTS, et déclinée au plan technique par l'ASIP Santé. Ce VSM est publié dans le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).

Il conviendrait que la HAS puisse procéder à l'actualisation du contenu métier du VSM sur les trois points identifiés par la note jointe de l'ASIP Santé :

- Rendre obligatoires certaines sections optionnelles dans la version actuelle
- Ajouter les trois sections obligatoires « dispositifs médicaux externes et implantés », « recommandations », « statut fonctionnel ».
- Découpler la section « antécédents chirurgicaux » en deux sections obligatoires : « interventions dans les six derniers mois », « antécédents chirurgicaux antérieurs à 6 mois »

Compte tenu des échéances opérationnelles de la mise en place des NCP et surtout des échéances liées à la montée en charge du DMP, il m'apparaît **que la mise à jour du volet métier du VSM devrait être opérée avant la fin du troisième trimestre 2016.**⁴⁴¹

Ainsi, la DSSIS invite directement la HAS à adapter le contenu du VSM aux standards européens, en s'appuyant d'une part sur la Directive soins transfrontaliers de 2011, et d'autre part sur l'autorité du cabinet ministériel (voir passages soulignés). On a ici une inversion hiérarchique du processus qui avait été initialement mis en place entre 2011 et 2013, et dans lequel l'ASIP avait pour charge la mise en place de spécifications techniques *à partir* des décisions arrêtées par la HAS suite à la discussion avec les partenaires conventionnels (voir Chapitre 8, p.309). La transmission de l'obligation s'opère ainsi de manière relativement forte ici, puisque les demandes exprimées par l'ASIP et la DSSIS sont très précises, tant en terme de contenu (les items à modifier) qu'en terme de temporalité (changements attendus pour la fin du troisième trimestre 2016), et se situent par ailleurs en dehors de la procédure initialement établie dans le cadre de la création de ces standards.

En Irlande, après une période de flottement relative à la définition de l'autorité disposant de la compétence pour l'édiction des standards nationaux irlandais en matière de ePrescription et de résumé patient,⁴⁴² il semble que le principal moyen qu'utilise le Department of Health pour assurer la compatibilité entre le programme CEF et les initiatives nationales soit le mode de la consultation. Les orientations européennes sont donc transmises dans le cadre d'un processus

⁴⁴¹ Correspondance interne ASIP, DSSIS et HAS, 19.01.2016-31.08.2016.

⁴⁴² Au moment des entretiens, l'interaction entre les deux niveaux semble en effet peu claire, même pour les acteurs impliqués (Entretien, Health and Information Quality Authority, 06.12.2017). C'est pourquoi nous avons quelques mois plus tard réinterrogé les mêmes acteurs par écrit, afin d'obtenir des informations complémentaires sur le processus de formulation de standards au niveau national.

'classique' de consultation tel qu'il est habituellement réalisé par l'Health and Information Quality and Authority (HIQA) lorsqu'elle produit ses standards.

'-How did you manage the interaction between these domestic standards and those developed as part of the CEF and Open NCP projects?

-My role did not really encompass the development of standards but as I say **we naturally worked closely with HIQA who take on board the views of a wide number of stake holders across the sector**. The standards HIQA develop are national standards and therefore are applicable for use in Ireland. The CEF work is really about interoperability and data exchange and does not necessarily mean incompatibility with other EU MS as long as data can flow between the various entities. As most Member States are implementing individual national systems reflecting their own core health services and are at very different stages it does not have to exclude the development of national standards building on those standards or being complimentary to agreed EU high level standards.' (Correspondance écrite, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 17.09.2019)

Il existe donc un contraste important entre la France et l'Irlande, alors que l'on pouvait observer dans ces deux pays des usages importants de l'Union européenne dans le cadre des jeux de pouvoirs institutionnels (Chapitre 9). En effet, alors que la transmission se réalise dans le cas français de manière très claire en se basant sur un principe de hiérarchie, celle-ci est beaucoup plus souple en Irlande, et repose sur un principe de consultation.

Le cas autrichien enfin, présente également une forme de transmission de l'obligation européenne, qui s'apparente plus au cas irlandais. Ainsi, en lieu et place d'une demande formelle d'appliquer les standards européens dans un temps imparti, les acteurs en charge de l'e-santé veillent essentiellement à ce que les acteurs nationaux soient informés de leur existence, et 'essaient' de les prendre en compte :

'-Yeah. And what happens in Austria? As regards these guidelines for example.

-Yes so we have, **so we share these guidelines, we share with our national stakeholders, so they know that this is existing**, or should know that this is existing [Rires], and for example with our colleagues in ELGA, when they further work on their Patient Summary, or it's still in development the Patient Summary, when they further do some work, **they try to consider what is in the guideline today. They try to, to align this.** [...]'⁴⁴³ (Entretien, fonctionnaire e-santé, 20.02.2017)

⁴⁴³ '-Oui. Et qu'est-ce qu'il se passe en Autriche ? Concernant ces orientations par exemple.

-Oui donc nous avons, nous partageons ces orientations, nous les partageons avec nos acteurs nationaux, afin qu'ils sachent qu'elles existent, ou ils devraient savoir que cela existe [Rires], et par exemple avec nos collègues d'ELGA, quant ils travailleront sur leur résumé patient, ou c'est encore en développement le résumé patient, quand ils travailleront dessus, ils essaieront de prendre en compte ce qu'il y a dans les orientations aujourd'hui. Il essaieront de s'aligner. [...]' (Traduction par l'auteure)

En Autriche comme en Irlande, l'obligation semble donc être transmise aux acteurs concernés de manière relativement plus souple qu'en France. Alors que l'Irlande et la France sont deux cas au sein desquels des usages l'UE ont eu lieu dans le cadre du programme CEF, on observe pourtant une différence entre la manière dont les acteurs en charge de la relation à l'UE mettent en place des actions pour assurer la compatibilité entre initiatives nationales et standards européens. Il semble ainsi que dans ce cas, la perspective des usages telle que nous l'avons développée dans cette recherche ne permette pas d'expliquer ces différences, puisque d'une part, usages de répartition et force de la transmission de l'obligation ne varient pas de la même manière, et que d'autre part l'obligation est bien transmise, même dans le cas d'une absence d'usages de répartition (cas autrichien).

Plusieurs hypothèses mériteraient d'être explorées pour expliquer ces différences. Par exemple, on constate que la France est le seul pays dans lequel l'obligation est transmise entre autres par une entité qui dispose d'une compétence plus ou moins partagée sur les standards (l'ASIP), là où les séparations de fonction sont peut-être plus strictement définies en Autriche et en Irlande. Cela pourrait éventuellement expliquer une action plus déterminée dans ce domaine. Une autre hypothèse pourrait s'intéresser de manière plus fondamentale à la question du renforcement de la *soft law*. En effet, il semble qu'avec ce renforcement l'intérêt des acteurs à utiliser les normes européennes ne soit plus un facteur déterminant de l'eupéanisation des politiques publiques. En ce sens, l'introduction de la *soft law* européenne dans le cadre d'une construction de projet, dans lequel les États membres s'engagent formellement à exécuter un certain nombre d'actions en échange de financements, conduirait à modifier le comportement des acteurs qui ressemblerait alors davantage à celui observé en réponse à la *hard law*. Dans ce cadre, il est possible que l'approche par les usages et/ou les intérêts ne soit pas la plus pertinente pour expliquer les phénomènes observés. L'approche des *world of compliance* (Falkner *et al.* 2004), qui distingue les différentes raisons pour lesquelles les directives européennes sont ou non mises en œuvre, serait sans doute particulièrement utile ici. Dans le même ordre, le renforcement de l'obligation européenne pourrait conduire à l'apparition de mécanismes proches de l'idée de *shadow of hierarchy* (Borrás and Jacobsson 2004; Sabel and Zeitlin 2008), tel que nous l'avons observé chez un acteur unique dans le cadre de cet enquête :

'Et voilà, et en plus après vous avez la Commission qui va dire, voilà, 2020 c'est quand même demain hein, donc voilà on a mis au point ça **et maintenant on va avoir une directive qui va vous dire à l'horizon 2022 vous êtes obligés de vous conformer**. Donc quitte à être obligé de le faire un jour, autant être dedans la

construction, autant bénéficier de financements, autant ne pas se voir imposer complètement des trucs.' (Entretien, France, 2017)

De plus amples recherches montreraient peut-être que ce phénomène n'est pas un cas isolé. Ainsi, si nous avons pu explorer une partie des effets d'un renforcement de la *soft law* sur le niveau national, de nombreux phénomènes demeurent à explorer et à clarifier.

Si l'approche par les usages échoue ici dans un premier temps à expliquer le mécanisme fondamental de l'eupéanisation, nous pouvons néanmoins partir du principe que les acteurs en charge de la relation à l'UE, lorsqu'ils transmettent l'obligation de mise en conformité avec les attentes européennes, agissent selon une logique de légitimité. Cette logique, si elle peut avoir des effets similaires à la logique technique, rentre également en contradiction avec elle. C'est ainsi en nous intéressant aux effets de la confrontation de ces deux logiques que nous allons analyser la réception de la *soft law* européenne par les acteurs en charge de la production des contenus des politiques d'e-santé.

B) Logiques d'usage et structuration des attentes : l'expression d'un rapport différencié aux instruments européens ?

Si la littérature se focalise souvent sur les transformations nationales liées à l'eupéanisation 'souple', des recherches se sont également intéressées à la question des résistances à ces transformations, en tentant de dépasser le simple constat d'une absence de convergence des politiques nationales. En s'inspirant parfois d'études similaires conduites dans le cas de la *hard law* (Falkner *et al.* 2004; Featherstone and Radaelli 2003; Börzel and Risse 2003), Sabine Saurugger et Fabien Terpan (2016) proposent ainsi un ensemble d'hypothèses afin d'expliquer les résistances à la *soft law* observées au niveau national. S'il ne s'agit pas ici d'explorer ou de tester ces hypothèses, c'est pourtant bien des cas de 'résistance' que nous observons de la part des acteurs en charge de la production de standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande.

Ces résistances se manifestent d'une manière particulière. Ainsi, si l'obligation de mise en conformité avec les attentes européennes est bien transmise aux divers acteurs nationaux, elle ne résulte pas en une adoption pure et simple des modèles européens. Pourtant, on retrouve chez les acteurs en charge de la production des standards nationaux d'e-santé une réelle volonté de mettre en œuvre les normes européennes. Il existe donc un paradoxe, au demeurant similaire dans les trois États membres, bien qu'il ne s'exprime pas toujours empiriquement de la même manière. Afin de résoudre ce paradoxe, et de comprendre l'écart entre certaines

formes de discours et les pratiques concrètes, l'application du concept de 'logique d'usages' que nous avons développé tout au long de cette thèse semble particulièrement utile. Notre argument est ainsi que les logiques d'usage des transmetteurs de l'obligation et de ceux supposés l'appliquer au niveau national diffèrent, ce qui conduit à des attentes divergentes vis-à-vis de l'application des normes européennes. Ces logiques n'empêchent cependant pas qu'une certaine forme de consensus émerge, au sein duquel les orientations européennes sont reconnues comme pertinentes par les différents acteurs.

Du côté des acteurs 'transmetteurs' de l'obligation, autrement dit ceux qui gèrent la relation à l'Union européenne dans le domaine de l'e-santé (souvent les Ministères), la logique d'usage est celle de la légitimité. En effet, si ces acteurs demandent à d'autres acteurs d'appliquer les normes européennes, c'est bien parce que celles-ci sont perçues comme légitimes, au moins dans le cadre du programme *Connecting Europe Facility*. Ayant par ailleurs été validées par les autorités compétentes (le réseau e-santé), l'adoption de ces normes au niveau national peut sembler aller de soi, jusqu'à parfois susciter des attentes de mise en conformité 'pure' avec les modèles européens.

D'un autre côté, les acteurs en charge de la production des standards nationaux sont, comme nous l'avons vu, particulièrement susceptibles de réaliser des usages techniques de l'UE (Chapitre 8). Cette logique peut alors largement favoriser les phénomènes d'europanisation, dans lesquels les instruments européens sont utilisés car perçus comme utiles sur un plan technique, la nature européenne de l'instrument n'étant qu'un motif secondaire dans l'usage qui en est fait. Lorsque les instruments sont utilisés avec cette logique, ils sont directement subordonnés aux besoins concrets de la politique nationale. Ainsi, s'il s'avère que l'instrument n'est pas adapté aux contraintes ou objectifs nationaux, les acteurs ne voient généralement pas d'objection à ne pas l'utiliser. Alors que la logique de légitimité peut favoriser une mise en conformité pure avec les instruments européens, la logique technique tendra donc plutôt à préférer une adaptation partielle, limitée aux cas où celle-ci est jugée compatible avec le niveau national.

Cette confrontation des logiques ne mène cependant pas à une opposition frontale entre les différents acteurs, mais plutôt à l'observation de paradoxes et d'ambiguïtés sur le plan empirique. En effet, la différence de logiques d'usages, si elle résulte en des actions différentes en termes de mise en conformité, permet néanmoins aux acteurs de partager une perception commune positive des orientations européennes. La logique technique, qui est

celle généralement mobilisée par les acteurs en charge de la production des standards au niveau national, peut ainsi parfois se doubler d'une logique de légitimité, notamment dans les milieux scientifiques où le niveau international dispose souvent d'une légitimité naturelle forte. Il n'est ainsi pas étonnant que les acteurs en charge de la production de standards nationaux soutiennent la prise en compte de standards développés au niveau européen. Cependant, cette forme de légitimité se heurte toujours à un principe technique, qui veut que ces orientations européennes soient prises en compte uniquement si elles sont utiles au niveau national.

Le cas français témoigne d'un paradoxe frappant à cet égard. En effet, à première vue, les acteurs 'transmetteurs' de l'obligation affirment que les standards européens ont bien été validés et adoptés par la Haute Autorité de Santé :

‘—En fait c'est un... Oui si je prends, si je prends le volet du *medical summary*, on est sur... Ben en fait c'est le format qu'on est destinés à échanger, donc... On a fait en sorte que le format soit peu différent, pour ce qui nous concernait nous, de notre propre volet médical de synthèse, qui avait été fabriqué, défini par les autorités de santé avant qu'on ne parle de *patient summary* en Europe, enfin avant qu'on en parle tous ensemble. Donc on a d'abord milité pour faire en sorte, parce qu'on pensait que notre VMS était bien hein, pour dire et ben ça serait bien que le *patient summary* ressemble de très près au volet médical de synthèse, en pratique les anglais, les allemands etc. avaient les mêmes préoccupations mais là aussi en pratique comme ces volets médicaux de synthèse sont assez largement fondés sur la littérature scientifique, qui elle-même est internationale, ben c'est marrant de voir que finalement, on avait tous des documents, des résumés, qui portaient des noms différents mais qui se ressemblaient beaucoup et donc en fait la convergence a été assez facile à réunir. Après maintenant on a un écart, c'est-à-dire que le *patient summary* tel qu'il a été défini n'est pas tout à fait exact, pas tout à fait en conformité, nous ne sommes pas tout à fait en conformité avec le *patient summary*, donc maintenant on rétroagit, et **moi j'ai essayé avec les autorités de santé pour qu'on fasse évoluer le volet médical de synthèse pour être complètement calé avec le Patient Summary européen**. Parce que c'est [?], puisque notre *patient summary*, parce que quand un médecin allemand va recevoir un *patient summary* d'un patient français, il va évidemment le passer dans une moulinette qui va le traduire. Donc si on veut qu'il soit traduit correctement il faut évidemment qu'il soit extrêmement bien structuré et codé de façon extrêmement précise voilà. Donc pour le passer à cette moulinette de la traduction il faut évidemment qu'il soit complètement structuré.

—D'accord. Il y a des résistances quand vous venez un peu avec ces... pas demandes européennes mais.. ?

—**Alors pfff, non j'ai pas beaucoup de difficultés ici en interne, parce que l'écart est très modeste** et donc, maintenant après le sujet c'est que concrètement les médecins traitants français veulent bien produire des volets médicaux de synthèse pour leurs patients. [...] (Entretien, fonctionnaire e-santé, 25.11.2016)

‘[...] et maintenant dans CEF, **il a fallu qu'on aligne, le Volet de Synthèse** français avec le volet de synthèse CEF. Donc là aussi il y a eu un impact euh, par exemple, et donc on l'a, **on l'a aligné**, donc, c'est parti, d'un sujet national, les libéraux n'ont pas un document de référence par patient annuel qui permette de faire la synthèse nécessaire utile pour la coordination des soins éventuellement etc., on le fait, on l'expertise, on le fait évoluer si nécessaire et ah zut on participe à un projet européen, c'est pas le même, et faut qu'on aligne. Donc voilà grosso modo et schématiquement, j'en sais pas beaucoup plus dans le détail, ce qu'il s'est passé. L'enchaînement des, des, c'est devenu un sujet européen.

–D'accord. **Et est-ce que l'alignement a été difficile à faire ou est-ce que ça a été...**

–**Non. Non**, c'est compliqué parce que les équipes sont débordées ça prend plus de temps que ça devrait mais c'est pas hyper compliqué. Mais ça devient un volet de contenu, du cadre d'interopérabilité national.’ (Entretien, fonctionnaire e-santé, 12.06.2018)

Or, il s'avère que la HAS n'a en réalité pas accepté de modifier le contenu du VSM tel qu'il avait été adopté en 2013. La réponse de cette institution à la lettre du Ministère indiquant les changements à entreprendre sur le VSM est à ce titre éclairante :

‘Compte-tenu, du contexte conventionnel avec les médecins et, considérant que la mise à jour des spécifications techniques du volet de synthèse médicale, conformément aux exigences d'interopérabilité, est du ressort de l'ASIP Santé, **la HAS a pris la décision de ne pas modifier, pour l'instant, la version V0 du modèle métier du volet de synthèse médicale.**

Dans une logique de co-construction, la HAS souhaiterait être associée à la relecture du document modifié par l'ASIP Santé en amont de sa mise en concertation afin, notamment, de s'assurer que le tableau de correspondance entre les spécifications cliniques de la HAS et le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) de l'ASIP Santé (cf. Annexe 3) a bien été mis à jour, en documentant les modifications liées aux nouvelles exigences d'interopérabilité.’⁴⁴⁴

Le témoignage d'un membre de la HAS résume ainsi plutôt bien le positionnement de l'institution, qui prend assez naturellement en compte le niveau européen, mais seulement dans la mesure où celui-ci est compatible avec le niveau national :

‘Donc quand ces standards européens sont sortis évidemment **la logique a été de se recalibrer sur la demande européenne** puisque c'est un standard chapeau je dirais par rapport aux nôtres. Alors **dans la mesure du possible** parce qu'il y a des lois françaises donc les lois s'adaptent nous à la Haute Autorité on fait pas les lois hein, c'est pas notre métier, [...]’ (Entretien, Haute Autorité de Santé, 25.05.2018)

Le rappel de la loi, et donc de la compétence de la HAS dans la définition du contenu des Volets de Synthèse Médicaux, est par ailleurs relativement marqué dans la correspondance

⁴⁴⁴ Correspondance interne ASIP, DSSIS et HAS, 19.01.2016-31.08.2016

entre l'ASIP, la DSSIS et la HAS à ce sujet. Les acteurs utilisent donc un 'instrument légal' pour résister à la *soft law* (Saurugger and Terpan 2016b) :

'Il convient de rappeler que la version V0 du modèle métier (cf. Annexe 1) a été élaborée par la HAS avec les partenaires conventionnels dans le cadre de la convention médicale de 2011.

Le versement par le médecin traitant, au moins une fois par an, d'une synthèse dans le dossier médical partagé est, à la fois :

Un indicateur de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) instaurée dans la convention médicale de 2011 (cf. Annexe 2) et reconduit pour 2016 et 2017 dans la nouvelle convention,

Une obligation définie dans l'article L1111-15 du CSP modifié par l'article 96 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. **La loi de santé précise que le contenu de cette synthèse est défini par la HAS.**⁴⁴⁵

De manière générale, nous observons un contraste entre le caractère fluide de la procédure tel que décrit par les acteurs, et l'acceptation a priori générale des standards européens par toutes les parties, et ce qui semble s'être passé réellement et que nous avons pu constater dans les documents auxquels nous avons eu accès. Ainsi, la Haute Autorité de Santé a refusé de modifier le contenu du Volet de Synthèse Médicale tel qu'elle l'avait défini, et a simplement autorisé l'ASIP à assurer une forme d'interopérabilité technique avec les standards européens :

'-[...] La HAS n'a pas modifié son modèle métier parce que ça ne remettait pas en cause le besoin des utilisateurs, et en même temps ça nous semblait une évidence, dans l'intérêt des soins transfrontaliers, mais plus généralement hein dès lors qu'il y a une norme d'interopérabilité, de notre point de vue elle doit être prise en considération hein parce qu'il faut aller dans sens de l'interopérabilité c'est important, **donc on a laissé l'ASIP Santé mettre à jour la partie technique,** pour intégrer ce Volet de Synthèse, enfin ce résumé patient.' (Entretien, Haute Autorité de Santé, 29.05.2018)

On note par ailleurs que 'l'évidence' de la prise en compte des standards européens est directement liée à la question de l'interopérabilité en général, la recherche d'interopérabilité étant un choix technique largement supporté par la littérature internationale. Il semblerait donc que l'accord de surface établi entre les différents acteurs de l'e-santé pour reconnaître l'importance d'appliquer ces standards européens repose en réalité sur des logiques quelque peu différentes (légitimité vs. technique), ce qui conduit *in fine* à une divergence dans l'interprétation des actions à effectuer au niveau national. Ainsi, tandis que la logique de légitimité vise une adoption directe des normes européennes au niveau national, la logique

⁴⁴⁵ Correspondance interne ASIP, DSSIS et HAS, 19.01.2016-31.08.2016, mises en exergue par l'auteur

technique n'accepte de les prendre en compte que dans la mesure où ces normes s'inscrivent dans des exigences avant tout nationales.

Enfin, si les acteurs insistent sur le peu d'écart entre les normes européennes et les normes nationales, la correspondance entre la DSSIS, l'ASIP et la HAS révèle que ces modifications sont malgré tout importantes, et impactent de fait le contenu du volet médical de synthèse. En plus de considérations techniques, trois types de modifications doivent ainsi être apportées : a) rendre obligatoire certaines sections optionnelles b) ajouter trois sections obligatoires c) scinder une section.

Tableau 36. Comparaison des contenus métiers entre le Patient Summary européen et le Volet de Synthèse Médicale français⁴⁴⁶

Basic Dataset PS (données minimales obligatoires)	Correspondance VSM
Données administratives (horodotage, auteur, mode de création du document)	OK
Identifiant national de santé	OK
Traits d'identité essentiels (nom, prénom, sexe, date de naissance)	OK
Coordonnées du fournisseur de soins privilégié	OK (coord. médecin traitant)
Allergies (réaction et agent déclencheur)	Optionnel
Autres alertes médicales	Optionnel, Points de vigilance
Antécédents chirurgicaux de plus de 6 mois	Optionnel, dans distinguo sur la période
Procédures chirurgicales dans les 6 derniers mois	
Problèmes de santé en cours	Optionnel
Dispositifs médicaux externes et implantés	Absent
Recommandations (régime, exercice physique...)	Absent
Statut fonctionnel (autonomie/invalidité)	Absent
Traitement médicamenteux en cours	Optionnel, traitements au long cours
Médicament du traitement médicamenteux : substance active, ou à défaut nom de marque	Spécialité pharmaceutique (CIS)
Détail structuré du traitement médicamenteux : concentration, forme pharmaceutique	OK
Posologie détaillée du traitement médicamenteux : nombre d'unités de prise, fréquence, durée, date de début	OK

On note ainsi que sur seize éléments analysés, six doivent passer du statut d'optionnel à celui d'obligatoire, quatre doivent être complètement ajoutés. Pour rappel, la définition de ces sections avait fait l'objet d'un débat et d'une décision argumentée lors des différentes réunions entre la HAS et les représentants syndicalistes en 2011. Si on reprend le cas des allergies par exemple, la décision d'en rendre le remplissage optionnel avait alors été explicitement débattue :

⁴⁴⁶ Correspondance interne ASIP, DSSIS et HAS, 19.01.2016-31.08.2016

‘Suite à la réunion du 1er février 2012, la HAS a soulevé la question d’indiquer systématiquement l’absence d’allergie ou d’effet indésirable connu. Le groupe considère que la synthèse ne devrait contenir que les éléments en ‘positif’ pour éviter de faire figurer une liste d’éléments qui n’existent pas, alourdissant le document.’⁴⁴⁷

Or, les spécifications européennes indiquent que le remplissage de cet item est désormais obligatoire. Dans un contexte où l’enjeu de l’alimentation du VSM par les médecins traitant fait l’objet d’oppositions entre partenaires conventionnels et assurance maladie,⁴⁴⁸ l’ajout de nombreuses catégories obligatoires n’est pas anodin, et est susceptible d’augmenter significativement le temps de travail des médecins dédié à ce dispositif.

Suite à la décision de la HAS de ne pas modifier le contenu du VSM, il est difficile pour un non-spécialiste de se prononcer sur la possibilité que les VSM français soient effectivement transférables au niveau européen. Il semblerait qu’une telle possibilité existe, et que l’ASIP puisse assurer a minima une interopérabilité technique, sans toutefois qu’il y ait une harmonisation des contenus entre le niveau national et le niveau européen. Au moment de l’enquête, les nouvelles spécifications de l’ASIP censées assurer cette interopérabilité ne sont toutefois toujours pas publiées. Dans un compte-rendu de la Commission européenne, il est indiqué que les actions permettant d’assurer l’envoi de résumés patients français à l’étranger sont repoussées à 2022, du fait de la ‘volonté de la France de travailler en liaison avec la stratégie nationale du dossier médical électronique’⁴⁴⁹. À ce jour donc, il ne semble pas exister d’européanisation de second ordre dans le cas des politiques d’e-santé françaises.

L’opposition des logiques apparaît de manière encore plus visible dans le cas de la formulation des standards pour la ePrescription et le résumé patient en Irlande, qui s’opère en partie après le début du programme CEF. Ainsi, deux documents sont publiés par l’Health and Information Quality Authority (HIQA) en 2018 : *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary* et *National Standard on information requirements for national community-based ePrescribing*. Pour rappel, la ePrescription avait

⁴⁴⁷ ASIP, HAS (2013). *Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale*. Paris: ASIP/HAS, p.9

⁴⁴⁸ Entretien, médecin généraliste, 'référént informatique' à la CSMF, 08.02.2019, voir également : Talbot, Richard (2018). ‘Sans Volet de Synthèse Médicale, le DMP ne sert à rien’, article publié sur le site de la Fédération des Médecins de France (FMF) le 23/11/2018 ; Le Généraliste. ‘Comment gérer le DMP de ses patients ?’, 08/02/2019. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/installation/article/2019/02/08/comment-gerer-le-dmp-de-ses-patients-317463?xtor=EPR-6-%5BNL_installation%5D-20190208&utm_campaign=NL_installation&utm_source=gene&utm_content=20190208&utm_medium=newsletter

⁴⁴⁹ Commission européenne, Secrétariat de l’eHealth DSI. ‘Wave 2 and wave 3 deployment status update. Status on 24.10.2019’. Document support de la seizième réunion du réseau e-santé, 28-28 novembre 2019

déjà fait l'objet de définition de standards par l'HIQA entre 2012 et 2015 (Chapitre 8), c'est donc une nouvelle mouture de ces standards qui est proposée en 2018.

Quel est le statut des orientations européennes adoptées par le réseau e-santé dans ces deux documents ? Tout d'abord, nous pouvons observer qu'il existe un contraste marqué entre les deux standards. Concernant la ePrescription, on observe ainsi que le projet Epsos est mentionné comme une source parmi d'autres ayant servi à la création des standards (logique technique), sans que soit faite la mention des orientations du réseau e-santé (qui pourtant apparaissent en bibliographie, signe que les auteurs des standards en avaient bien connaissance).

'Sources which have been used in the development of the information requirements to date include:

- **epSOS Semantic Implementation Guidelines Work Package 3.9 – Appendix B1/B(15)**
- Integrating the Healthcare Enterprise, Pharmacy, Community Medication Prescription and Dispense's Technical Framework, Trial Implementation (2015)(16)
- Digital Health Australian's National Requirements for electronic prescriptions version 1.0(17)
- Health Level Seven International Messaging Standards — version 2.4, version 2.6 and version 2.7(18)
- Health Level Seven International HL7 Fast Healthcare Interoperability Resources standard (FHIR)(19)
- openEHR Clinical Knowledge Manager Medication Order Archetype(20)
- Electronic Pharmaceutical Messaging Standards, New Zealand(21)
- US National Council for Prescription Drug Programs(22)
- HL7 Implementation Guide: CDA R2 Continuity of Care Document (CCD).⁴⁵⁰

De manière générale, le mot Epsos n'apparaît qu'à trois reprises dans ce document, contre trente-six en 2015. Si les premiers standards de ePrescription étaient ainsi entièrement drainés par les normes européennes, ce qui résultait alors en un phénomène d'européanisation de deuxième ordre, ceux adoptés en 2018 témoignent d'une influence beaucoup moins marquée du niveau européen.

Au contraire, dans le cas des résumés patient irlandais, les normes européennes, et en particulier celles développées dans le cadre du réseau e-santé, sont plus présentes (voir Chapitre 8, p.327 pour une description détaillée). Elles font ainsi partie des six sources mobilisées pour la construction des standards, avec les orientations issues du projet Epsos. On

⁴⁵⁰ HIQA (2018). *National Standard on information requirements for national community-based ePrescribing*. Dublin : publications de l'HIQA, p.25

retrouve ensuite dans la description des différentes spécifications de nombreuses références à ce que les auteurs appellent la 'directive européenne', faisant référence à la directive soins transfrontaliers adoptée en 2011, et qui correspond en fait aux orientations adoptées par le réseau e-santé (bien que celles-ci ne fassent pas partie de la directive). Concrètement, on observe ainsi ce qui correspond à un usage essentiellement technique des orientations européennes, où celles-ci sont utilisées comme une source pertinente parmi d'autres pour construire les standards nationaux.

Pourtant, la logique de légitimité, même si elle n'est pas concrètement appliquée, n'en n'est pas moins présente dans le document :

‘2.2.2. Patient summaries standards and guidelines

As part of the development of the standard and in order to conform with International and European Standards, relevant specifications and guidelines were reviewed and assessed and incorporated into the National Standard where deemed appropriate. This included reviewing the European standards and guidelines discussed below.

[...]

The European Commission subsequently supported an initiative called OPEN NCP for the cross-border exchange of patient summaries. OPEN NCP is tasked with providing infrastructure for sharing patient summaries across Europe. Ireland is participating in this project and is committed to making electronic patient summaries and electronic prescriptions available, with a patient's consent, to healthcare professionals across other participating member states by March 2020. This National Standard can provide the information requirements that is required for a patient summary to ensure **Ireland fulfils its commitment to share patient summaries across Europe.**⁴⁵¹

‘So, when we're doing our standards we make sure, we would look at the tech of the Epsos aspects, to make sure we're compliant with them, as much as possible. So, there's other things we would look say as well at, **we'd put equal weight into ISO, CEN standards**, or we put equal weight on say, certain updates that other internation... equivalent organisations like DTA in Australia who are now Digital Australia, if those work as a tech base and the NHS, I think so, we would be looking at these [...]⁴⁵² (Entretien, Health and Information Quality Authority, 06.12.2017)

⁴⁵¹ HIQA (2018). *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary*. Dublin : publications de l'HIQA, pp.17-18, mises en exergue par l'auteur

⁴⁵² ‘Donc, quand on fait nos standards on s'assure, on regarde les aspects techniques de Epsos, pour être sûrs qu'on est en conformité avec eux, autant que possible. Donc, il y a d'autres choses que nous regarderions également, nous mettrions un poids équivalent dans les normes ISO [*International Organisation for Standardisation*], CEN [Comité Européen de Normalisation], ou nous mettrions un poids équivalent sur disons, certaines mises à jour que d'autres internation... organisations équivalentes comme DTA [*Digital Transformation Agency*] en Australie qui sont maintenant *Digital Australia*, si ceux-là fonctionnent comme une base technique et le NHS [*National Health Service*], je pense, nous les regarderions tous [...]' (Traduction par l'auteur)

Ainsi, on observe que si la mise en conformité avec les attentes européennes fait partie des objectifs, elle est presque immédiatement mise en balance avec un autre impératif, celui de leur caractère 'approprié' dans un cadre national. On voit donc dans le cas des résumés patient irlandais les traces d'une logique de légitimité, qui n'est pourtant pas concrètement appliquée. On retrouve une ambiguïté du même type dans la correspondance que nous avons tenue avec la personne en charge de ces standards à l'HIQA, pour qui la prise en compte des standards européens oscille constamment entre connaissance de leur existence (*awareness*) et essai de mise en conformité (*alignement*).

'We follow a process which would have include gathering international evidence including a best practice review, my process also requires me to convene and advisory group and to undertake a public consultation. I was very **aware of the Open NCP project** going on here (I attended numerous meetings in relation to that project) and we met with them specifically during the project to make sure that **we were aligned**. We have a standards development process, approved by a subcommittee of HIQA board. All our standards follow that process. As a national standards body we have to engage local stakeholders and where relevant and appropriate include their requirements in the final standard'⁴⁵³

'[...]. In order to influence and support the implementation of ePrescribing, which hopefully will have a clinical lead and governance structure set up soon, we developed the information requirements for ePrescribing to be ahead of the project and to inform the implementation of the project... **We were aware of both the Open NCP and Shared Care Record Project** in the OoCIO so to ensure that the correct information including Irish requirements are included in our national electronic patient summary we undertook the project. We consulted with both the Open NCP and Shared Care Records Project.'⁴⁵⁴ (Correspondance écrite, Health and Information Quality Authority, Septembre 2019)

Concrètement, la logique technique utilisée dans le cas des résumés patients conduit à une européanisation de second ordre, dans laquelle les 'blocs' européens sont directement réutilisés pour construire la politique publique. Mais puisque cette réutilisation suit une

⁴⁵³ 'Nous suivons un processus qui inclut le rassemblement des preuves internationales y compris une comparaison des meilleures pratiques, mon processus m'oblige également à convoquer un groupe consultatif et de mener une consultation publique. J'étais très au courant du projet Open NCP [*National Contact Point*] en cours ici (j'ai participé à de nombreuses réunions en lien avec ce projet) et nous nous sommes réunis spécifiquement avec eux pendant le projet pour être sûr que nous étions alignés. Nous avons un processus de développement de standards, approuvé par un sous comité du conseil de l'HIQA. Tous nos standards suivent ce processus. En tant qu'organisme national de standardisation nous devons impliquer les acteurs locaux et quand cela est pertinent et approprié inclure leurs exigences dans le standards final.' (Traduction par l'auteure)

⁴⁵⁴ '[...] Dans l'objectif d'influencer et de soutenir la mise en œuvre de la ePrescription, qui je l'espère aura une direction clinique et une structure de gouvernance rapidement, nous avons développé les exigences d'information pour la ePrescription pour être en amont du projet et pour alimenter la mise en œuvre du projet... Nous étions au courant à la fois de *Open NCP* [*National Contact Point*] et du projet Dossiers de Santé Partagés du bureau du chef de l'information donc dans le but de s'assurer que les informations appropriées y compris les exigences irlandaises étaient incluses dans notre résumé patient électronique national dont nous avons commencé le projet. Nous avons consulté à la fois le Open NCP et le projet Dossiers de Santé Partagés' (Traduction par l'auteure)

logique technique, elle n'est que partielle, et les résumés patients tels que définis au niveau irlandais diffèrent des standards européens, au même titre que les standards français. La conformité exacte ne semble ainsi pas avoir été recherchée par l'HIQA :

‘–Would you say that the Irish standards that you developed on Patient summaries and ePrescribing are compatible with Open NCP?

–**There may be some discrepancies** in naming and the structure, I think they have contact details for a patient as a separate entity and we just have address as an attribute of the demographic entity **but you could easily map from my standard to theirs**. From memory, OPEN NCP just want diagnosis for the last six months but our definition of a diagnosis is more comprehensive so could require different diagnoses (made more than six months ago) in our summary.’⁴⁵⁵
(Correspondance écrite, Health and Information Quality Authority, Septembre 2019)

Finalement, il semblerait que les standards tels que définis par HIQA soient a minima compatibles ou interopérables avec ceux définis au niveau européen (dans le cas du résumé patient comme de la ePrescription), puisque les standards européens consistent principalement en l'ajout de certaines sections/sous-sections, et éventuellement en la transformation de quelques sous-sections (addition, scindement de catégories etc). De manière similaire au cas français, c'est la recherche d'une forme de compatibilité qui semble prévaloir pour les acteurs en charge de la production de standards nationaux, plus que la mise en conformité exacte avec les demandes européennes.

Le cas autrichien témoigne lui aussi de cette pénétration limitée d'une logique de légitimité dans une communauté d'acteurs disposant d'importantes ressources techniques. Comme nous l'avons vu dans le Chapitre 8, la production de standards pour le résumé patient ou la ePrescription en Autriche est largement prise en charge par des acteurs ayant une expérience importante des standards (HL7, IHE), tant à l'entrée du processus qu'à sa sortie. Dans ce cas, les ressources dont disposent les acteurs expliquent l'absence d'usages techniques de l'UE. Pourtant, on trouve bien dans ces standards, et en particulier ceux concernant le résumé

⁴⁵⁵ ‘–Diriez-vous que les standards irlandais que vous avez développés sur le résumé patient et sur la ePrescription sont compatibles avec Open NCP [*National Contact Point*] ?

–Il y a sans doute des différences dans les appellations et la structure, je crois qu'ils ont les données de contact du patient dans une entité séparée et nous avons juste l'adresse comme un attribut de l'identité démographique mais vous pouvez facilement retrouver les mêmes éléments dans les deux standards. De mémoire, Open NCP veut seulement un diagnostic pour les derniers six mois mais notre définition d'un diagnostique est plus globale et pourrait donc demander différents diagnostics (réalisés plus de six mois auparavant) dans notre résumé' (Traduction par l'auteure)

patient,⁴⁵⁶ les traces de la présence d'une logique de légitimité. Ainsi, au tout début de l'introduction, il est précisé que :

‘Ceci est le guide de mise en œuvre du document *Patient Summary* autrichien. Les lignes directrices sont basées sur les lignes directrices HL7 pour le *Patient Summary* international (HL7 IPS) et sont **compatibles avec les lignes directrices pour le *Patient Summary* pour l'échange de données transfrontalier (eHealth network de l'UE)**’⁴⁵⁷

‘Le *Patient Summary* autrichien devrait également être disponible pour l'échange de données transfrontalier si le participant à l'ELGA le souhaite (eHealth network de l'UE). Le projet européen "Infrastructure de services numériques de santé en ligne" (eHDSI) vise à permettre aux citoyens européens d'utiliser leurs "*Patient Summaries*" et leurs "*ePrescriptions*" (prescriptions électroniques) également dans d'autres pays de l'UE. **L'Autriche doit être connectée à ce réseau à partir de 2020.**’⁴⁵⁸

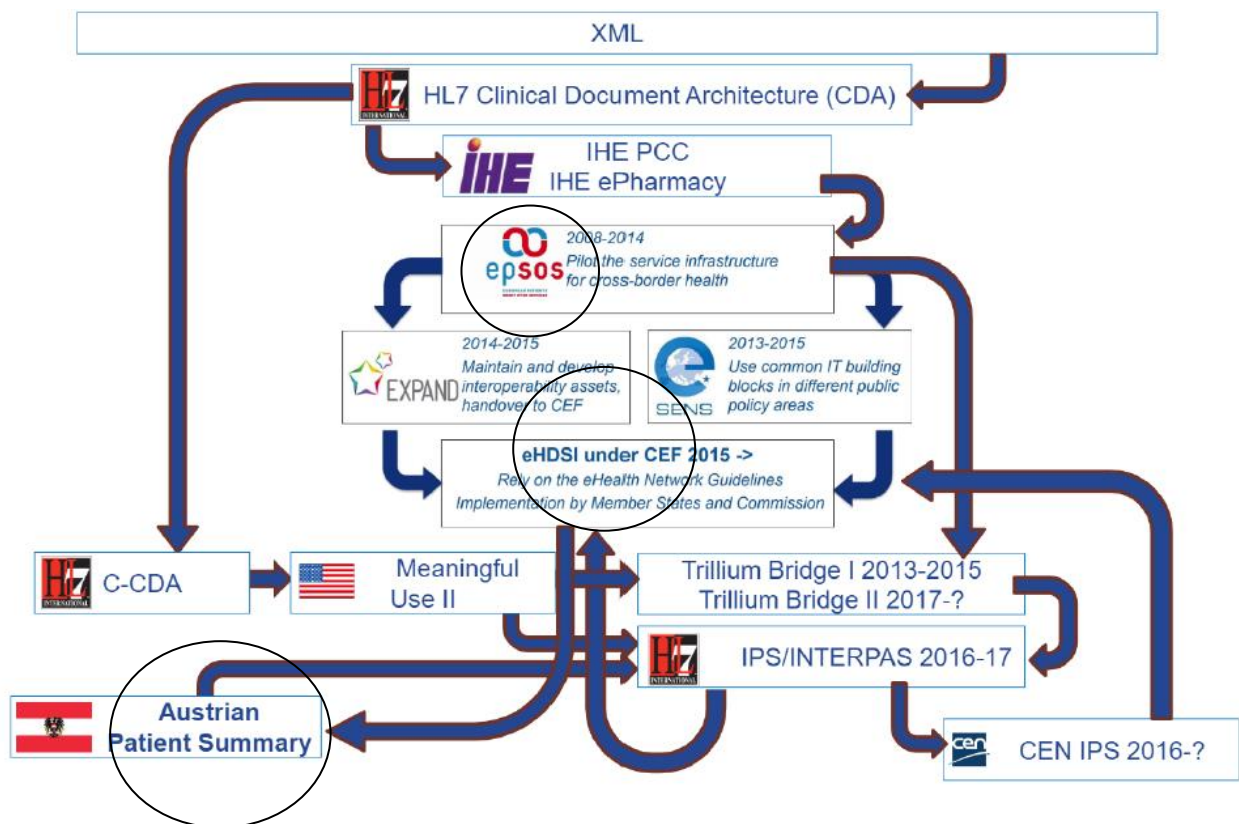
La participation au projet CEF et la mise en conformité avec les orientations européennes semble donc faire explicitement partie des pré-requis de la production des résumés patients autrichien. La hiérarchie des standards telle que présentée par le chef de l'équipe Standards et ergonomie (*usability*) de ELGA GmbH est à ce titre éclairante :

⁴⁵⁶ Contrairement au résumé patient, la eMedication et la ePrescription a très tôt été un projet d'intérêt pour les institutions de sécurité sociale et pour le Ministère de la Santé, et des projets pilotes commencent dès 2015. Dans ce cadre, des normes contraignantes pour tout éditeur de logiciel chargé de la mise en œuvre d'ELGA ou de tout élément s'y intégrant sont développées. Celles-ci ne font aucune référence aux standards européens, qu'ils soient développés dans le cadre du réseau e-santé ou d'Epsos. Source : ELGA GmbH (2015) . *HL7 Implementation Guide for CDA® R2: e-Medikation*. Vienne : Publication d'ELGA

⁴⁵⁷ Sabutsch Stefan, Sonja Leder et Silvia Winker (2018). Normes et Standards pour un résumé patient autrichien, Disponible sur : https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary#Hinweis_auf_verwendete_Grundlagen

⁴⁵⁸ Sabutsch Stefan, Sonja Leder et Silvia Winker (2018). Normes et Standards pour un résumé patient autrichien, Disponible sur : https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary#Hinweis_auf_verwendete_Grundlagen

Image 20. L'intégration du résumé patient autrichien dans le cadre des spécifications internationales⁴⁵⁹



Malgré cette volonté de mettre en œuvre les exigences européennes, on observe que les orientations en matière de résumé patient adoptées par le réseau e-santé ne sont pas une seule fois mobilisées dans la construction des standards (une seule référence anecdotique à Epsos au sein d'un set de spécifications). L'entretien réalisé avec certains contributeurs de ces standards montre à nouveau l'ambiguïté de la réception de l'obligation, entre simple 'connaissance' (*awareness*) de l'existence de ces standards et respect des 'exigences' (*requirements*) européennes :

–Q : And so hum, I looked a bit in these draft standards on Wikipedia for Patient Summaries, and although the aim is to be compliant with the eHealth DSI and so on, I couldn't find any references to hum the guidelines for Patient Summaries which were adopted by the eHealth network?

–R1 : Yeah, we are **aware** [insiste sur ce dernier mot] of these guidelines, we know them and uh... **we have considered them** yes. It was a **requirement** by the Ministry so...Yeah. But you are right, the specifications....

–R2 : I think there are more direct references to HL7 and [?] because they're the technical basis.

⁴⁵⁹ Support de présentation de Stefan Sabutsch, chef d'équipe Standards et ergonomie à ELGA, Président de HL7 Autriche, lors d'une réunion HL7 (16.04.2017). 'Patient Summary. National and international status'. Disponible sur : <https://docplayer.org/80329913-HL7-jahrestagung-wien-dr-stefan-sabutsch.html>

–Q : OK. So this is like you consider them just in order to have something interoperable, but you do not follow them like really... strictly?

–R1 : We have been given the task to, to analyse these guidelines and to decide, or determine the compatibility, so **we are acting accordingly** so in this case yes. **We fulfill all of the, requirements** which are in the guidelines yes, adopted by the eHealth network.

–Q : OK. But for instance about the content of, about the data set for instance, of the Patient summary, is it like exactly similar to those guidelines, or, is it just, I don't know inspired from these guidelines, what would you say?

–R1 : Yeah, **it matches mostly**, so maybe we have, in the detail some, some on one side a little bit more and on other side a little bit less, but it matches mostly.⁴⁶⁰ (Entretien, employés de ELGA GmbH, 19.02.2020)⁴⁶¹

De manière similaire aux cas français et irlandais, on comprend que c'est plutôt une compatibilité générale et technique avec les guidelines du réseau e-santé qui a été recherchée, et non une mise en conformité exacte. Ainsi, si les exigences européennes sont prises en compte, elles n'en sont pas pour autant utilisées par les acteurs en charge de la production de standards autrichien.

Le concept de l'existence de différentes logiques semble donc utile dans l'interprétation d'éléments empiriques présentant une situation paradoxale, et ce malgré le fait que la perspective des usages ne permette pas tout à fait de rendre compte des phénomènes de transmission et de réception de l'obligation européenne dans le cadre du programme CEF. Ces résultats interrogent ainsi sur le concept même de logique d'usage, qui semble ici dépasser le cadre de l'usage pour désigner un rapport particulier aux instruments européens. L'existence d'un tel rapport renvoie pourtant à des catégories d'analyse relativement statiques, et signifierai qu'un même type d'acteur ne peut utiliser qu'une seule logique dans

⁴⁶⁰ –Q : Et donc, j'ai un peu regardé dans ces standards préliminaires sur Wikipedia pour les résumé patients, et, alors que l'objectif est d'être en conformité avec le DSI [*Digital System Infrastructure*] e-santé etc., je n'ai pas pu trouver de références aux orientations pour le résumé patient qui ont été adoptée par le réseau e-santé ?

–R1 : Oui, nous sommes conscients de l'existence [insiste sur ces derniers mots] de ces orientations, nous les connaissons et ... Nous les avons prises en considérations oui. C'était une exigence du Ministère donc... Oui. Mais vous avez raison, les spécifications...

–R2 : Je pense qu'il y a des references plus directes à HL7 et [?] car ce sont les bases techniques.

–Q. : OK. Donc c'est-à-dire, que vous les considérez juste pour avoir quelque chose d'interopérable, mais vous ne les appliquez pas vraiment... strictement ?

–R1 : On nous a donné la tâche de, d'analyser ces orientations et de décider, ou de déterminer la compatibilité, donc nous agissons en conformité dans ce cas oui. Nous remplissons toutes les exigences qui sont dans les orientations oui, adoptées par le réseau e-santé.

–OK. : Mais par exemple à propos du contenu du, à propos du set de données par exemple, le résumé patient, est-il exactement similaire à celui des orientations ou est-il juste, je ne sais pas inspiré de ces orientations, que diriez-vous ?

–R1 : Oui cela correspond la plupart du temps, peut-être que nous avons dans le détail, peut être un peu plus sur un aspect, et un peu moins sur un autre aspect mais oui, cela correspond la plupart du temps.' (Traduction par l'auteure)

⁴⁶¹ R1 et R2 désignent les deux enquêtés.e.s, et Q les propos de l'auteure.

son travail national. Or, nous avons pu observer empiriquement que cela n'est pas le cas.⁴⁶² Ce constat invite donc plutôt à s'interroger sur les contextes et facteurs qui semblent cristalliser certaines logiques en les transformant en attentes spécifiques vis-à-vis de la prise en compte des instruments européens.

Ce chapitre conclusif nous a permis de revenir sur les apports et les limites de l'approche développée tout au long de cette thèse. Du côté des apports, nous avons pu constater que les différentes variables analysées, une fois combinées, donnaient une explication convaincante des variations d'usages observées dans les cas de la France, de l'Autriche et de l'Irlande. L'intérêt des acteurs au niveau national, la relation à l'Union européenne et la structure des instruments européens sont donc trois conditions qui méritent d'être examinées pour comprendre les phénomènes d'européanisation tels que nous les avons conceptualisés dans cette thèse.

D'un autre côté, cette troisième partie a également montré que certains phénomènes échappaient à l'analyse dans une perspective stratégique, notamment lorsque la *soft law* européenne devient plus 'contraignante'. Les comportements observés témoignent alors d'une recherche de mise en conformité (pression et transmission de l'obligation européenne au niveau national) qu'il devient difficile d'expliquer par les intérêts des acteurs. Malgré cela, nous avons pu constater que le concept des 'logiques' demeurerait un outil interprétatif utile pour comprendre les phénomènes de résistance à la *soft law* européenne. Les concepts de logique technique et de logique de légitimité expliquent ainsi à la fois le consensus observé autour de 'l'importance du niveau européen', et les écarts entre les attentes des acteurs en termes d'application des standards européens.

⁴⁶² Dans le cas du programme CEF, deux acteurs de politiques publiques occupant des fonctions relativement similaires (HSE et Department of Health) utilisent cet instrument européen sur la base de deux logiques différentes (répartition et légitimité, voir Chapitre 9). De même, nous avons pu observer un usage technique réalisé par l'un ou l'autre de ces acteurs dans la rédaction du *Business case* pour un dossier électronique irlandais (voir p.354). La littérature présente par ailleurs de nombreux cas d'usages techniques produits par des acteurs politiques (voir la présentation des logiques d'usage p.54, voir également Erhel *et al.* 2005; Duina and Raunio 2007)

Conclusion générale

L'Union européenne impose-t-elle des contraintes aux États membres dans des domaines hors de sa juridiction comme la santé ? Ou ses compétences sont-elles trop limitées pour avoir un quelconque effet significatif sur des politiques particulièrement ancrées au niveau national ? La question posée ici, centrale, est celle de la souveraineté : si dans le premier cas l'État la perd, dans le second il la conserve. Cette recherche a montré la nécessité d'aborder ce débat en des termes moins binaires. En premier lieu, l'UE ne disposant pas de compétences dans le domaine de la santé, la volonté des acteurs nationaux est essentielle pour transmettre les exigences européennes au niveau national. Il n'existe ainsi pas d'influence européenne sans acteurs nationaux pour la relayer efficacement. Une fois mobilisés cependant, ces instruments peuvent avoir de réels effets sur les politiques publiques nationales. En second lieu, nous avons pu constater que les phénomènes d'européanisation n'apparaissent pas de manière uniforme au sein de nos trois cas. L'adoption d'une approche par les acteurs nous a ainsi amenée à développer et à tester l'existence de plusieurs mécanismes visant à expliquer l'apparition des usages de l'UE au niveau national.

Le rôle décisif des intérêts des acteurs constitue le premier résultat central de cette recherche. Ainsi, nous avons pu montrer, à plusieurs reprises et dans de nombreux cas différents, que les variations dans les ressources dont disposent les individus au niveau national sont étroitement connectées aux usages de l'UE qu'ils réalisent. Ainsi, un même acteur placé dans des contextes différents ne fait pas systématiquement usage des instruments européens, malgré un niveau constant de 'socialisation à l'Union européenne'. Le principal entrepreneur des politiques d'e-santé autrichien cesse par exemple de mobiliser les instruments européens dès lors qu'il occupe une position de premier plan au Ministère de la Santé, et que les politiques d'e-santé s'ancrent dans le paysage politique national. À l'inverse, si le Ministre de la Santé irlandais ne se réfère pas à l'UE lors de la mise sur agenda de l'e-santé à son arrivée au pouvoir, trois années de retard dans le lancement de la stratégie initialement prévu transforment la Présidence du Conseil de l'UE par l'Irlande en opportunité parfaitement appropriée pour relancer les politiques d'e-santé. Cette variable de l'intérêt a ainsi été déclinée en diverses opérationnalisations, ce qui nous a permis de comparer de manière systématique un ensemble de cas empiriques hétérogènes, mais participant tous au processus

de développement de la politique publique d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Les usages différenciés de l'Union européenne ont ainsi pu être expliqués à la fois par des variations de contexte et de positionnement des acteurs (Partie II), par l'intégration différenciée de communautés techniques au sein de certains processus de formulation (Chapitre 8), ou encore par les variations de ressources politiques des acteurs institutionnels de l'e-santé (Chapitre 9).

Par exemple, nous avons montré comment l'intégration de communautés techniques au processus décisionnel relatif à la définition de standards pour les résumés patients et la prescription électronique semble être étroitement liée à l'usage des orientations européennes en la matière. Alors que l'on observe des usages de l'UE dans ces processus en France et en Irlande, deux cas dans lesquels les communautés techniques sont peu intégrées, le cas autrichien présente un net contraste. Dans ce dernier, les communautés techniques sont directement en charge de la production des standards, et les acteurs ne semblent alors plus éprouver la nécessité de s'appuyer sur les standards proposés au niveau européen.

De manière similaire, on observe qu'à partir du début des années 2010 les acteurs institutionnels de l'e-santé en Autriche occupent une position particulièrement avantageuse au sein du Ministère de la Santé, et qu'ils ne semblent pas éprouver le besoin de s'appuyer sur un soutien externe pour obtenir des ressources supplémentaires et avancer leur agenda. Au contraire, en France, le récent transfert de la gestion du DMP à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie tend au moment de l'enquête à fragiliser la position d'un acteur institutionnel pourtant central, l'Agence des Systèmes d'Information en Santé (ASIP). Dans ce contexte, le rôle de l'ASIP dans le développement de projets au niveau européen devient un argument afin de stabiliser sa position dans le jeu institutionnel. On retrouve un processus analogue en Irlande, où malgré un soutien politique en faveur du développement des politiques d'e-santé, aucun moyen de financement pérenne n'est encore attribué à ces dispositifs au moment des entretiens. La participation au programme *Connecting Europe Facilities* est alors un moyen pour les acteurs de s'assurer la distribution d'un minimum de ressources pour poursuivre leurs activités.

Le second résultat principal de cette recherche est que le potentiel explicatif de l'intérêt ne se développe qu'à partir du moment où les phénomènes comparés sont de nature équivalente. Ainsi, les usages de l'UE ne se réalisent pas nécessairement dans des contextes comparables, et ne reposent pas toujours sur la même logique. L'identification des éléments susceptibles de

favoriser l'un ou l'autre de ces types d'usages constituent autant de conditions expliquant l'eupéanisation différenciée des politiques d'e-santé.

Au regard des contextes d'usages, nous avons pu observer une différence importante entre ce que nous avons qualifié de 'période de flux' ou de 'période de synthèse'. Le premier cas désigne les activités quotidiennes des acteurs de politique publique, qui évoluent alors dans un environnement relativement restreint (les personnes avec qui ils ont l'habitude de travailler) et dont les paramètres sont maîtrisés. Par contraste, les périodes de synthèse correspondent à des environnements beaucoup plus ouverts, au sein desquels les entrepreneurs de politique publique s'adressent à un plus large public (les différentes communautés de politique publique et éventuellement le public général) et impliquent directement le personnel politique. Alors que durant les périodes de flux les acteurs peuvent se reposer sur leurs connaissances d'un milieu spécifique pour anticiper les conséquences d'un potentiel usage de l'UE, les périodes de synthèses conduisent au contraire les acteurs à se reposer sur une notion diffuse de l'importance de l'UE pour prévoir les conséquences de leurs actions. C'est précisément dans ce dernier cas que l'existence d'une 'relation positive' à l'Union européenne prend tout son sens, puisqu'elle permet aux acteurs d'anticiper les effets d'un usage de l'UE (Chapitre 7). Ainsi, loin d'être un moteur des usages, la relation à l'UE constitue plutôt une contrainte à leur expression. La reconsidération de cette variable, déjà en partie explorée par la littérature sur les usages (Graziano *et al.* 2011), permet de donner une nouvelle perspective sur des cas comme la France, réputés peu 'sensibles' aux orientations européennes en matière de politique sociale (Graziano *et al.* 2011). Ce n'est ainsi pas tant une absence d'usages qui caractérise le cas français qu'une concentration de ces mêmes usages en périodes de flux.

Cette recherche a également permis d'identifier plusieurs logiques d'usages, dont les variations temporelles à l'intérieur des cas peuvent être expliquées par la structure différenciée des instruments européens. Un tel résultat permet de montrer que ces instruments ne sont pas tous équivalents dans les opportunités qu'ils offrent au niveau national, et que leur diversification augmente les possibilités d'usages au niveau national. La distinction des logiques d'usages nous a, dans un premier temps, permis de repérer les différentes modalités par lesquelles l'Union européenne pouvait devenir un acteur dans un domaine situé en dehors de sa compétence. Trois logiques ont ainsi été identifiées : la logique de légitimité, dans laquelle l'UE est considérée comme un acteur naturellement pertinent de la gouvernance de l'e-santé ; la logique technique, qui conçoit les instruments européens comme des outils utiles et apportant une valeur ajoutée au niveau national ; et enfin la logique de répartition, dans

laquelle l'Union européenne est perçue comme un acteur perturbant la distribution des ressources au niveau national. Ces trois modalités représentent autant de canaux différents d'intervention de l'UE au niveau national.

Ainsi, lorsque l'argument européen est utilisé en Irlande à la fin des années 2000 pour mettre de nouveau l'e-santé à l'agenda, c'est essentiellement l'idée d'une légitimité intrinsèque à cette institution qui est mobilisée :

'The guys in Bruxelles are saying we have to do it so we have to do it'⁴⁶³
(Entretien, fonctionnaire e-santé, Department of Health, 08.12.2017)

C'est dans un cadre bien différent que les orientations européennes sont exploitées pour la production des standards d'e-santé en France et en Irlande. En effet, dans ces deux cas, c'est plutôt la capacité des instruments européens à apporter des informations pertinentes aux acteurs de l'e-santé qui justifie l'usage des instruments européens. Ces derniers sont alors considérés comme une source d'information parmi d'autres, qui doit être prise en compte seulement lorsque cela est 'approprié'. Enfin, la logique de répartition renvoie également à une introduction différente du niveau européen dans le milieu de l'e-santé. En effet, selon cette logique, l'UE devient un outil d'influence au motif que les actions demandées dans le cadre de l'intégration souple (construction d'infrastructures pour le transfert de données de santé au niveau européen) nécessitent une nouvelle distribution des ressources au niveau national pour être menées à bien.

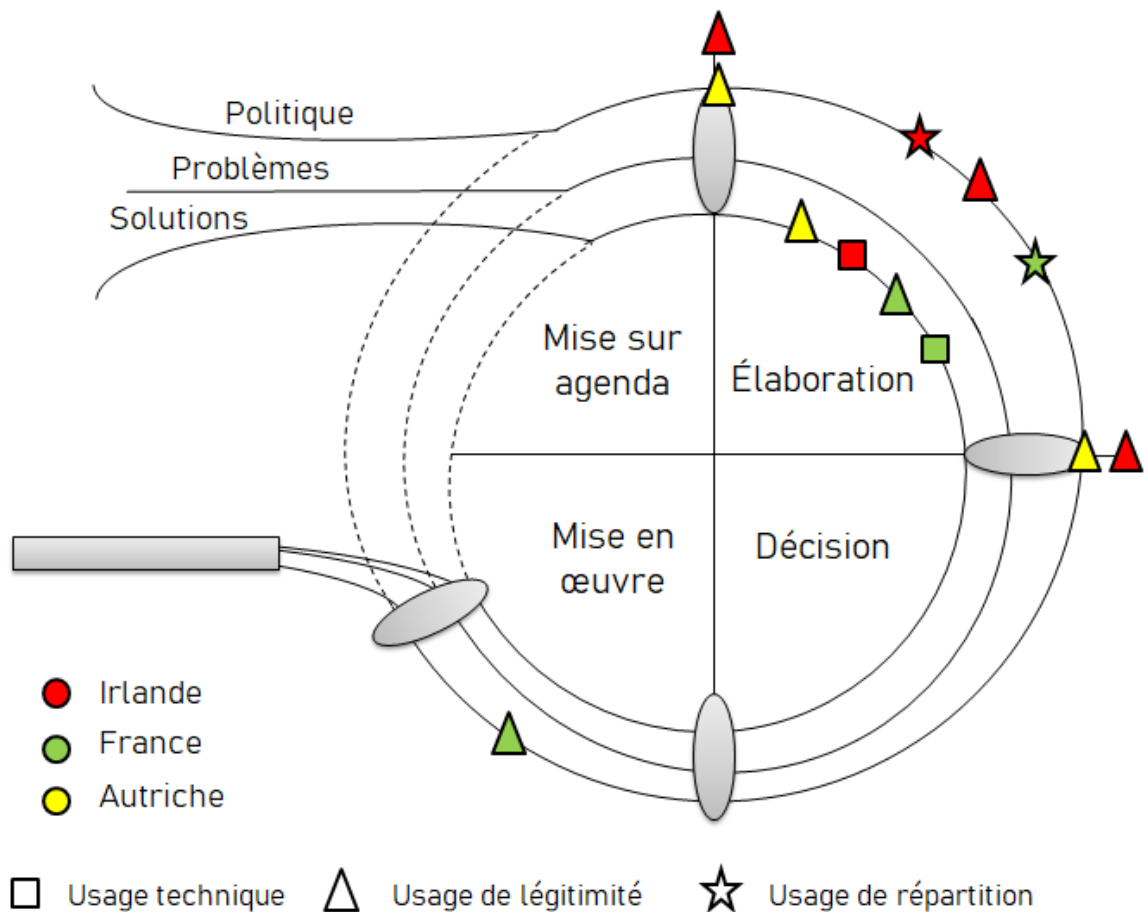
Ces différentes logiques montrent que l'UE n'a pas nécessairement besoin d'être pensée comme légitime pour intervenir dans un secteur de politique publique hors de sa juridiction. En revanche, pour que l'ensemble des logiques soient opérantes au niveau national, il est nécessaire que les instruments européens en offrent la possibilité. Ces instruments doivent ainsi être assez complexes pour permettre une logique technique, et suffisamment 'contraignants' pour permettre une logique de répartition. L'évolution des instruments européens en matière d'e-santé se révèle ainsi congruente avec la répartition temporelle des logiques d'usage en France, en Autriche et en Irlande : alors que les usages de légitimité apparaissent sur toute la période analysée (2000-2018), les usages techniques et de répartition n'apparaissent qu'au début des années 2010 (Chapitre 10).

Au-delà de la mise en évidence des conditions affectant l'eupéanisation au niveau national, le troisième apport de cette thèse a été de développer tout un ensemble d'outils analytiques

⁴⁶³ 'Les gens de Bruxelles disent que nous devons le faire alors nous devons le faire' (Traduction par l'auteure)

permettant de caractériser précisément les phénomènes d'eupéanisation et d'en assurer l'explication par la comparaison systématique. C'est à ce titre que nous avons mobilisé la théorie des courants multiples initialement développée par J.W Kingdon (1984), en l'adaptant à l'ensemble des étapes de politique publique (Chapitre 1). Cette nouvelle conceptualisation nous a permis d'interpréter les phénomènes d'eupéanisation observés, et ce malgré leur grande diversité empirique.

Figure 21. Les trois logiques d'usages de l'UE en Autriche, en France et en Irlande, 2001-2018



C'est grâce à ce modèle que nous avons pu décrire de manière précise les différents effets de l'Union européenne sur le niveau national. Les usages de l'Union européenne réalisés dans le courant des solutions affectent ainsi principalement la construction des instruments de politique publique au niveau national. C'est par exemple le cas lorsque les standards européens sont directement réintégrés dans les standards nationaux, ou quand l'intégration européenne modifie la conception du Dossier Médical Personnel au sein du Ministère de la Santé français. Dans ce dernier cas, nous avons pu ainsi observer le rôle central du niveau

européen dans la réintroduction de la notion de ‘résumé patient’ ou de ‘volet médical de synthèse’ au sein du Ministère à la fin des années 2000, alors que cette même idée avait été abandonnée au profit d’une conception différente du DMP (Chapitre 7).

Les usages dans le courant politique ont plutôt pour conséquence de modifier les relations de pouvoir entre les acteurs de politique publique nationaux. C’est ce que nous avons pu observer lorsqu’un employé du *Health Service Executive* utilise l’intégration européenne pour prioriser les investissements irlandais dans l’e-santé (Chapitre 9), ou lorsqu’un employé de la CNAMTS s’appuie sur les programmes européens pour inciter certains professionnels de santé à utiliser le Dossier Médical Partagé (Chapitre 7).

Enfin, un tel modèle nous a permis d’établir une typologie des phénomènes d’européanisation, qui ne repose pas sur une évaluation quantitative (à quel point la politique est-elle européanisée ?), mais se concentre plutôt sur la place occupée par l’UE dans le processus de développement de la politique publique. Trois types d’européanisation ont ainsi été distingués, en fonction de la proximité causale de l’usage et du résultat de politique publique.

L’européanisation de premier ordre renvoie ainsi aux cas où l’UE est mobilisée en période de synthèse, et où cette institution semble directement impliquée dans l’avancement de la politique publique et sa transition d’une étape vers une autre. Ainsi, en Irlande, l’Union européenne a joué par deux fois le rôle ‘d’élément réactif’, en organisant la temporalité de la politique publique. En ce sens, le principal entrepreneur des politiques d’e-santé irlandaises à la fin des années 2000 n’aura pas hésité à faire usage des différentes opportunités européennes qui se présentent à lui (du plan de sauvetage suite à la crise financière de 2008 à la Présidence de l’Irlande du Conseil de l’UE en 2013) pour provoquer une mise sur agenda secondaire de l’e-santé.

De manière similaire, l’argument européen semble avoir été particulièrement important en Autriche pour assurer une mobilisation de la communauté des acteurs de l’e-santé en 2005, lors du lancement de l’initiative e-santé par le Ministère de la Santé. Ce lancement est ainsi présenté aux acteurs comme une réponse aux exigences du plan d’action e-santé de la Commission européenne publié en 2004. Dans ce cadre, l’usage de l’UE contribue directement à la dynamique politique qui permet à cette première étape d’élaboration de mobiliser un large consensus parmi ces acteurs.

Les usages de l'UE ne se limitent cependant pas aux périodes de synthèse, et peuvent prendre place tout au long des périodes de flux, également structurantes dans le développement de la politique publique. Nous avons à ce titre pu distinguer deux types d'eupéanisation en fonction de la proximité causale entre l'usage observé et le résultat de politique publique. L'eupéanisation de second ordre correspond ainsi aux usages réalisés en période de flux qui impactent directement le contenu de la politique publique. L'incorporation des standards européens dans les standards nationaux irlandais est caractéristique de ce type de cas : il est possible d'identifier objectivement les différents 'blocs' des standards européens dans la version finale des standards irlandais (Chapitre 8). De même, l'usage de l'argument européen semble avoir joué un rôle direct dans la décision prise en Autriche en 2007 d'adopter uniquement des standards internationaux pour la réalisation des projets gouvernementaux d'e-santé (Annexe 5). Bien que moins facilement repérables, ces usages de l'UE affectent visiblement le contenu de la politique nationale.

Enfin, cette thèse a également permis d'identifier toute une panoplie de cas dans lesquels l'introduction de l'UE dans les politiques nationales, bien que présentant un lien de causalité relativement relâché avec le produit final de politique publique, témoignait malgré tout d'une eupéanisation du processus de développement de ces politiques. C'est ce que nous avons qualifié d'eupéanisation de troisième ordre. Ainsi, lorsque l'UE est mobilisée pour stabiliser le positionnement politique des acteurs institutionnels en France et en Irlande, c'est ce type d'eupéanisation qui est à l'œuvre. De même, nous avons pu observer que les orientations européennes avaient bien été prises en compte lors de la construction des standards pour le Volet de Synthèse Médicale français, bien que la version finale de ces standards ne présente pas de références importantes au niveau européen.

Sur un autre registre, cette thèse a permis de tester, en creux, la pertinence de la prise en compte des modèles d'État providence pour expliquer l'eupéanisation différenciée du secteur de l'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Alors que plusieurs recherches ont déjà remis en question l'utilité de partir de l'écart entre modèle européen et modèle national pour comprendre les phénomènes d'eupéanisation (Graziano *et al.* 2013; Falkner *et al.* 2004; Zahariadis 2004), cette thèse aura montré l'absence de congruence entre type de modèle d'État providence et usages de l'UE au niveau national. Ainsi, les deux cas qui semblent partager le moins de similarités au regard de leurs usages de l'UE sont la France et l'Autriche, qui pourtant fonctionnent toutes deux sur le principe du système bismarckien corporatiste. L'Irlande, qui au contraire possède les caractéristiques d'un système libéral ou résiduel,

présente au contraire autant de similarités avec la France (sur la présence de diverses logiques d'usages par exemple) qu'avec l'Autriche (sur la présence d'usages tant en période de flux que de synthèse).

Ce résultat s'explique par de multiples raisons, et ne remet pas en cause la pertinence de la typologie des États providence dans le cadre de nombreuses recherches. Seulement, il invite à prêter une attention théorique particulière à sa mobilisation, qui doit toujours être explicitement pensée en lien avec la question de recherche.

Cette thèse a mis en exergue l'existence d'un grand nombre d'interventions de l'Union européenne dans le processus de développement des politiques nationales, mais assiste-t-on pour autant à une convergence des politiques européennes de santé ? Les résultats de cette recherche invitent de nouveau à établir une séparation nette entre ces deux problématiques.

Premièrement, l'adoption et l'avancement des politiques d'e-santé sont, comme nous l'avons vu, toujours profondément liées à des dynamiques nationales. La 'convergence' en la matière semble donc être difficilement attribuable à l'Union européenne. Il est néanmoins possible que certaines communautés aient, très en amont, participé à la diffusion internationale des solutions d'e-santé, bien que nous n'en n'ayons pas trouvé de trace lors de la mise sur agenda des politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Le rôle des 'communautés épistémiques' (Haas 1992; Löblová 2016) et leur potentielle connexion dès le début des années 1990 mériterait ainsi une analyse plus approfondie. En ce sens, on peut par exemple observer que la société européenne de télémédecine est créée dès 1991 par le Professeur Louis Lareng (fondateur du SAMU), tandis que la Société internationale de télémédecine (*International Society for Telemedicine and eHealth*), à laquelle il participe également, est créée en 1997.

Ensuite, si l'Union européenne facilite l'intégration de standards internationaux d'e-santé dans la construction des politiques nationales, l'analyse de la mise en conformité des standards nationaux avec les orientations européennes montre qu'il existe encore de nombreuses résistances à l'harmonisation. Ainsi, les acteurs semblent établir une limite importante entre la 'compatibilité' avec les orientations européennes et leur application pure et simple. En somme, si l'Union européenne produit des effets concrets sur le niveau national, la manière dont ces changements participent effectivement d'une dynamique de convergence est encore peu claire.

Par ailleurs, l'approche centrée sur les intérêts des acteurs, malgré ses apports et son potentiel explicatif, présente également des limites. En particulier, il semblerait que le renforcement de la *soft law* provoque un ensemble de comportements qu'il est difficile d'expliquer avec cette démarche. À ce titre, une analyse plus fine des processus cognitifs qui sous-tendent les actions des acteurs de politique publique pourrait être ici particulièrement appropriée : le fait que la *soft law* soit introduite dans un format de 'projet', impliquant l'octroi de financements par l'Union européenne, pousse-t-il les acteurs à plus de mise en conformité ? Ou encore, ce format est-il susceptible de produire des phénomènes d'ombre de la hiérarchie ('*shadow of hierarchy*', Borrás and Jacobsson 2004; Sabel and Zeitlin 2008), poussant les acteurs à se conformer par peur d'une transformation des instruments européens souples en *hard law* ?

Sur un autre versant, nous n'avons pas exploré d'hypothèses permettant d'expliquer pourquoi les usages en période de flux conduisaient parfois à de l'eupéanisation de premier ordre, et parfois à de l'eupéanisation de second ordre. Nous avons ainsi pu voir que les usages de l'UE, pourtant réalisés dans des contextes très similaires (la production de standards d'e-santé en France et en Irlande), menaient à une intégration finale différenciée des orientations européennes dans le produit final de politique publique. L'identification plus fine des variables et des chaînes de causalité à l'œuvre permettrait ainsi de renforcer le lien entre les deux étapes analytiques que nous avons identifiées (expliquer l'apparition des usages puis déterminer leurs effets sur les politiques publiques nationales).

Enfin, la crise sanitaire actuelle a contribué à ouvrir de nouveaux champs de recherche vis-à-vis du rôle de l'Union européenne dans la gestion de la pandémie, et plus particulièrement en matière d'e-santé. Les débats européens ont ainsi directement participé à la structuration des choix autour des applications de traçage des cas contacts.⁴⁶⁴ L'Union européenne, malgré son absence de compétence dans le domaine de la santé, se situe désormais au carrefour de problématiques qui sont amenées à prendre de plus en plus de place dans le débat public : protection des données, gouvernance mondiale des technologies et rôle des GAFAM (Google, Apple, Facebook, Amazon et Microsoft).

Si les questions relatives à l'eupéanisation des politiques nationales sont encore nombreuses, cette thèse aura contribué à mettre en lumière un fait important. La question de l'influence, que ce soit celle de l'Union européenne, ou de toute autre 'entité' jugée extérieure au processus démocratique classique (organisation internationale, *think tank*, groupe

⁴⁶⁴ France 24 (2020). 'France's Covid-19 tracing app hard to link to others, EU official says', *France 24*

d'intérêt), correspond rarement à un phénomène d'imposition unilatérale. Il n'y a ainsi pas d'influenceurs sans influencés, pour qui l'utilisation d'un élément extérieur peut parfois devenir un outil stratégique particulièrement approprié. Les processus et stratégies de légitimation, au cœur de l'enjeu démocratique, doivent donc faire l'objet d'un examen approfondi. Ainsi, les usages de l'UE, en particulier lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre de la sphère publique, devraient attirer l'attention du citoyen, et l'inviter à penser cet usage dans le contexte du développement de la politique publique et de la poursuite des intérêts des acteurs nationaux : dans quelle mesure l'Union européenne est-elle réellement à l'origine de 'contraintes' présentées comme telles par les décideurs politiques ?

Annexes et tables

Annexe 1. Liste des enquêté.e.s

France

Type d'échange	Fonction	Date	Durée entretien
Entretien	Fonctionnaire e-santé, Direction Générale de l'Offre de Soins (Ministère de la Santé)	23/11/2016	00:56:55
Entretien	Fonctionnaire e-santé, Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé (Ministère de la Santé)	25/11/2016	00:48:23
Entretien	Fonctionnaire e-santé, Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé (Ministère de la Santé)	12/06/2018	00:58:15
Rendez-vous téléphonique	Fonctionnaire e-santé, Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé (Ministère de la Santé)	19/07/2018	01:15:17
Entretien	Fonctionnaire e-santé, Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (Ministère de la Santé)	24/05/2018 30/05/2018	05:09:50
Rendez-vous téléphonique	Fonctionnaire e-santé, Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (Ministère de la Santé)	04/06/2018	01:06:15
Entretien	Fonctionnaire santé numérique (Ministère de l'Économie et des Finances)	10/05/2017	01:23:40
Entretien	Fonctionnaire (Ministère de la Recherche)	08/12/2016	00:27:00
Rendez-vous téléphonique	Ex-directeur de la CNAMTS	21/02/2019	.
Rendez-vous téléphonique	Fonctionnaire CNAMTS	06/07/2018	00:29:45
Entretien	Fonctionnaire CNAMTS	20/06/2018	01:17:18
Entretien	Fonctionnaire ASIP	09/05/2017	01:37:41
Entretien	Ex-fonctionnaire de l'ASIP	18/05/2015	01:04:44
Entretien	Ex-directeur de l'ASIP	08/12/2016	00:48:27
Entretien	Ex-directeur de l'ASIP	19/06/2018	01:09:22
Entretien	Ex-Ministre des Affaires sociales et de la Santé	20/06/2018	00:47:22
Entretien	Conseiller ministériel (Ministre de la Santé)	10/05/2017	00:50:55
Rendez-vous téléphonique	Conseiller ministériel (Ministre de la Santé) ; Chargé de mission e-santé (services du Premier Ministre)	08/06/2018	01:07:14
Entretien	Conseiller ministériel (Ministre de la Santé)	24/11/2016	00:51:50

Annexe 1. Liste des enquêtés

Rendez-vous téléphonique	Conseiller ministériel (Ministre de la Santé)	15/11/2016	.
Entretien	Conseiller ministériel (Ministre de la Santé)	06/04/2017	01:31:05
Entretien	Conseiller ministériel (ministre de la Santé)	24/11/2016	00:27:01
Rendez-vous téléphonique	Homme politique (député)	14/05/2018	00:23:00
Rendez-vous téléphonique	Haute Autorité de Santé	29/05/2018	00:29:10
Rendez-vous téléphonique	Haute Autorité de Santé	25/05/2018	00:35:31
Entretien	Commission nationale de l'informatique et des libertés	15/06/2018	01:15:26
Entretien	Secrétariat général des affaires européennes	12/05/2017	00:50:00
Entretien	Pôle de compétitivité et de transformation numérique	08/12/2016	01:18:11
Rendez-vous téléphonique	Représentant profession médicale	08/02/2019	01:13:00
Entretien	Représentant profession médicale	03/06/2015	01:05:14
Entretien	Représentant profession médicale	11/05/2017	01:02:29
Entretien	Représentant profession médicale	20/05/2015	01:10:12
Rendez-vous téléphonique	Représentante des patients	15/11/2018	00:45:20
Rendez-vous téléphonique	Représentant des patients	24/09/2018	00:35:03
Rendez-vous téléphonique	Représentant industriel	18/04/2017	00:35:00
Rendez-vous téléphonique	Représentant industriel	12/10/2016	.
Entretien	Représentant industriels	23/11/2016	00:47:28
Rendez-vous téléphonique	Représentant industriels	08/11/2016	.
Entretien	Représentant industriel	12/05/2017	00:51:11
Entretien	Représentant industriels	22/11/2016	00:58:15
Entretien	Représentant de Interop'Santé	24/11/2016	01:13:30

Autriche

Type d'échange	Fonction	Date	Durée entretien
Entretien	M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche	08/03/2017	00:48:42
Entretien	ELGA GmbH	07/03/2017	01:09:10

Annexe 1. Liste des enquêtés

Rendez-vous téléphonique	ELGA GmbH	19/02/2020	00:27:03
Entretien	Fonctionnaire e-santé (Ministère de la Santé)	14/03/2017	00:54:53
Entretien	Principal rédacteur de 'l'initiative e-santé' en Autriche	20/02/2017	00:39:12
Entretien	Membre du comité de 'l'initiative e-santé' en Autriche	15/03/2017	00:40:18
Entretien	Membre du comité de 'l'initiative e-santé' en Autriche	09/03/2017	01:09:57
Entretien	Représentant profession médicale	07/03/2017	00:58:03
Entretien	Représentant profession médicale	16/03/2017	01:42:51
Entretien	Représentant profession médicale	14/03/2017	00:56:59
Entretien	Représentant des industriels	08/03/2017	00:50:00
Entretien	Représentante de HL7 Autriche, coordinatrice e-santé au niveau régional	16/03/2017	00:31:21
Rendez-vous téléphonique	Business Upper Austria	27/01/2017	00:32:49

Irlande

Type d'échange	Fonction	Date	Durée entretien
Correspondance par mail	Principal rédacteur de la stratégie ' <i>Embedding the e in health</i> ', (Health Service Executive)	15/11/2017	.
Entretien	Ex-directeur des Health Boards	08/12/2017	00:38:04
Entretien	Ex-directeur des Health Boards	01/12/2017	01:15:15
Entretien	Fonctionnaire e-santé (Ministère de la Santé)	08/12/2017	00:58:43
Correspondance par mail	Fonctionnaire e-santé, (Ministère de la Santé)	17/09/2019	.
Correspondance par mail	Ex-fonctionnaire e-santé (Ministère de la Santé)	23/07/2019	.
Entretien	Fonctionnaire e-santé (Ministère de la santé)	06/12/2017	01:13:01
Entretien	Fonctionnaire e-santé (Health Service Executive)	04/12/2017	02:05:18
Correspondance par mail	Fonctionnaire e-santé (Health Service Executive)	10/11/2017	.
Rendez-vous téléphonique	Fonctionnaire e-santé (Health Service Executive)	18/12/2017	01:07:18
Entretien	Fonctionnaire e-santé (Health Service Executive)	30/11/2017	00:37:27
Rendez-vous téléphonique	Fonctionnaire e-santé (Health Service Executive)	18/12/2017	00:25:16
Entretien	Fonctionnaire e-santé (Health Service Executive)	07/12/2017	00:49:41
Entretien	Health and Information Quality Authority	06/12/2017	00:49:20
Correspondance par mail	Health and Information Quality Authority	10/09/2019	.

Annexe 1. Liste des enquêtés

Rendez-vous téléphonique	Représentant profession médicale	18/12/2017	00:52:09
Entretien	Représentant professions médicales	18/10/2017	00:40:29
Entretien	Représentant des patients	05/12/2017	00:57:18
Entretien	Fondation pour la Science en Irlande, membre de 'eHealth Ireland'	04/12/2017	00:22:58

Commission européenne

Type d'échange	Fonction	Date	Durée entretien
Entretien	Direction générale de la santé et des consommateurs	06/12/2016	00:36:26
Entretien	Direction générale des réseaux de communication, du contenu et des technologies	07/12/2016	00 :52 :29

Annexe 2. Grille d'entretien

Les entretiens conduits étaient de type semi-directif et pouvaient évoluer de manière différente selon les réponses des enquêté.e.s et le temps imparti. Par ailleurs, la grille d'entretien était adaptée en fonction des informations recueillies au préalable. Nous présentons ainsi dans un premier temps les grilles d'entretien génériques en français et en anglais, qui constituent une 'base' pour la préparation des entretiens spécifiques, dont nous donnons par la suite deux exemples (un en français et l'autre en anglais).

Grille d'entretien générique en Français

1) Principaux acteurs et problématiques

- Pouvez-vous m'en dire plus à propos de votre travail/de votre rôle dans (...) réforme ? En telle année, (...) initiative a été publiée, pourquoi avez-vous décidé de travailler là-dessus à ce moment-là ? Sur quoi travaillez-vous au quotidien ?
- Êtes-vous en relation avec les pouvoirs publics ?/Comment travaillez-vous avec les autres personnes en charge de l'e-santé au sein du/des Ministère(s) ?
- Qui sont pour vous les principaux freins/moteurs à l'e-santé ?
- Diriez-vous qu' l'e-santé est un sujet politisé ? Pourquoi ? Pouvez-vous observer des changements lors des alternances de Ministres ?
- Est-ce que le sujet de l'e-santé est discuté dans les médias ? De manière positive ou négative ? Cela vous paraît-il approprié ?

2) Le sujet européen

- J'ai pu trouver des références à l'UE dans (...) document de politique publique, pourquoi ces références au niveau européen ?/J'ai remarqué qu'il existait (...) instrument européen dans le domaine de l'e-santé, en connaissiez-vous l'existence ? Est-ce que cela a été pris en compte dans votre travail ?
- De manière générale, pensez-vous que l'Union européenne est un acteur important des politiques d'e-santé ? Pourquoi ?
- Y-a-t-il certains acteurs que vous sentez particulièrement connectés au niveau européen ? Pourquoi ? Avez-vous l'impression que les acteurs de (...) institution sont favorables à l'UE ? Et dans le domaine de l'e-santé ?
- De manière générale, pensez-vous que l'OMS/OCDE soit un acteur important des politiques d'e-santé ?

3) Participation au niveau européen

- Participez-vous à des projets/initiatives/réseaux/conférences au niveau européen ?
- Qu'est-ce que vous apporte concrètement la participation à ces initiatives ?

Grille d'entretien générique en Anglais

1) Actors and issues

- Can you tell me more about your work and the organisation you are working for?
- In (...) year, a lot of initiatives were taken as regards eHealth/you started to work on (...) aspect of eHealth policies. What happened at this time that could explain these initiatives in eHealth? How did you process with this work?
- How often are you in contact with public officials/how do you work with other eHealth public officials? Who are you in contact with, and through which channel precisely?
- Who would you describe as the main supporter of eHealth policies? Why? Who would you describe as the main opponents? Why?
- Would you say that eHealth is a politicized issue? Do you observe changes in the eHealth policy related to changes of Minister for Health?
- Is eHealth discussed in the media (general/specialized)? If yes, is it presented positively or negatively? Do you think the way eHealth is handled by the media is fit for purpose?

2) Policy-making and the European Union

- I could notice that the EU produced (...) instrument, or organized (...) event, was any of this taken into account during your work?
- More generally, would you describe the EU as an important political actor of the eHealth area? Why?
- Is there any national actor that you think is very connected to the EU level? Why?/Do you think that people within the (...) organisation are favorable to the European Union in general? And in the case of eHealth?
- Would you describe the World Health Organisation/OECD as an important actor of eHealth policies? Why?

3) Participation at the European level

- Do you participate in European eHealth networks/projects/meetings/ working group/conferences? Why/why not?

- Is it useful to participate in such events/groups/networks? In practice, what are the benefits?

Exemple de questionnaire appliqué en français

1) Principaux acteurs et problématiques

- Tout d'abord, en quoi consiste exactement votre mission (*nom de la mission*) à la (*service du Ministère*) ? Rapport avec (*un autre comité*) ?
- J'imagine que vous êtes en lien avec le Ministère de la Santé sur ces questions, comment cela se passe-t-il ? (concrètement + défendez-vous des visions différentes de l'e-santé ?)
- Que demandent précisément les entreprises dans le secteur de l'e-santé par rapport aux pouvoirs publics ? Y-a-t-il des demandes différentes selon les entreprises (tailles, marché visé etc.) ? Ou demandes uniformes ?
- Qui sont, selon vous, les principaux soutiens/ opposants à l'e-santé en France ?
- Diriez-vous que l'e-santé est un sujet politisé ? Pourquoi ? (changement droite/gauche, campagnes) ?

2) Le sujet européen

- J'ai vu que vous avez publié un article dans les Annales des Mines l'année dernière, intitulé « Marché unique européen ... ». Vous parlez, au cours de l'article, finalement assez peu du marché unique européen. Je voulais donc savoir pourquoi vous aviez articulé ces deux objets, marché unique et politique de santé.
- On dit souvent que les entreprises préféreraient avoir de la réglementation européenne, surtout dans ces domaines comme la santé où il y a de grandes variations entre les systèmes d'un pays à l'autre. Est-ce vraiment le cas ? Pour tous types d'entreprises ?
- Pensez-vous que le développement de standards européens dans le domaine de l'e-santé soit une bonne chose ? Pourquoi ? Essayez-vous d'œuvrer dans ce sens dans votre travail ? Comment ?
- Y-a-t-il des acteurs, dans le domaine de l'e-santé, que vous sentez très connectés à ce qu'il se passe à Bruxelles ? Lesquels et pourquoi ?
- Globalement, diriez-vous que l'Union européenne est un acteur important des politiques d'e-santé ?
- Et que pensez-vous de l'OMS dans ce domaine ?
-

3) Participation au niveau européen

- Participez-vous à des projets, réseaux, groupes, conférences européennes ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela vous apporte concrètement ?
- Y-a-t-il des services à la (*nom du service*) qui font le lien entre politiques européennes d'e-santé et politique nationale d'e-santé ? (Préciser)

Exemple de questionnaire appliqué en anglais

1) Actors and issues

- So, you're working as (*name of the function*) since 2009 is that right? How would you describe your job in a few words? Have your missions evolved since 2009? How precisely?
- Are you a lot of people to work on ICT at the (*name of the institution*)?
- How is the work organized between the (*name of the institution*) and the (*name of another institution*)? Who does what precisely?
- Are you in contact with the Minister of Health's office? Any other Minister's office? But I guess you need to have the support or the approval of a political person to launch a eHealth strategy for instance?
- I could understand that you are currently working on a Draft for (...). What's your objective with this framework?
- Who would you describe as the main supporter of eHealth policies? Why? The main opponents? Why?
- Would you say that eHealth is a politicized issue? (electoral campaigns...). Was there a change with the (*name of a party*) winning the elections in (*date*)?
- Is eHealth discussed in the media (general/specialized)?
- Despite all the public initiatives in the eHealth area, I don't really see what was done in terms of concrete infrastructure today. Do you agree with this?

2) Policy-making and the European Union

- I feel that, since (*date*), there are a lot of national initiatives as regards eHealth, like the (*name of a strategy*) and the creation of (*name of an entity*).
 - 1) So first, in your opinion, what happened precisely in (*date*) that could explain this renewed interest from the government for eHealth policies?
 - 2) I could find a speech from the former Prime Minister (*name of the Minister*) to the European Commission (I guess) from june (*year*), in which he says that the

'eHealth Action Plan 2012-2020' is "a coherent roadmap allowing us to utilise and develop eHealth to address some of the most pressing health systems challenges in the first half of the 21st century. This should become the vision for all of us." Actually I was a bit surprised because first it's quite rare that the Prime Minister in any countries deals directly with this issue of eHealth. So I was wondering if in (*date*), there was a particular impetus coming from the Prime Minister to develop a eHealth strategy? Did you know about this speech?

- In (*date*), there was the EU eHealth week in (*name of the city*), which is a quite big event I guess. Was it an important event for the eHealth "ecosystem" at this time? Why? Did you participate in it? Were there top-level elected officials present at this conference (like the Minister for Health for instance)? Did the government make a request to have a eHealth strategy ready to present at this event?
- More generally, would you describe the EU as an important political actor of the eHealth area? Why?
- Is there any actor that you feel very connected to the EU level?
- Do you think that people within the Ministry of health are favorable to the European Union in general? And in the case of eHealth?
- Would you describe the World Health Organisation as an important actor of eHealth policies? Why?

3) Participation at the European level

- As you know, there are different groups on eHealth at the EU level. I could see that you are directly involved in the (*name of a European group*), and the (*name of another European group*). Do you also participate in (*name of another European group*)?
- Is the participation to this European level a great part of your work? Do you think that you have sufficient resources to deal with it?
- About the (*name of a European project*), in which you take part, the aim of the project is to create the concrete infrastructures to connect Electronic Health Records, mainly Patient Summaries and ePrescriptions between European countries. But today, you don't have such national infrastructure. How do you intend to deliver for the project? How do you deal with that?
- Why do you think it is important to be part of European initiatives?

Annexe 3. Liste des sources documentaires

France

Type de source	Date	Nom du document	Lien web (si approprié)
Lois, documents de politique publique, réglementation	1996	Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins	
	1998	Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes	
	1998	Arrêté du 22 avril 1998 portant nomination d'un chargé de mission pour l'informatisation du système de santé, JORF n°97 du 25 avril 1998 page 6393	
	2002	Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	
	2005	Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes	
	2009	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, 22 juillet 2009	
	2009	HAS (2009). <i>Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale</i> . Paris : Publications de la HAS.	
	2009	Arrêté du 8 septembre 2009 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public, JORF n°0213 du 15 septembre 2009 Texte n° 15	
	2011	Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011	

	2011	Décret n° 2011-496 du 5 mai 2011 portant création d'une délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé auprès des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des solidarités et de la cohésion sociale	
	2012	Haute Autorité De Santé (2012). <i>Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012</i> . Paris: Haute autorité de Santé.	
	2013	ASIP, HAS (2013). <i>Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale</i> . Paris: ASIP/HAS.	
	2016	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016	
Rapports	2000	Haehnel Pierre (2000). <i>Volet Médical et carte de santé européenne</i> . Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2000.	
	2002	Salais, Robert, Gilles Raveaud et Mathieu Grégoire (2002). <i>L'évaluation de l'impact de la Stratégie Européenne pour l'Emploi. Etude pour la DARES</i> . Paris : Ministère du Travail, Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques	
	2003	Fieschi Marius (2003). <i>Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins</i> .	
	2004	Cour des comptes (2004). <i>La Sécurité sociale</i> . Paris : publications de la Cour des Comptes.	
	2007	Mission interministérielle de revue de projet sur le Dossier Médical Personnel (DMP). <i>Rapport sur le Dossier Médical Personnalisé (DMP)</i> . Paris, Novembre 2007	

Annexe 3. Liste des sources documentaires

2007	Jégou, Jean-Jacques (2007). <i>Rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur le suivi du référé de la Cour des comptes concernant l'interopérabilité des systèmes d'information de santé.</i> Rapport d'information du Sénat n° 35 (2007-2008).	
2007	LESISS et SNITEM (2007). <i>Le DMP au point mort - Pour la relance d'un projet d'intérêt national.</i>	http://www.lesiss.org/offres/file_inline_src/445/445_P_15191_2.pdf
2008	Door, Jean-Pierre (2008). <i>Rapport d'information sur le Dossier médical personnel.</i> Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale.	
2009	Gagneux, Michel (2009). <i>Douze propositions pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action publique dans le domaine des systèmes d'information de santé. Rapport à madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports.</i>	
2009	Cour des Comptes (2009). <i>Rapport public annuel.</i> Paris : publications de la Cour des Comptes.	
2010	Gros, Jeannette (2010). <i>Santé et nouvelles technologies de l'information. Rapport du Comité Economique et Social.</i> Paris : Presses Universitaires de France.	
2012	Cour des Comptes (2012). <i>Le coût du Dossier Médical Personnel depuis sa mise en place.</i> Paris : publications de la Cour des Comptes.	
2015	Chevreul, Karine, Karen Berg Brigham, Isabelle Durand-Zaleski et Cristina Hernández-Quevedo (2015). 'France Health system review', <i>Health Systems in Transition</i> , 17(3), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies.	
2019	Direction de la Sécurité Sociale (2019). <i>Les chiffres clés de la Sécurité Sociale 2018.</i> Paris : publications du Ministère des Solidarités et de la	https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2019/CHIFFRES%20CLES%202019.pdf

Annexe 3. Liste des sources documentaires

		Santé.	
Presse et communiqués de presse	1983	Claude Régent (1983), 'Des cartes de santé individuelles " à mémoire " seront expérimentées en France', <i>Le Monde</i> , 21.11.1983.	
	2004	Interview du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille Philippe Douste-Blazy sur TF1, le 3 mai 2004. Source : Archives INA.	
	2004	Conseil des ministres du 16 juin 2004, 'La réforme de l'assurance maladie'.	http://discours.vie-publique.fr/notices/046003559.html [Site web archivé]
	2007	Benkimoun Paul, Sandrine Blanchard et Michel Delberghe. 'Mme Bachelot « On ne peut pas lier mécaniquement dépenses et performances du système de santé »'. <i>Le Monde</i> , 22 juin 2007	
	2007	Landrin, Sophie. 'En Rhône-Alpes, une expérience pilote de mise en œuvre du DMP'. <i>Le Monde</i> , 13 novembre 2007.	https://www.lemonde.fr/talents-fr/article/2007/11/13/en-rhone-alpes-une-experience-pilote-de-mise-en-oeuvre-du-dmp_933158_3504.html
	2008	Communiqué suivant le Conseil des ministres du 22 octobre 2008, 'Réforme de l'hôpital, patients, santé et territoires'.	https://www.vie-publique.fr/discours/172679-conseil-des-ministres-du-22-octobre-2008-reforme-de-lhopital-patients ;
	2010	TIC Santé. 'L'Asip attribue l'hébergement du DMP au consortium Atos Origin-La Poste'. 19/02/2010	https://www.ticsante.com/story/559/1%E2%80%99asip-attribue-1%E2%80%99hebergement-du-dmp-au-consortium-atos-origin-la-poste.html
	2016	Haute Autorité de Santé (2016). 'Diabète : deux nouvelles technologies pour faciliter le suivi et la prise en charge', <i>Communiqués de presse de la Haute Autorité de Santé</i> .	https://www.has-sante.fr/jcms/c_2669921/fr/diabete-deux-nouvelles-technologies-pour-faciliter-le-suivi-et-la-prise-en-charge
	2020	Khan, Mehreen et Leila Abboud (2020). 'EU contact tracing scheme will not include French app', <i>Financial Times</i> .	https://www.ft.com/content/6f9845e2-4c1f-48a2-be98-357809168aeb
	2020	France 24 (2020). 'France's Covid-19 tracing app hard to link to others, EU official says', <i>France 24</i> .	https://www.france24.com/en/20200617-france-s-covid-19-tracing-app-hard-to-link-to-others-eu-official-says
	2020	Frachon, Alain (19.03.2020). '« La crise du coronavirus doit amener l'Europe à changer de logiciel économique »', <i>Le Monde</i> .	https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/03/19/la-crise-du-coronavirus-doit-amener-l-europe-a-changer-de-logiciel-economique_6033664_3232.html

Annexe 3. Liste des sources documentaires

	2020	France Info (09.04.2020). ‘Coronavirus : quatre signes de l'impuissance de l'Union européenne face à l'épidémie de Covid-19’, <i>France Info</i> .	https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-quatre-signes-de-l-impuissance-de-l-union-europeenne-face-a-l-epidemie-de-covid-19_3906805.html
	2020	Da Empoli, Giuliano (11.05.2020). ‘L'Europe face au Covid-19, triste première impression’, <i>Le Monde</i> .	https://www.liberation.fr/debats/2020/05/11/l-europe-face-au-covid-19-triste-premiere-impression_1787297
	2020	Arama, Valentine (2020). ‘Face au coronavirus, le boom des téléconsultations’, <i>Le Point</i> .	https://www.lepoint.fr/sante/face-au-coronavirus-le-boom-des-teleconsultations-02-04-2020-2369810_40.php
Comptes-rendus parlementaires	1995	Discours d’Alain Juppé du 15 novembre 1995 : ‘Déclaration de politique générale de M. Alain Juppé, Premier ministre, sur son plan de réforme de la protection sociale, à l'Assemblée nationale le 15 novembre 1995’.	https://www.vie-publique.fr/discours/153545-declaration-de-politique-generale-de-m-alain-juppe-premier-ministre-s
	2004	Comptes rendus de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie Session 2003-2004	http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-spec-assurance-maladie/03-04/index.asp
	2004	Audition, ouverte à la presse, de M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, et de M. Xavier Bertrand, secrétaire d’État à l'assurance maladie, Comptes rendus de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie, jeudi 17 juin 2004.	http://www.assemblee-nationale.fr/12/cr-spec-assurance-maladie/03-04/c0304002.asp
	2009	Audition, ouverte à la presse, de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, et Mme Valérie Létard, secrétaire d’État chargée de la solidarité, sur le projet de loi portant réforme de l’hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, 28.01.2009.	http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-cafc/08-09/c0809034.asp
Autres	1993	Smith Jack (1993). <i>Smart cards news</i> . February 1993. 2:2.	
	1996	Loth, André (1996). ‘Systèmes d'information et cartes de santé’, <i>Droit Social</i> , numéro spécial septembre-octobre., n°9-10, pp. 829-835	

Annexe 3. Liste des sources documentaires

	2007	HL7 France et H' (2007). <i>Guide d'implémentation du Volet Médical format CDA Release 2 – Niveau 3</i> .	
	2014	Robin Jean-Yves (2014). <i>L'urgence numérique</i> . Paris : L'Harmattan.	
	2016	Correspondance interne ASIP, DSSIS et HAS, 19.01.2016-31.08.2016	
	2018	Talbot, Richard (2018). 'Sans Volet de Synthèse Médicale, le DMP ne sert à rien', article publié sur le site de la Fédération des Médecins de France (FMF) le 23/11/2018	
	2019	Le Généraliste. 'Comment gérer le DMP de ses patients ?', 08/02/2019	https://www.legeneraliste.fr/installation/article/2019/02/08/comment-gerer-le-dmp-de-ses-patients-317463?xtor=EPR-6-%5BNL_installation%5D-20190208&utm_campaign=NL_installation&utm_source=gen&utm_content=20190208&utm_medium=newsletter
	2019	Calipso, CNAMTS (2019). <i>PEM2D / E-Prescription Point d'avancement de l'expérimentation et perspectives</i> . Présentation dans le cadre de la journée des métiers FHP-MCO.	http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2019/04/05-PPT-Dr-C.-MORVAN-E-Prescription-28-03-2019.pdf

Autriche

Type de source	Date	Nom du document	Lien web (si approprié)
Lois, documents de politique publique, réglementation	2005	Convention en vertu de l'article 15a B-VG sur l'organisation et le financement du système de soins de santé (2005)	
	2007	Pfeiffer Karl P. (2007). <i>Recommendation for an Austrian e-Health Strategy: An information and communication strategy for a modern Austrian healthcare system (Empfehlung für eine österreichische e-Health Strategie Eine Informations- und Kommunikationsstrategie für ein modernes österreichisches Gesundheitswesen.)</i> .	
	2012	Traduction anglaise de la loi ELGA de 2012	https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Erv&Dokumentnummer=ERV_2012_1_111
	2012	Note explicative accompagnant le projet de loi ELGA (2012).	https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_01936/fna_me_271569.pdf
	2015	ELGA,HL7 (2015). <i>Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'ELGA CDA. HL7 Guide mise en œuvre pour CDA® R2 : e-Medication pour un usage au sein du système de santé autrichien [1.2.40.0.34.7.8.6]</i> . Vienne : Publications d'ELGA.	
	2015	ELGA GmbH (2015) . <i>HL7 Implementation Guide for CDA® R2: e-Medikation</i> . Vienne : Publication d'ELGA.	
	2018	Sabutsch Stefan, Sonja Leder et Silvia Winker (2018). <i>Normes et Standards pour un résumé patient autrichien</i> . Disponible sur : https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary#Hinweis_auf_verwendete_Grundlagen	
Rapports	2006	IBM (2006). Étude de faisabilité sur l'introduction du dossier médical électronique (ELGA) dans le système de soins de santé autrichien. Commande de l'Agence Fédérale pour la Santé.	

Annexe 3. Liste des sources documentaires

	2013	Ministère de la Santé (2013). 'The Austrian Healthcare system. Key Facts'.	http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf
	2013	Hofmarcher Maria M. (2013). 'Austria Health system review', <i>Health Systems in Transition</i> , 15(7), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies	
	2013	ELGA (2013). <i>Rapport sur le statut Clinical Document Architecture</i> . Vienne : Publications d'ELGA.	
	2015	Ministère de la Santé (2015). <i>Quelles sont les nouveautés en 2015 ? Nouvelles réglementations, données et faits (Was ist neu im Jahr 2015? Neuregelungen, Daten & Fakten)</i> . Vienne : Publication du Ministère Fédéral pour la Santé	
	2015	Philippi Theresa (2015). <i>The Electronic Health Record (ELGA) in Austria</i> . Vienne: Publications d'ELGA GmbH	
	2018	Bachner Florian et al. (2018). 'Austria: Health system review' in <i>Health Systems in Transition</i> , 20:3.	
Presse et communiqués de presse	2003	Archive APA du 27.10.2003	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031027_OT0167/schuessel-klares-ja-zur-reform-des-gesundheitswesens
	2003	Archive de presse APA du 10.11.2003	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031110_OT0066/5-spannenkuerzungen-bei-apotheken
	2003	Archives de presse APA du 18.12.2003	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031218_OT0111/lackner-chaos-bei-chipkarte-fuehrte-angeblich-zu-ruecktritt-des-gesamten-aufsichtsrates-der-chipkarten-gesellschaft
	2004	Archive de presse APA du 03.06.2004	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20040603_OT0067/e-card-lackner-kritisiert-belastung-ohne-leistung
	2004	Archives APA du 29.09.2004	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050929_OT0301/tancsits-bures-betreibt-panikmache-und-verdreht-fakten
	2005	Archives APA du 04.06.2005	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050604_OT0010/einladung-zum-pressegesprach-wien-begruess-die-e-card-daten-fakten-demonstration-des-echtbetriebes

Annexe 3. Liste des sources documentaires

	2005	Archives APA du 07.06.2005	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050607_OTSO159/aeenderung-gesundheitskarte-e-card-vorteile-und-veraenderungen-fuer-patientinnen-aerztinnen-und-dienstgeberinnen
	2005	Archives APA du 27.09.2005	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050927_OTSO168/e-card-scharfe-kritik-haiders-an-pleiten-pech-und-pannenserie-sowie-ignorierten-rh-bericht
	2005	Archives de presse APA du 27.10.2005	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20051027_OTSO195/rauch-kallat-datenschutz-im-gesundheitswesen-ist-sichergestellt
	2005	Archive APA OTS du 07.11.2005	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20051107_OTSO056/rauch-kallat-keine-verzoegerungen-beim-strukturplan-gesundheit
	2005	Archive de presse APA du 20.11.2005	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20051120_OTSO030/kraeuter-gagenskandal-im-hauptverband-rauch-kallat-politisch-verantwortlich
	2011	Archive APA OTS du 26.05.2011, Communiqué de presse du SPÖ	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20110526_OTSO259/gesundheitsminister-alois-stoeger-eroeffnet-tagung-ehealth2011
	2011	Archive APA OTS du 02.11.2011, Communiqué de presse de l'Ordre des médecins autrichien	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20111102_OTSO037/aerztekammer-informiert-bevoelkerung-ueber-gefahren-durch-elga
	2011	Archives APA OTS du 25.11.2011, Communiqué de presse du Ministère de la Santé	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20111125_OTSO200/stoeger-wichtige-beschluesse-in-der-bundesgesundheitskommission-erreicht
	2011	Archive APA OTS du 28.11.2011	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20111128_OTSO123/elektronische-gesundheitsakte-elga-oesterreichs-patienten-haben-ein-recht-auf-einen-qualitaetsschub-im-gesundheitswesen
	2012	Archives APA OTS du 16.02.2012, Communiqués de presse de l'Ordre des médecins autrichien	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120216_OTSO110/elga-kosten-hoeher-als-einsparungen-1; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120216_OTSO114/elga-kosten-hoeher-als-einsparungen-2;
	2012	Archives APA OTS du 15.03.2012	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120315_OTSO119/elga-expertentagung-1 ; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120315_OTSO205/elga-expertentagung-2 https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120315_OTSO243/elga-fachtagung-3

Annexe 3. Liste des sources documentaires

	2012	Archive APA du 10.05.2012, Communiqué de presse de la Fédération des institutions de sécurité sociale autrichiennes	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120510_OTSO124/e-medikation-wissenschaftliche-evaluierung-des-pilotprojekts-bestaetigt-hohen-patientennutzen
	2012	Archive APA OTS du 04.06.2012, Communiqué de presse de la Fédération des institutions de sécurité sociale autrichiennes	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120604_OTSO198/hauptverband-mit-dem-elga-gesetz-kann-die-e-medikation-oesterreichweit-umgesetzt-werden
	2012	Archive APA OTS du 08.06.2012	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120608_OTSO112/mit-mehr-personal-statt-mehr-edv-liessen-sich-zahlreiche-probleme-bewaeltigen
	2012	Archive APA OTS du 18.06.2012	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120618_OTSO174/stoeger-erfreut-ueber-grosse-zustimmung-zu-elga
	2012	Archives APA OTS du 20.07.2012 et du 12.09.2012, Communiqués de presse de l'Ordre des médecins autrichien	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120720_OTSO175/elga-gespraech-zwischen-gesundheitsministerium-und-aerztekammer ; https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120912_OTSO124/elga-aerztekammer-zieht-bilanz-aus-expertengespraechen-1
	2012	Archives APA OTS du 26.07.2012	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20120726_OTSO023/elga-aerztekammer-geht-in-die-naechste-informationsoffensive-bild
	2012	Archive APA OTS du 08.10.2012, Communiqué de Presse de la Chambre des pharmaciens autrichienne	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121008_OTSO243/elga-apotheker-begruessen-politische-einigung
	2012	Archive APA OTS du 08.10.2012, Communiqué de presse du Club parlementaire des Verts	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121008_OTSO157/oellinger-elga-fuer-missbrauch-von-innen-und-aussen-offen
	2012	Archives APA OTS du 25.10.2012, Communiqué de l'Association médicale autrichienne	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121025_OTSO132/aerztekammer-zu-elga-es-ist-noch-viel-zu-tun
	2012	Archives APA OTS du 02.11.2012	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121102_OTSO062/mehr-als-100000-oesterreicher-haben-bislang-gegen-elga-unterschrieben
	2012	Archive APA OTS du 13.11.2012, Communiqué de presse du Club Parlementaire ÖVP	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121113_OTSO221/rasinger-elga-ist-chance-aber-auch-risiko
	2012	Archive APA OTS du 13.11.2012, Communiqué de presse du Club parlementaire du FPÖ	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121113_OTSO208/fpoe-karlsboeck-elga-bringt-totale-ueberwachung-fuer-patienten
	2012	Archive APA OTS du 15.11.2012, Communiqué de presse de la Fédération des institutions de sécurité sociale autrichiennes	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121115_OTSO121/krankenkassen-werden-heuer-mit-einem-positiven-jahresergebnis-abschliessen

Annexe 3. Liste des sources documentaires

	2012	Archive APA OTS du 21.11.2012, Communiqué de presse du Club parlementaire du FPÖ	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121121_OTS0100/fpoe-karlsboeck-fpoe-steht-voll-hinter-patienten-und-aerzteprotest
	2012	Archive APA OTS du 28.11.2012, Communiqué de presse de l'Association médicale autrichienne	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20121128_OTS0112/wiener-aerztekammer-beschliesst-verfassungsrechtliche-pruefung-von-elga
	2003	Archive de presse APA, compte-rendu des débats parlementaires du 28.11.2003	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031128_OTS0239/aerztegesetz-einstimmig-im-ausschuss-angenommen-opposition-moiert-herausnahme-der-qualitaetskontrolle-aus-asvg
Comptes-rendus parlementaires	2003	Archive de presse APA, compte-rendu des débats parlementaires du 10.12.2003	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20031210_OTS0186/rauch-kallat-gesundheitsreform-im-juli-naechsten-jahres-plenumsreif-aktuelle-aussprache-im-sozialausschuss
	2004	Archives APA du 19.04.2004, compte rendu de séance parlementaire	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050419_OTS0226/rauch-kallat-zeitplan-fuer-einfuehrung-der-e-card-wird-eingehalten-rechnungshofausschuss-befasst-sich-mit-e-card-projekt
	2005	Archives APA OTS du 19.04.2005, compte-rendu des débats parlementaires	https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20050419_OTS0226/rauch-kallat-zeitplan-fuer-einfuehrung-der-e-card-wird-eingehalten-rechnungshofausschuss-befasst-sich-mit-e-card-projekt
	2012	Correspondance parlementaire n 240 du 29 mars 2012, 'Conseil national: questions courantes au ministre de la Santé. ELGA doit être mis en œuvre à partir de juillet 2013'.	https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2012/PK0240/index.shtml
	2012	Correspondance parlementaire no 901 du 13 novembre 2012, 'Le Conseil national donne son feu vert aux dossiers de santé électroniques . Cependant, ELGA reste controversé'.	https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2012/PK0901/index.shtml
Sites	.	Site web d'ELGA	https://www.elga.gv.at/elga-die-elektronische-gesundheitsakte/elga-im-ueberblick/
	.	Site archivé du 'groupe de travail' ELGA	http://www.arge-elga.at/index.php?id=24
	.	Site officiel de la e-card	https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.727761&portal=ecardportal

Annexe 3. Liste des sources documentaires

Autres	2012	Stefan Sabutsch (2012), 'Interopérabilité sémantique et Patient Summary dans ELGA', support de présentation lors d'une réunion à ELGA GmbH.	: https://docplayer.org/11815339-Semantische-interoperaet-und-das-patient-summary-in-elga.html
	2017	Stefan Sabutsch (16.04.2017). 'Patient Summary. National and international status'. Support de présentation dans le cadre d'une réunion HL7	https://docplayer.org/80329913-Hl7-jahrestagung-wien-dr-stefan-sabutsch.html
	2017	Lettre du Ministère de la Santé à la Chambre fédérale économique autrichienne (WKÖ), 11.06.2017	
	2018	Support de présentation de la stratégie d'e-santé autrichienne au réseau e-santé, Bruxelles, 15.05.2018.	https://ec.europa.eu/health/ehealth/events/ev_20180515_en

Irlande

Type de source	Date	Nom du document	Lien web (si approprié)
Lois, documents de politique publique, réglementation	2000	North Western Health Board (2000). <i>Health informatics: a strategy for the North Western Health Board.</i>	
	2001	Department of Health (2001), <i>Quality and Fairness, a Health System for you.</i> Dublin : Publications du Department of Health	
	2004	Information Society Commission (2004). <i>An e-Healthy State?</i> ,Dublin : Publications de l'Information Society Commission	
	2004	Department of Health (2004). <i>Health Information. A National Strategy.</i> Dublin : publications du Department of Health	
	2004	Health Boards Executive (2004). <i>Embedding the e in health. A Strategic ICT Framework for the Irish Health System.</i> Dublin : Publications from the Health Service Executive.	
	2012	HIQA (2012). <i>EPrescribing and Electronic Transfer of Prescriptions: an International Review.</i> Dublin : publications de l'HIQA.	
	2013	Health Service Executive, Department of Health (2013). <i>eHealth strategy for Ireland.</i> Dublin, publications du HSE et du Department of Health.	
	2015	HIQA (2015). <i>ePrescription dataset and clinical document architecture standard.</i> Dublin : publications de l'HIQA.	

	2016	HIQA (2016). <i>International Review of Summary Care Records</i> . Dublin : publications de l'HIQA.	
	2016	Health Service Executive, Office of the CIO (2016). <i>National Electronic Health Record. Strategic Business case</i> . Dublin : Publications du Health Service Executive.	
	2018	HIQA (2018). <i>National Standard on information requirements for a national electronic patient summary</i> . Dublin : publications de l'HIQA.	
	2019	Department of Health, Irish Medical Organisation and the Health Service Executive (2019). <i>Terms of Agreement between the Department of Health, the HSE and the IMO regarding GP Contractual Reform and Service Development</i> .	
Rapports	2009	McDaid, David, Miriam Wiley, Anna Maresso and Elias Mossialos (2009). 'Ireland Health system review', <i>Health Systems in Transition</i> , 11(4), Bruxelles : European Observatory on Health Systems and Policies	
	2001	Deloitte & Touche Organization (2001). <i>Value for money audit of the Irish health system</i> . Dublin, Deloitte & Touche Organization.	
	2003	Brennan Niamh (2003). <i>Commission on financial management and control systems in the health service</i> . Dublin, Stationery Office.	
	2003	Prospectus (2003). <i>Audit of structures and functions in the health system</i> . Dublin, Stationery Office.	
	2012	Thomson, Sarah, Matthew Jowett and Philipa Mladovsky (2012). <i>Health system responses to financial pressures in Ireland</i> . Report from	

Annexe 3. Liste des sources documentaires

		the European Observatory of Health Systems and Policies (WHO).	
Presse et communiqués de presse	2000	Department of Health, Communiqué de presse du 27/11/2000	https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-martin-addresses-the-national-health-information-conference/ [Archives du web].
	2001	Southern Health Board (2001). 'Southern Health Board first in Europe to win eGovernment Award'. Press release.	http://www.shb.ie/content261271079_1.cfm [Site Web archivé]
	2001	Department of Health, 'New Health Strategy to focus on people, quality, fairness', Press release, 26.11.2001.	https://health.gov.ie/blog/press-release/new-health-strategy-to-focus-on-people-quality-fairness/ [Archives du web]
	2001	Department of Health, 'Speech by Mr. Micheál Martin TD – Launch of Health Strategy', Press release, 26.11.2001.	https://health.gov.ie/blog/speeches/speech-by-mr-micheal-martin-td-launch-of-health-strategy/ [Archives du web]
	2004	Department of Health. 'Martin outlines plans for Health Presidency', Press releases, 07.01.2004	
	2004	Department of Health, 'Minister Martin opens the 2nd EU eHealth Conference', Press release, 05.05.2004	
	2004	Department of Health. 'Meeting of the European Council of Ministers with responsibility for Health'. Press release 02.06.2004	
	2013	Discours du Premier Ministre Irlandais du 07.06.2013, "eHealth Action Plan should be vision for all of us".	https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/irish-prime-minister-ehealth-action-plan-should-be-vision-all-us
	2013	Department of Health. 'Minister Reilly publishes eHealth Strategy for Ireland', Press release, 13.12.2013	https://health.gov.ie/blog/press-release/minister-reilly-publishes-ehealth-strategy-for-ireland/
	2013	Irish Presidency Declaration, eHealth Ministerial Conference 2013 , Dublin 13-15 May 2013	http://eu2013.ie/media/eupresidency/content/documents/eHealth-Irish-Presidency-Declaration-13.05.13.pdf
Comptes-rendus	2002	Débat du Dáil Éireann– Mercredi 17 avril 2002	https://www.oireachtas.ie/en/debates/debate/dail/2002-04-17/232/

Annexe 3. Liste des sources documentaires

parlementaires	2004	Débat du Dáil Éireann– Mardi 27 janvier 2004	https://www.oireachtas.ie/en/debates/debate/dail/2004-01-27/11/
	2013	Débats du Dáil Éireann – Jeudi 18 juillet 2013	https://www.oireachtas.ie/en/debates/question/2013-07-18/700
	2012	Débats du Dáil Éireann – Jeudi 14 Novembre 2013	https://www.oireachtas.ie/en/debates/question/2013-11-14/196
Sites	.	Department of Health, ‘Health Identifiers and Information’	https://health.gov.ie/future-health/tackling-the-capacity-deficit/individual-health-identifiers/ [Site web archivé]
	.	Department of Health. ‘eHealth’, [12.07.2019]	https://health.gov.ie/future-health/tackling-the-capacity-deficit/ehealth/ [Site web archivé]
	.	Site de la conférence européenne de l’e-santé de 2004	http://www.ehealthconference2004.ie/ [Site web archivé]
	.	Site d’ECHAlliance	https://echalliance.com/ecosystems/

Union européenne/international

Type de source	Date	Nom du document	Lien web (si approprié)
Lois, documents de politique publique, réglementation	1996	Commission européenne (1996). 'Top Decision Makers Survey Summary Report'	https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/top/top_en.htm
	1999	Communication du 8 décembre 1999, concernant une initiative de la Commission pour le Conseil européen extraordinaire de Lisbonne des 23 et 24 mars 2000: eEurope - Une société de l'information pour tous [COM(1999) 687 final - Non publié au Journal officiel]	
	2000	Version préliminaire du plan d'action eEurope 2002 – Une société de l'information pour tous, préparé par la Commission européenne en vue du Conseil européen de Feira du 19 et du 20 juin 2000 [COM (2000) 330 final]	
	2002	Communication du 28.05.2002 de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité Economique et Social et au Comité des régions, 'eEurope 2005 – Une société de l'information pour tous', plan d'action à présenter en vue du Conseil européen de Séville des 21 et 22 juin 2002 [COM(2002) 263 final]	
	2004	Communication de la commission au conseil, au parlement européen, au comité économique et social européen et au comité des régions, 'Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne', 30.04.2004, [COM (2004) 356 final]	
	2004	Commission Staff Working Paper accompanying the Commission's Communication COM (2004) 356 final, available in the HTML version of the Communication only	http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX:52004DC0356
	2008	Recommandation de la commission du 2 juillet 2008 sur l'interopérabilité transfrontalière des systèmes de dossiers informatisés	

		de santé [notifiée sous le numéro C(2008) 3282] (2008/594/CE)	
	2011	Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers	
	2013	Guidelines on minimum/nonexhaustive Patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border Directive 2011/24/eu, release 1, adoptées par le réseau e-santé le 19.11.2013	
	2014	Guidelines on ePrescriptions dataset for electronic exchange under cross-border directive 2011/24/eu, release 1, adoptées par le réseau e-santé le 18.11.2014	
	2016	Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU, Release 2, Patient Summary for unscheduled care, adoptée par le réseau e-santé le 21.11.2016	
	2016	Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU, Release 2, ePrescriptions and eDispensations, adoptée par le réseau e-santé le 21.11.2016	
Rapports	2007	European Commission DG Information Society and Media. <i>Final Evaluation of eEurope 2005. Evaluation of MODINIS and MODINIS Extension</i> . April 2007.	
	2010	Stroetmann, Karl A., Jörg Artmann and Sarah Giest (2010). 'Country Brief: Germany', <i>Rapport dans le cadre du projet eHealth Strategies</i> . Bruxelles : Commission européenne.	http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Germany_CountryBrief_eHS_12.pdf
	2010	Corbellini Angel M., Sarah Giest, Jörg Artmann, J. Heywood and Jos Dumortier (2010). 'Country Brief : Spain.', <i>Rapport dans le cadre du projet eHealth Strategies</i> . Bruxelles : Commission européenne.	http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Spain_CountryBrief_eHStrategies.pdf
	2010	Devlies, Jos, U. Walossek, Jörg Artmann, Sarah Giest and Jos Dumortier (2010). 'Country Brief: Belgium', <i>Rapport dans le cadre du projet eHealth Strategies</i> . Bruxelles : Commission européenne.	: http://www.ehealth-strategies.eu/database/documents/Belgium_CountryBrief_eHStrategies.pdf
	2014	Deloitte (2014). <i>Interim evaluation of the eHealth Action Plan 2012-2020</i> . Bruxelles : Union européenne	

Annexe 3. Liste des sources documentaires

Sites	.	Site du projet EXPAND	https://cordis.europa.eu/project/id/620980
	.	Site de la troisième réunion du réseau e-santé (Dublin, 14 mai 2013)	https://ec.europa.eu/health/ehealth/events/ev_20130514_en
	.	Site de la troisième réunion du réseau e-santé (Bucharest, 11-12 juin 2019)	https://ec.europa.eu/health/ehealth/events/ev_20190611_en
	.	Site du Comité européen de normalisation, 'Draft European standard 17269 'The Patient Summary for Unplanned, Cross-border Care' approved'	http://www.ehealth-standards.eu/draft-european-standard-17269-the-patient-summary-for-unplanned-cross-border-care-approved/
	.	Site web d'Epsos	http://www.epsos.eu [Site Web archivé]
	.	Site de l'étude EHR Impact	http://www.ehr-impact.eu/index.htm
	.	Site de l'étude eHealth strategies	http://www.ehealth-strategies.eu/
	.	Site de la Commission européenne 'What is the Seal of Excellence?	https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/seal-excellence_en
	.	Eurostat - Households - level of internet access	https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_ci_in_h&lang=en
	.	Eurostat - Individuals - mobile internet access	https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_ci_im_i&lang=en
Autres	2005	Iakovidis, Ilias (2005), 'European Commission activities in eHealth', Workshop on Semantic Interoperability, DG Information Society and Media, Bruxelles.	http://www.who.int/classifications/terminology/iakovidis.pdf [Lien web archivé]
	2018	Joint Initiative Council, Patient Summary Standards Set, Guidance Document, January 2018 v1.0	
	2019	Commission européenne, Secrétariat de l'eHealth DSL. 'Wave 2 and wave 3 deployment status update. Status on 24.10.2019'. Document	

Annexe 3. Liste des sources documentaires

		support de la seizième réunion du réseau e-santé, 28-28 novembre 2019	
--	--	---	--

Annexe 4. Le renforcement de la *soft law* européenne dans l'e-santé (obligation)

Si, dans le cadre de cette recherche, nous avons prêté une attention particulière aux mécanismes de mise en œuvre de la *soft law* européenne (actions à mettre en œuvre au niveau national dans le cadre de l'européanisation souple), l'analyse des évolutions de la *soft law* doit également prendre en compte la dimension de la précision de l'obligation.

Tableau 37. Critères de définition de la *soft law* et la *hard law* (Terpan 2015: 76)

Type de norme	Nature de l'obligation	Nature du mécanisme d'application
Hard law	Obligation dure	Mise en application contraignante
Soft law	Obligation dure	-Mise en application souple -Pas de mécanisme de mise en application
	Obligation souple	-Mise en application contraignante -Mise en application souple -Pas de mise en application
	Pas d'obligation	Mise en application souple
Normes non-légales	Pas d'obligation	Pas de mécanisme de mise en application

Ainsi, une obligation existe lorsque la norme 'contient une injonction à agir d'une manière spécifique, ou à ne pas agir d'une manière spécifique' (Terpan 2015: 72–73). La précision de l'obligation contribue par ailleurs à en définir l'intensité : moins il est possible d'avoir une marge de manœuvre dans le comportement attendu, plus l'obligation est considérée comme précise. C'est à la fois la nature du dispositif dans lequel est contenue la *soft law* et la manière dont la norme est énoncée qui permettent de déterminer la nature de l'obligation analysée.

Dans le cas de l'e-santé, les obligations, puisqu'elles sont généralement inscrites au sein de dispositifs tels que les Communications, les Recommandations ou les Conclusions du Conseil et non dans les traités (ou les directives, décisions ou règlements) relèvent par nature d'une

obligation souple. Alors que l'intensité de la mise en application augmente au fil des ans, puisqu'on passe d'une absence de mécanismes de mise en œuvre à une mise en application souple (voir Chapitre 9), on peut également observer que les obligations, gagnant en précision, deviennent plus fortes à partir du début des années 2010. En effet, si des formulations relevant de l'obligation étaient bien présentes dès le début des années 2000, les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre étaient décrits de manière particulièrement vague.

‘Au cours de la période 2004-2008, les États membres **devraient soutenir le déploiement de réseaux d'information médicale** utilisables pour les applications de santé en ligne, reposant sur des infrastructures fixes et sans fil, à large bande et mobiles, et sur les technologies des grilles informatiques.’⁴⁶⁵

‘En ce qui concerne la faisabilité politique et la volonté d'assurer l'interopérabilité des systèmes de dossiers informatisés de santé, **il est recommandé que les États membres prennent un engagement politique et stratégique** en faveur de la mise en œuvre, sur les plans local, régional et national, de systèmes de dossiers informatisés de santé capables de communiquer avec les systèmes d'autres États membres.’⁴⁶⁶

À partir des années 2010 en revanche, l'obligation semble monter en précision. En effet, le réseau e-santé adopte dès 2013 une série de standards supposés assurer l'interopérabilité des résumés patients et des documents de ePrescription. La première version des recommandations (*guidelines*) en matière de Patient Summary, adoptée en 2013 stipule ainsi que :

‘The primary focus of the guidelines is to support the objective of continuity of care and patient safety across borders, as stated in Article 14 (2) (b) (i) of the Directive on patients' rights in cross-border healthcare. The guidelines focus on emergency or unplanned care in a cross-border context (section 2.3 provides illustrative use cases).

The secondary focus of **the guidelines is for reference use at national level**. More advanced and elaborate Patient Summaries exist in some Member States (MS), but the eHealth Network agreed that **the guidelines could serve as a common baseline for Patient Summaries at national level**. The aim is to enable Member States to understand not only what data is to be included in the PS but also to assess the implications of adopting such a PS in practice, especially in terms of organizational, technical and semantic requirements. **The desired outcome is that Member States commit to implementing the dataset in their**

⁴⁶⁵ Communication de la commission au conseil, au parlement européen, au comité économique et social européen et au comité des régions, ‘Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne’, 30.04.2004, [COM (2004) 356 final]

⁴⁶⁶ Recommandation de la commission du 2 juillet 2008 sur l'interopérabilité transfrontalière des systèmes de dossiers informatisés de santé [notifiée sous le numéro C(2008) 3282] (2008/594/CE)

national systems. To achieve this, they must be able to assess the implications of making their own commitment.⁴⁶⁷

Si l'obligation est toujours exprimée de manière souple (*'the guidelines could serve as a common baseline'*, *'The desired outcome is that Member States commit to implementing the dataset'*)⁴⁶⁸, le contenu de l'obligation est quant à lui beaucoup précis, puisqu'il renvoie à un ensemble de dispositions claires (bien qu'évolutives) concernant le contenu et le format du résumé patient.

⁴⁶⁷ Guidelines on minimum/non exhaustive patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border directive 2011/24/eu, release 1, adopté par le eHealth network le 19 novembre 2013, p.3

⁴⁶⁸ Il est d'ailleurs précisé dans le document (article 1) : 'According to the primary responsibility of the Member States in the field of healthcare provision, as laid down in Article 168 (7) of the TFEU, these guidelines are non-binding. In a cross-border context, interoperability is essential to the provision of high-quality care. Member States should therefore engage in taking appropriate measures to make their respective Patient Summary datasets interoperable, both technically and semantically.'

Tableau 38. Jeu de données du résumé patient [Extraits] ⁴⁶⁹

PATIENT ADMINISTRATIVE DATA

Variable (nesting level 1)	Variables (nesting level 2)	Variables (nesting level 3)	Definition and comments	Basic (Basic)/Extended (Ext.) dataset
Identification	National healthcare patient ID	National healthcare patient ID	Country ID, unique to the patient in that country. Example : ID for United Kingdom patient	Basic
Personal information	Full name	Given name	The first name of the patient (example: John). This field can contain more than one element	Basic
		Family name/surname	This field can contain more than one element, Example: Español Smith Note : some countries require surnames to be the birth name (to avoid potential problems with married women's surnames)	Basic
	Date of birth	Date of birth	This field may contain only the year if the day and the month are not available, e.g. 01/01/2009	Basic
	Gender	Gender code	This field must contain a recognized valid value	Basic

⁴⁶⁹ Reproduction non-exhaustive à titre des Guidelines on minimum/non exhaustive patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border directive 2011/24/eu, release 1, adopté par le eHealth network le 19 novembre 2013

PATIENT CLINICAL DATA

Variable (nesting level 1)	Variables (nesting level 2)	Variables (nesting level 3)	Definition and comments	Basic (Basic)/Extended (Ext.) dataset
Alerts	Allergy	Allergy description	Description of the clinical manifestation of the allergic reaction. Example : anaphylactic shock, angiodema (the clinical manifestation also gives information about the severity of the observed reaction)	Basic
		Allergy description ID code	Normalized identifier	Basic
		Onset date	Date of the observation of the reaction	Ext
		Agent	Describes the agent (drug, food, chemical agent, etc.) that is responsible for the adverse reaction	Basic
		Agent ID code	Normalized identifier	Basic
	Medical alert information (other alerts not included in allergies)	Healthcare alert description	Medical alert information: any other clinical information that is essential do know so that the life or health of the patient does not come under threat. Example 1 : Intolerance do aspirin due to gastrointestinal bleeding. Example 2 : intolerance to captopril because of cough (the patient is not allergic but cannot tolerate it because of persistent cough)	Basic
		Healthcare alert ID code	Normalized identifier	Basic
Medical history	Vaccinations	Vaccinations	Contains each disease against which the patient has been immunized	Ext
		Brand name		Ext
		Vaccination ID code	Normalized identifier	Ext
		Vaccination date	Date when the immunization was given	Ext
Medical problems	List of current problems/diagnoses	Problem diagnosis/description	Problems/diagnoses that fit these conditions: conditions that may have a chronic or relapsing course (e.g. exacerbations of asthma, irritable bowel syndrome),	Basic

Annexe 4. Le renforcement de la *soft law* européenne dans l'e-santé (obligation)

			conditions for which the patient receives repeat medications (e.g. diabetes mellitus, hypertension) and conditions that are persistent and serious contraindications for classes of medication (e.g. dyspepsia, migraine and asthma)	
		Problem ID (code)	Normalized identifier	Basic
		Onset time	Date of onset problem	Basic
	Medical devices and implants	Device and implant description	Describes the patient's implanted and external medical devices and equipment upon which their health status depends. Includes devices such as cardiac pacemakers, implantable fibrillators, prostheses, ferromagnetic bones implants, etc. of which the HP needs to be aware.	Basic
		Device ID code	Normalized identifier	Basic
		Implant code	Date when procedure was performed	Basic
Medication summary	List of current medicines	Active ingredient Exemption : brand name	Substance that alone or in combination with one or more other ingredients produces the intended activity of a medicinal product. Example: 'paracetamol' Brand name if a biological medicinal product or when justified by the health professional (ref. Commission Directive 2012/52/EU)	Basic
		Active ingredient ID code	Code that identifies the active ingredient	Basic

Annexe 5. Les usages de légitimité en période de flux, le cas de l'adoption de standards internationaux d'e-santé en Autriche (2007)

Dès 2006 en Autriche se pose la question des standards d'interopérabilité à adopter, standards qui serviront de base à tous les futurs projets d'e-santé autrichiens menés par le gouvernement. Le 4 mai 2007, la Commission de l'Agence Fédérale pour la Santé (*Bundesgesundheitsagentur*)⁴⁷⁰ vote officiellement la décision d'utiliser des standards internationaux (IHE, HL7 CDA, DICOM etc.) pour la construction du futur dossier médical informatisé ELGA et pour tous les projets nationaux d'e-santé.⁴⁷¹ Une annonce du Ministère (par ailleurs signée par M. Brunner, le principal entrepreneur politique de l'e-santé en Autriche) est alors adressée aux acteurs de l'e-santé et plus particulièrement aux industriels :

‘En même temps, la recommandation de normes uniformes à l'échelle nationale a **fixé un cap fondamental pour améliorer l'interopérabilité**. L'importance de cette recommandation va bien au-delà de l'introduction effective de l'ELGA : **les neuf États fédéraux, le système de sécurité sociale et le gouvernement fédéral ont décidé qu'une base linguistique commune** devrait permettre à tous les prestataires de services de santé d'échanger des données de santé sur la base d'**un cadre national uniforme**. **L'objectif est d'harmoniser l'infrastructure informatique** actuellement hétérogène de manière à ce que les informations relatives à la santé puissent être utilisées de manière techniquement optimale. Le respect de normes uniformes favorisera également une concurrence économique, car la neutralité des fournisseurs qui en résultera permettra d'éviter les positions de monopole et les dépendances qui en découlent.’⁴⁷²

Cet accord semble avoir fait l'objet de débats puis d'un consensus au sein de la Commission Fédérale pour la Santé. Pour le principal entrepreneur de l'e-santé autrichien M. Brunner, la décision de se baser sur des standards internationaux relève d'un choix politique clair :

‘We here in Austria we made already in 2007, **we had a political decision was not a regulatory decision** it was a political decision to use and to follow, IHE, IHE as the frameworks for standards and frameworks, for all our, future, ICT

⁴⁷⁰ L'Agence fédérale pour la santé, dont l'organe décisionnel est la Commission fédérale pour la santé, a des missions équivalentes à la Haute Autorité de Santé en France : accompagner les changements du système de santé en intégrant tous les acteurs, promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, développer des standards et normes de qualité pour le système de santé. Au sein de sa Commission, tous les acteurs du système de santé sont représentés : gouvernement fédéral, États fédérés, institutions de sécurité sociale, villes, hôpitaux, patients, professionnels de santé. Sources : <https://www.wko.at/branchen/tourismus-freizeitwirtschaft/gesundheitsbetriebe/Bundesgesundheitskommission.html> <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/bundesgesundheitskommission/>

⁴⁷¹ Source : Site archivé du groupe de travail ELGA : <http://www.arge-elga.at/index.php?id=24>

⁴⁷² Lettre du Ministère de la Santé à la Chambre fédérale économique autrichienne (WKÖ), 11.06.2017, traduction par DeepL

investments in health, and, why did we do that, because first of all we found out that the standards, ICT standards in ICT in Austria was already pretty much state of the art, and uh, and, that we didn't have much, many problems with proprietary solutions. So there was a large willingness to support interoperability in the exchange of health data so it was an easy political decision to say ok, we follow IHE.' (Entretien, M. Brunner, principal entrepreneur de politique publique de l'e-santé en Autriche, 08.03.2017)

Comme nous allons le voir, l'Union européenne ne semble pas étrangère à ce choix politique. Ainsi, un document ayant servi à alimenter la décision de la Commission Fédérale pour la Santé en faveur des standards internationaux s'appuie largement sur l'importance de l'Union européenne en tant qu'acteur politique de l'e-santé.⁴⁷³ Cette étude, publiée en 2006 dans la foulée de la eHealth initiative et commandée par l'Agence fédérale pour la santé à IBM (qui l'externalise au groupe Genia Consult et au principal rédacteur de la eHealth initiative) recommande en effet l'usage de standards internationaux, et fait abondamment référence à l'Union européenne. Ainsi, les mots 'UE', 'Europe', 'européen', ou 'européenne' apparaissent environ quatre-vingt-dix fois au cours des cent-quatre-vingt pages de l'étude. L'intégration des initiatives nationales dans un contexte européen est présentée comme une évidence, et l'importance de la mise en conformité avec les normes européennes est régulièrement soulignée. Les auteurs recommandent explicitement la 'mise en conformité avec les exigences de l'UE (interopérabilité etc.)', et l'adoption de standards internationaux tels que IHE, HL7 et CDA.⁴⁷⁴ La nécessité d'assurer l'interopérabilité du système autrichien à un niveau européen est régulièrement rappelée :

'Enfin et surtout, la mise en œuvre d'ELGA tient compte des exigences de l'UE qui préconisent l'introduction de réseaux d'information sur la santé, de la santé en ligné et **d'objectifs d'interopérabilité dans le secteur de la santé** afin d'accroître l'efficacité et l'efficience de la prestation de soins de santé.'⁴⁷⁵

En l'absence de l'existence de normes européennes, le meilleur moyen d'assurer une interopérabilité future des systèmes d'e-santé autrichien consiste en l'adoption, le plus tôt possible, de standards internationaux. Tout indique en effet que ce seront ces standards sur lesquels reposeront par la suite les développements européens. Dans ce contexte, la nécessité de développer des solutions interopérables au niveau européen vient donc soutenir le choix en

⁴⁷³ L'importance de IBM et de ce document dans le processus décisionnel ayant mené à l'adoption de standards internationaux est confirmé par un de nos enquêtés (Entretien, directeur de ELGA GmbH, 07.03.2017).

⁴⁷⁴ IBM (2006). Étude de faisabilité sur l'introduction du dossier médical électronique (ELGA) dans le système de soins de santé autrichien (*Machbarkeitsstudie betreffend Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) im österreichischen Gesundheitswesen*). p.18

⁴⁷⁵ IBM (2006). Étude de faisabilité sur l'introduction du dossier médical électronique (ELGA) dans le système de soins de santé autrichien (*Machbarkeitsstudie betreffend Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) im österreichischen Gesundheitswesen*). p.15

faveur des standards internationaux, qui sont par ailleurs l'option de prédilection de certains industriels, des membres de l'eHealth initiative travaillant sur les questions d'interopérabilité, et du principal rédacteur de l'eHealth initiative.⁴⁷⁶

‘There was a political decision that was taken at the very beginning of 2005-6 more or less, **based on technical standards just done by IBM**, the company, hum, but also... Keeping in mind that the system, there was always one, [?] **behind this with vision and a direction of the European Union, that we are not talking about on a nat... on a data exchange system on a national level, but on an international level, on the European level, [...]**’(Entretien, ELGA GmbH, 07.03.2017)

‘– Not only the companies but the... **We were by ourselves we said hum that we have to use standards**, and if you look now to the implementation of the hum Austrian Electronic Health Record, we implemented this record according to these standards.

–OK. So international standards like IHE or HL7?

–Yeah, yeah yeah.’ (Entretien, principal rédacteur de 'l'initiative e-santé' en Autriche, 20.02.2017)

‘–Ah yes, yes. In Austria we have uh... established hum what they call uh the Bundesgesundheitsagentur you know that?

–Yes yeah it's the Federal Agency for Health.

–Exactly and this was I think in 2008-9, they took the results from the eHealth initiative and formally, voted on it, at least for **my group we developed a sheet of paper we said please use within the healthcare records use the following standards, IHE, HL7**, look at 13606 it may be important, some very simple IT recommendations on which standards to use, **and this was the main result of the eHealth initiative**, and this was taken over by politics because that's what they wanted, they wanted a clear answer, and this answer has then been... put to the Bundesgesundheitsagentur, and has been voted on and published as a recommendation for Austria.’ (Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 09.03.2017)

Pour certains acteurs, le développement de standards au niveau européen sert d'ailleurs précisément à alimenter l'argumentation en faveur de l'usage de standards internationaux :

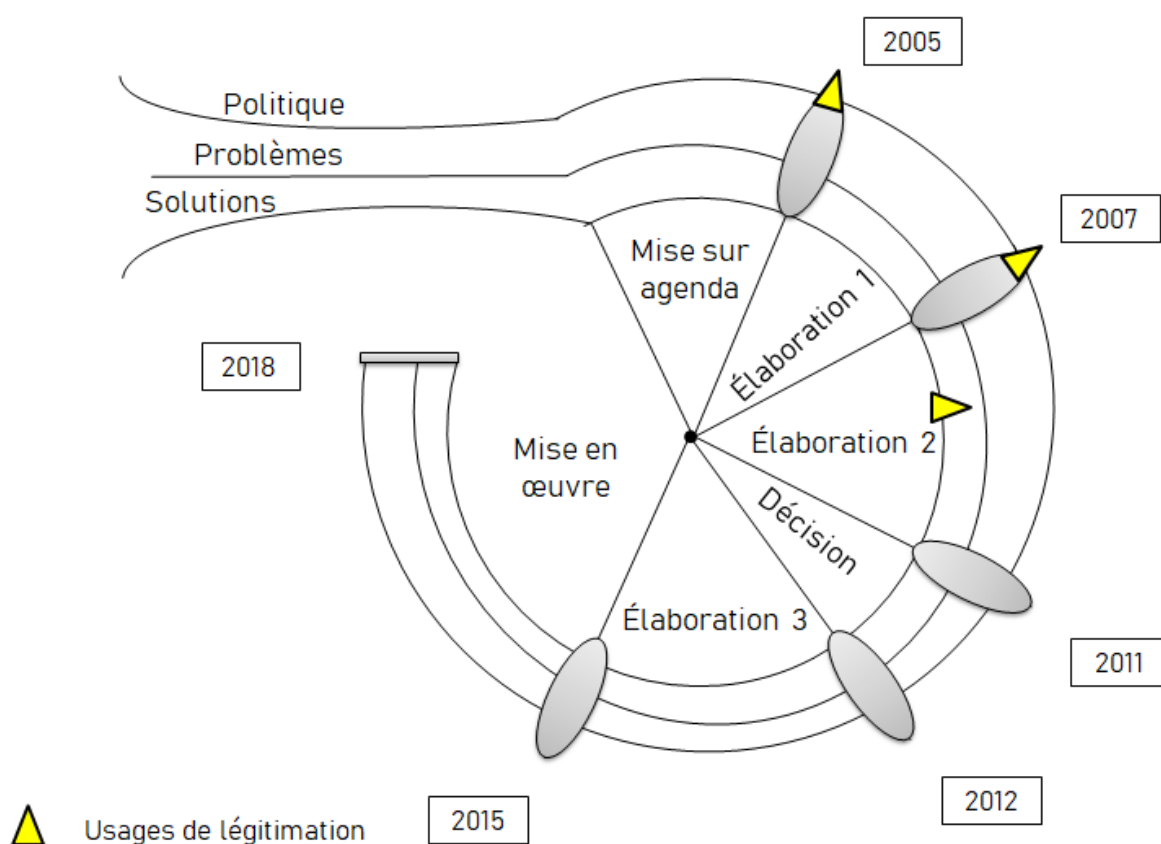
‘And if you don't have that on an international level you really have a hard time to argue why your eHealth interoperation, interoperability standard should be the one to use, why should we use IHE if nobody else is using it, and if we're the only ones to use it, the thing is as long as it works together, we're happy why should we change that, **but now if you can argue that, on the European level and on the global level, somebody is working very thoroughly, to establish infrastructures as well, and you will not be able to sustain an Austrian ecosystem, out of Austria alone, because the large companies will eventually**

⁴⁷⁶ En plus des extraits présentés ci-dessous, d'autres sources confirment ce point : Entretien, ELGA GmbH, 07.03.2017; Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 15.03.2017

just take over. And an island [?] country will not, sustain. And that has been very much accepted in Austria, and, what we can now show is that the companies in Austria who have invested into these technology, they have success on a global scale, that make easier to argue.’ (Entretien, membre du comité ‘eHealth initiative’ 2005-2007, 09.03.2017)

L’Union européenne avoir joué un rôle important dans la légitimation de l’adoption de standards internationaux en Autriche. L’eupéanisation observée peut ainsi être qualifiée d’eupéanisation de second ordre.

Figure 22. Les usages de l’UE dans la formulation des politiques d’e-santé autrichiennes, en période de flux et en synthèse



Liste des tableaux

Tableau 1. Matrice descriptive des usages de l'UE	64
Tableau 2. Méthode et technique principales utilisées selon les étapes d'analyse	78
Tableau 3. Entretiens réalisés par type d'acteur.....	80
Tableau 4. Nœuds Nvivo utilisés pour la mise à plat des données	86
Tableau 5. Premières stratégies nationales d'e-santé (ou de développement d'un dossier médical électronique)	90
Tableau 6. Pourcentage de réponses négatives à la question ' <i>Would you be willing to travel to another EU country to receive medical treatment?</i> ' (données en 2007 et en 2014).....	92
Tableau 7. Pourcentage de foyers ayant accès à internet (Source: Eurostat isoc_ci_in_h)	93
Tableau 8. Analyse de la maturité d'une configuration	110
Tableau 9. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda et de la première phase de formulation de la politique d'e-santé en Autriche, 2005.....	128
Tableau 10. Évaluation de la maturité de la configuration du projet de loi ELGA en 2012 (clôture de la seconde phase d'élaboration)	145
Tableau 11. Résumé des actions e-santé dans <i>Quality and Fairness, a Health System for you</i> , 2001, p.48.....	159
Tableau 12. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en Irlande, 2000-2001.....	162
Tableau 13. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de l'élaboration des politiques d'e-santé en Irlande, 2004	169
Tableau 14. Liste des actions à entreprendre, <i>Health Information. A National Strategy</i> , 2004 (Extraits).....	172
Tableau 15. Liste des actions à entreprendre, <i>An e-Healthy State ?</i> , 2004 (extraits).....	174
Tableau 16. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en France, 2004	201
Tableau 17. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda secondaire de l'e-santé en France, 2007-2009	221
Tableau 18. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda et de la première phase de formulation de la politique d'e-santé en Autriche, 2005.....	230
Tableau 19. Évaluation de la maturité de la configuration du projet de loi ELGA en 2012 (clôture de la seconde phase d'élaboration)	231
Tableau 20. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en Irlande, 2000-2001.....	234

Tableau 21. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de l'élaboration des politiques d'e-santé en Irlande, 2004	235
Tableau 22. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda de la politique d'e-santé en France, 2004	237
Tableau 23. Évaluation de la maturité de la configuration dans le cas de la mise sur agenda secondaire de l'e-santé en France, 2007-2009	239
Tableau 24. Relation entre scores de maturité et usages de l'UE	240
Tableau 25. Relation entre scores de maturité et usages de l'UE (scores les plus favorables)	240
Tableau 26. Relation entre scores de maturité et usages de l'UE (scores les moins favorables)	240
Tableau 27. Soutien de l'opinion publique à l'Union européenne, variations minimales et maximales : France, Autriche, Irlande, 2000-2011	253
Tableau 28. La relation à l'Union européenne en France, en Autriche et en Irlande – résumé des différentes analyses	261
Tableau 29. Le Volet de Synthèse Médicale dans la convention médicale de 2011.....	289
Tableau 30. Les caractéristiques des usages de légitimité de l'UE selon leur période de réalisation (flux ou synthèse)	300
Tableau 31. Documents sources utilisés dans le cadre de l'analyse bibliographique de la Haute Autorité de Santé sur la synthèse médicale	318
Tableau 32. Les sources utilisées dans la création du jeu de données du résumé patient irlandais (extraits), 2018.....	329
Tableau 33. Premier jeu de donnée du résumé patient autrichien, 2013.....	331
Tableau 34. Les principaux instruments européens de l'e-santé, 1999-2017	376
Tableau 35. Répartition temporelle des logiques d'usages de l'UE en France, en Autriche et en Irlande, 2000-2017	379
Tableau 36. Comparaison des contenus métiers entre le Patient Summary européen et le Volet de Synthèse Médicale français	393
Tableau 37. Critères de définition de la <i>soft law</i> et la <i>hard law</i> (Terpan 2015: 76)	445
Tableau 38. Jeu de données du résumé patient [Extraits]	448

Liste des figures et images

Figure 1. La période de synthèse dans la théorie révisée des courants multiples	46
Figure 2. La théorie des courants multiples adaptée aux étapes de politique publique	48
Figure 3. Les politiques d'e-santé autrichiennes, 2005-2018.....	54
Figure 4. Les politiques d'e-santé irlandaises, 2001-2018	56
Figure 5. Les politiques d'e-santé françaises, 2004-2018	58
Figure 6. Les politiques d'e-santé en France, 2012-2018	59
Figure 7. Représentation stéréotypée des politiques françaises d'e-santé, 2004-2018	60
Figure 8. Les étapes d'analyse des usages de l'UE	76
Figure 9. Les usages de l'UE dans la mise sur agenda et la première phase de formulation de l'e-santé en Autriche	132
Image 10. La campagne de la Chambre médicale autrichienne contre le dossier électronique ELGA, 2011-2012	140
Figure 11. L'UE comme élément réactif de la première phase d'élaboration des politiques publiques en Irlande, 2004	183
Figure 12. Les principaux usages de l'UE dans les politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande, 2000-2018.....	241
Figure 13. Les usages de l'UE dans les politiques d'e-santé irlandaises en période de synthèse, 2001-2018.....	283
Figure 14. Les usages de légitimité l'UE dans les politiques d'e-santé françaises, 2004-2018	294
Figure 15. Les usages techniques et de légitimité de l'UE dans les politiques d'e-santé françaises, 2004-2018.....	322
Figure 16. Les usages de légitimité et techniques de l'UE dans la formulation des politiques publiques d'e-santé en Irlande, 2001-2017	326
Figure 17. Les trois logiques d'usages de l'UE dans la formulation des politiques d'e-santé irlandaises, 2001-2017	360
Figure 18. Les trois logiques d'usages de l'UE dans la formulation des politiques d'e-santé françaises, 2004-2018.....	365
Figure 19. Les différentes périodes de réalisation des usages en France, en Autriche et en Irlande.....	371
Image 20. L'intégration du résumé patient autrichien dans le cadre des spécifications internationales	400
Figure 21. Les trois logiques d'usages de l'UE en Autriche, en France et en Irlande, 2001-2018	407

Figure 22. Les usages de l'UE dans la formulation des politiques d'e-santé autrichiennes, en période de flux et en synthèse	454
--	-----

Liste des encadrés

Encadré 1. Les barrières à la récolte de données dans l'analyse qualitative de <i>process-tracing</i>	131
Encadré 2. L'e-santé dans les plans d'action eEurope 1999, 2002	163
Encadré 3. Repérage du principal entrepreneur des politiques publiques d'e-santé en Irlande en 2013	273

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire	5
Liste des sigles et acronymes	7
Introduction	13
Partie I. Les usages de l'UE dans l'approche des courants multiples : théorie, concepts et méthodes.....	31
<i>Chapitre 1. La théorie des courants multiples à l'épreuve de l'eupéanisation</i>	<i>37</i>
I. La 'chimie' des politiques publiques : processus, synthèse et structuration des flux 41	
A) Des flux à la synthèse, et inversement : les avantages de la métaphore chimique 41	
B) Le cycle des politiques publiques au travers de la théorie des courants multiples 47	
II. Causalité et eupéanisation : les usages de l'UE dans la version révisée de la théorie des courants multiples	60
A) Classer les usages : des caractéristiques à la matrice descriptive	61
B) L'eupéanisation au prisme de la proximité causale	68
<i>Chapitre 2. Analyser les usages de l'UE dans le cadre d'une méthode comparative</i>	<i>73</i>
I. De la structuration de la comparaison à la récolte et l'analyse des données	77
A) Les méthodes et leur usage dans les étapes analytiques.....	78
B) Nvivo : un outil abductif pour le traitement des données	84
II. Les cas de la France, de l'Autriche et de l'Irlande.....	88
A) Processus de sélection de trois cas similaires.....	88
B) Principales caractéristiques des cas.....	94
Partie II. L'intérêt, moteur des usages de l'Union européenne	105
<i>Chapitre 3. De l'entrepreneur 'européiste' à l'eupéanisation : contextes, ressources et usages.....</i>	<i>115</i>

I.	L'Union européenne : un acteur majeur des débuts de l'e-santé en Autriche	116
A)	Historique : l'informatisation du système de santé autrichien avant 2005	116
B)	L'e-santé dans la réforme de l'organisation des soins de 2005.....	118
C)	Une configuration peu 'mûre' pour les politiques d'e-santé.....	123
D)	Les usages de l'UE dans les débuts des politiques d'e-santé autrichienne	128
II.	La loi ELGA de 2012, un processus exclusivement national	133
A)	Réforme de santé et dépendance au sentier : les deux éléments réactifs du projet de loi ELGA	133
B)	Une configuration 'mûre' malgré un processus de négociation semé d'embûches	139
C)	L'Union européenne, un acteur discret dans le processus d'adoption de la loi ELGA	145

Chapitre 4. Les usages de l'UE comme relance d'un processus de politique publique . 151

I.	La mise sur agenda gouvernementale de l'e-santé : un processus ancré au niveau national.....	151
A)	Projets régionaux et locaux : premiers contacts entre l'e-santé irlandaise et le niveau européen.....	151
B)	L'e-santé dans le programme du Ministre de la Santé et de l'Enfance Micheál Martin.....	156
C)	Une configuration particulièrement mûre pour les politiques d'e-santé	160
II.	L'UE comme élément réactif : la relance de la politique d'e-santé irlandaise	165
A)	Un processus d'élaboration qui s'essouffle.....	165
B)	La stratégie irlandaise d'e-santé en trois documents.....	170
C)	Une relance poussée par des opportunités européennes.....	173

Chapitre 5. Une opportunité manquée ? Le cas des absences d'usage de l'Union européenne en France..... 185

I.	Le dossier médical électronique dans la réforme de 2004 : une configuration 'mûre' pour l'e-santé en France	185
A)	Historique : l'e-santé avant 2004	185
B)	L'irruption du politique	191
C)	Usages de l'UE dans la phase de mise sur agenda de l'e-santé : un potentiel en sommeil	201
II.	Une mise sur agenda en boucle : la relance du DMP par Roselyne Bachelot	205

A)	La relance du DMP	205
B)	Le ‘Dossier Mal Parti’ : une configuration peu mûre pour l’e-santé... ..	211
C)	...Qui pourtant n’aboutit pas à des usages de l’UE.....	222

Chapitre 6. Conclusion de la Partie II : L’intérêt, une condition nécessaire mais non suffisante pour expliquer les usages de l’Union européenne..... 227

I.	Autriche : les effets de contexte et de ressources sur les stratégies d’un entrepreneur de politique publique connecté à l’Union européenne	228
II.	Irlande : l’Union européenne comme élément réactif.....	233
III.	France : l’Union européenne, une opportunité manquée ?	236

Partie III. Les contraintes stratégiques aux usages de l’Union européenne : relation à l’UE et structure des instruments européens..... 245

Chapitre 7. Des usages ‘invisibles’ : les effets de la relation à l’UE sur le contexte d’utilisation des instruments européens 249

I.	Les cas irlandais et autrichiens : des usages de l’UE dans un contexte ouvert et politique.....	262
	A) L’UE comme argument pour légitimer une initiative ministérielle : le cas autrichien.....	263
	B) L’UE comme élément réactif : le cas irlandais	269
II.	Le cas français : usages de l’UE en milieu contrôlé	284
	A) Les Volets de Synthèse Médicale en France : une origine européenne ?	285
	B) Á la frontière de la recherche : l’UE comme acteur pertinent des politiques d’e-santé ?	295

Chapitre 8. Les usages techniques de l’Union européenne : la transformation des instruments européens en outils pratiques de construction des solutions d’e-santé 303

I.	Instrument et intérêt : les conditions de l’usage technique.....	306
	A) Des contenus complexes : une nécessité pour les usages techniques ?.....	306
	B) L’intégration des communautés techniques au processus décisionnel : un motif d’intérêt pour les usages de l’UE	309
	C) Des ressources techniques variables en France, en Autriche et en Irlande	313

II. Des ressources aux usages techniques de l'UE : les cas français, irlandais et autrichien.....	316
A) France : usages techniques et européanisation de premier ordre, le cas du Volet de Synthèse Médicale.....	317
B) Irlande : des usages techniques à l'européanisation de second ordre.....	323
C) Autriche : une absence d'intérêt pour les standards européens.....	330
 Chapitre 9. Les usages de répartition : l'intégration de l'Union européenne dans les jeux de pouvoir institutionnels	337
I. Les ressources politiques des acteurs de l'e-santé en France, en Autriche et en Irlande à partir du milieu des années 2010.....	341
A) Les ressources positionnelles des acteurs institutionnels de l'e-santé	342
B) L'ancrage des politiques d'e-santé au niveau national.....	344
II. Les usages de répartition en France et en Irlande	353
A) Irlande : des usages de l'UE pour mobiliser des financements destinés à l'e-santé	354
B) France : des usages de l'UE pour sécuriser la position de l'ASIP et les investissements français dans l'e-santé	361
 Chapitre 10. Conclusion de la Partie III : Les usages stratégiques de l'UE, apports et limites d'une approche	369
I. Les conditions d'apparition des usages stratégiques de l'Union européenne	370
A) La relation à l'UE : une explication des variations entre les cas.....	370
B) Les instruments européens : une explication à la variation temporelle des usages	372
II. De la 'pression européenne' à la mise en conformité : les phénomènes d'européanisation dans le cadre d'une <i>soft law</i> renforcée.....	381
A) Usages et transmission d'une obligation renforcée : vers les limites d'une approche ?	382
B) Logiques d'usage et structuration des attentes : l'expression d'un rapport différencié aux instruments européens ?	387
 Conclusion générale	403
 Annexes et tables	413
Annexe 1. Liste des enquêté.e.s	413

Annexe 2. Grille d’entretien.....	417
Annexe 3. Liste des sources documentaires.....	423
Annexe 4. Le renforcement de la <i>soft law</i> européenne dans l’e-santé (obligation)	445
Annexe 5. Les usages de légitimité en période de flux, le cas de l’adoption de standards internationaux d’e-santé en Autriche (2007).....	451
Liste des tableaux.....	455
Liste des figures et images	457
Liste des encadrés.....	459
Table des matières	461
Bibliographie.....	467

Bibliographie

- Abbott, Andrew (2004). *Methods of Discovery – Heuristics for the Social Sciences*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ackrill, Robert, and Adrian Kay (2011). ‘Multiple streams in EU policy-making: the case of the 2005 sugar reform’, *Journal of European Public Policy*, 18:1, 72–89.
- Ackrill, Robert, Adrian Kay, and Nikolaos Zahariadis (2013). ‘Ambiguity, multiple streams, and EU policy’, *Journal of European Public Policy*, 20:6, 871–887.
- Alter, Karen J. (1996). ‘The European Court’s political power’, *West European Politics*, 19:3, 458–487.
- Azzopardi-Muscat, Natasha, Timo Clemens, Deborah Stoner, and Helmut Brand (2015). ‘EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors’, *Health Policy*, 119:3, 375–383.
- Bache, Ian, and Louise Reardon (2013). ‘An Idea Whose Time has Come? Explaining the Rise of Well-Being in British Politics’, *Political Studies*, 61:4, 898–914.
- Barcevičius, Egidijus (2014). ‘Is the Social OMC Fit for Purpose? Adequacy and Institutional Design, 2006–2010’, in Egidijus Barcevičius, Timo J. Weishaupt, and Jonathan Zeitlin (eds.), *Assessing the Open Method of Coordination. Institutional Design and National Influence of EU Social Policy Coordination*. Houndmills: Palgrave Macmillan, 40–86.
- Barcevičius, Egidijus, Timo J. Weishaupt, and Jonathan Zeitlin, eds. (2014). *Assessing the Open Method of Coordination: Institutional Design and National Influence of EU Social Policy Coordination*. Houndmills: Palgrave Macmillan UK <https://www.palgrave.com/gp/book/9781137022615> (Accessed April 28, 2020).
- Baumgartner, Frank R., and Bryan Jones (1993). *Agendas and Instability in American Politics*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press.
- Beach, Derek, and Brun Pedersen (2019). *Process-Tracing Methods*. 2nd ed. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Beaudonnet, Laurie, and Frédéric Mérand (2019). ‘Qu’est-ce que l’Europe politique ?’, *Politique européenne*, 64:2, 6–30.
- Béland, Daniel, and Michael Howlett (2016). ‘The Role and Impact of the Multiple-Streams Approach in Comparative Policy Analysis’, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18:3, 221–227.
- Benamouzig, Daniel (2015). ‘Agence’, in Emmanuel Henry, Claude Gilbert, Jean-Noël Jouzel, and Pascal Marichalar (eds.), *Dictionnaire critique de l’expertise*. Paris: Presses de Sciences Po, 25–33.
- Benamouzig, Daniel, and Julien Besançon (2007). ‘Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ?’, *Horizons stratégiques*, 3:1, 10–24.
- Bengtsson, Rikard, Ole Elgström, and Jonas Tallberg (2004). ‘Silencer or Amplifier? The European Union Presidency and the Nordic Countries’, *Scandinavian Political Studies*, 27:3, 311–334.

- Bennett, Colin J., and Michael Howlett (1992). 'The Lessons of Learning: Reconciling Theories of Policy Learning and Policy Change', *Policy Sciences*, 25:3, 275–294.
- Bereni, Laure (2004). 'Le mouvement français pour la parité et l'Europe', in Sophie Jacquot and Cornelia Woll (eds.), *Les usages de l'Europe. Acteurs et transformations européennes*. Paris: L'Harmattan, 33–54.
- Bergeron, Henri (2005). 'Europeanization of Drug Policies: From Objective Convergence to Mutual Agreement', in Monika Steffen (ed.), *Health Governance in Europe: Issues, Challenges, and Theories*. Londres, 174–187.
- Bérut, Chloé (2020). 'The European Union as an opportunity: structures and uses of European soft law in French, Austrian and Irish eHealth policies', *West European Politics*, 0:0, 1–21.
- Bérut, Chloé, and Sabine Saurugger (2018). 'La soft law européenne dans la mise sur agenda nationale', *Gouvernement et action publique*, 17:3, 9–34.
- Bezes, Philippe, and Bruno Palier (2018). 'Le concept de trajectoire de réformes', *Revue française de science politique*, 68:6, 1083–1112.
- Black, Ashly D. et al. (2011). 'The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview', *PLoS medicine*, 8:1, e1000387.
- Blatter, Joachim, and Markus Haverland (2012). *Designing Case Studies: Explanatory Approaches in Small-N Research*. Houndmills, Basingstoke Hampshire ; New York: Palgrave Macmillan.
- Bongrand, Philippe, and Pascale Laborier (2005). 'L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ?', *Revue française de science politique*, 55:1, 73–111.
- Borrás, Susana, and Kerstin Jacobsson (2004). 'The open method of co-ordination and new governance patterns in the EU', *Journal of European Public Policy*, 11:2, 185–208.
- Börzel, Tanja, and Thomas Risse (2003). 'Conceptualizing the domestic impact of Europe', in Kevin Featherstone and Claudio M. Radaelli (eds.), *The Politics of Europeanization*. Oxford: Oxford University Press, 57–80.
- Boudon, Raymond (2004). 'Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique ?', *Revue du MAUSS*, 24:2, 281–309.
- Boussaguet, Laurie (2009). 'Les « faiseuses » d'agenda', *Revue française de science politique*, 59:2, 221–246.
- Boussaguet, Laurie, and Claire Dupuy (2014). 'L'analyse des politiques publiques à l'épreuve de la comparaison', *Revue internationale de politique comparée*, 21:2, 97–119.
- Boussaguet, Laurie, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet, and Pierre Muller, eds. (2015). *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?* Paris: Presses de Sciences Po.
- Bruno, Isabelle, Sophie Jacquot, and Lou Mandin (2006). 'Europeanization through its instrumentation: benchmarking, mainstreaming and the open method of co-ordination ... toolbox or Pandora's box?', *Journal of European Public Policy*, 13:4, 519–536.
- Bulmer, Simon J., and Claudio M. Radaelli (2004). 'The Europeanisation of National Policy ?', *Queen's papers On Europeanisation*, 1, 1–22.

- Burke, Sara et al. (2018). 'Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland', *Health Policy*, 122:12, 1278–1282.
- Caffery, Conor Mc (2007). 'Irish Information Society Policy', *Netcom. Réseaux, communication et territoires*, 21–1/2, 209–240.
- Cairney, Paul (2009). 'The role of ideas in policy transfer: the case of UK smoking bans since devolution', *Journal of European Public Policy*, 16:3, 471–488.
- Cairney, Paul, and Michael D. Jones (2016). 'Kingdon's Multiple Streams Approach: What Is the Empirical Impact of this Universal Theory?', *Policy Studies Journal*, 44:1, 37–58.
- Capano, Giliberto, and Andrea Lippi (2017). 'How policy instruments are chosen: patterns of decision makers' choices', *Policy Sciences*, 50:2, 269–293.
- Capoccia, Giovanni (2015). 'Critical junctures and institutional change', in James Mahoney and Kathleen Thelen (eds.), *Advances in comparative-historical analysis*. New York: Cambridge University Press, 147–179.
- Capoccia, Giovanni, and R. Daniel Kelemen (2007). 'The Study of Critical Junctures: Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism', *World Politics*, 59:3, 341–369.
- Cardin, Hélène (2014). 'La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner"', *Les Tribunes de la sante*, 42:1, 27–33.
- Caune, Hélène (2015). 'L'européanisation comme ressource politique', *Politique européenne*, 49:3, 116–149.
- Caune, Hélène, Sophie Jacquot, and Bruno Palier (2011). 'Boasting the national model: The EU and the Welfare State reforms in France', in Paolo R. Graziano, Sophie Jacquot, and Bruno Palier (eds.), *The EU and the Domestic Politics of Welfare State Reforms: Europa, Europae*. Houndmills, Basingstoke Hampshire; New York: Palgrave Macmillan, 48–72.
- Cefaï, Daniel (2016). 'Publics, problèmes publics, arènes publiques.... Que nous apprend le pragmatisme ?', *Questions de communication*, 30, 25–64.
- Collier, David (2011). 'Understanding Process Tracing', *PS: Political Science and Politics*, 44:4, 823–830.
- Commaille, Jacques, and Laurence Dumoulin (2009). 'Heurs et malheurs de la légalité dans les sociétés contemporaines. une sociologie politique de la «judiciarisation»', *L'Annee sociologique*, 59:1, 63–107.
- Cornilleau, Gérard, and Thierry Debrand (2011). 'Crise et déficit de l'assurance maladie', *Revue de l'OFCE*, 116:1, 315–332.
- Culpepper, Pepper D. (2010). *Quiet Politics and Business Power: Corporate Control in Europe and Japan*. 1 edition. New York: Cambridge University Press.
- D'Aspremont, Jean (2008). 'Softness in International Law: A Self-Serving Quest for New Legal Materials', *European Journal of International Law*, 19:5, 1075–1093.
- De la Porte, Caroline (2014). 'The Social OMC in Denmark: European Ideas Meet Domestic Politics', in Egidijus Barcevičius, Timo J. Weishaupt, and Jonathan Zeitlin (eds.), *Assessing the Open Method of Coordination. Institutional Design and National*

- Influence of EU Social Policy Coordination*. Houndmills: Palgrave Macmillan, 161–180.
- Del Río Carral, Maria, Pauline Roux, Christine Bruchez, and Marie J. Santiago-Delefosse (2017). ‘Santé digitale : promesses, défis et craintes. Une revue de la littérature’, *Pratiques Psychologiques*, 23:1, 61–77.
- Delpuech, Thierry (2009). ‘Comprendre la circulation internationale des solutions d’action publique : panorama des policy transfer studies’, *Critique internationale*, 43:2, 153–165.
- Deruelle, Thibaud (2016). ‘Bricolage or Entrepreneurship? Lessons from the Creation of the European Centre for Disease Prevention and Control’, *European Policy Analysis*, 2:2, 43–67.
- Dolowitz, David P., and David Marsh (2000). ‘Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making’, *Governance*, 13:1, 5–23.
- Dubois, Vincent (2010). ‘Chapitre 10 / Politiques au guichet, politique du guichet’, in Olivier Borraz and Virginie Guiraudon (eds.), *Politiques publiques 2. Changer la société*. Paris: Presses de Sciences Po, 265–286.
- Dubois, Vincent (2012). ‘Le rôle des street-level bureaucrats dans la conduite de l’action publique en France’, in Jean-Michel Eymeri-Douzans and Geert Bouckaert (eds.), *La France et ses administrations. Un état des savoirs*. Bruxelles: Bruylant-de Boeck, 169–176.
- Duina, Francesco, and Tapio Raunio (2007). ‘The open method of co-ordination and national parliaments: further marginalization or new opportunities?’, *Journal of European Public Policy*, 14:4, 489–506.
- Dumez, Hervé, and Étienne Minvielle (2017). ‘L’e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ?’, *Systèmes d’information management*, 22:1, 9–37.
- Dunlop, Claire A., and Claudio M. Radaelli (2017). ‘Learning in the bath-tub: the micro and macro dimensions of the causal relationship between learning and policy change’, *Policy and Society*, 36:2, 304–319.
- Eden, Rebekah, Andrew Burton-Jones, Ian Scott, Andrew Staib, and Clair Sullivan (2018). ‘Effects of eHealth on hospital practice: synthesis of the current literature’, *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 42:5, 568–578.
- Erhel, Christine, Lou Mandin, and Bruno Palier (2005). ‘The Leverage Effect: the Open Method of Coordination in France’, in Jonathan Zeitlin, Philippe Pochet, and Lars Magnusson (eds.), *The Open Method of Coordination in Action: The European Employment and Social Inclusion Strategies*. Bruxelles: PIE-Peter Lang, 217–248.
- Esping-Andersen, Gosta (1989). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. 1st Edition. Cambridge, UK: Polity Press.
- Falkner, Gerda, Miriam Hartlapp, Simone Leiber, and Oliver Treib (2004). ‘Non-Compliance with EU Directives in the Member States: Opposition through the Backdoor?’, *West European Politics*, 27:3, 452–473.

- Falkner, Gerda, Miriam Hartlapp, and Oliver Treib (2007). 'Worlds of compliance: Why leading approaches to European Union implementation are only "sometimes-true theories"', *European Journal of Political Research*, 46:3, 395–416.
- Featherstone, Kevin, and Claudio Maria Radaelli, eds. (2003). *The Politics of Europeanization*. Oxford: Oxford University Press.
- Genieys, William, and Patrick Hassenteufel (2012). 'Qui gouverne les politiques publiques ?', *Gouvernement et action publique*, 1:2, 89–115.
- Gerring, John (2009). 'The Case Study: What it is and What it Does', in Carles Boix and Susan C. Stokes (eds.), *The Oxford Handbook of Comparative Politics*, *Oxford Handbooks Online*. Oxford: Oxford University Press, 1–38.
- Giuliani, Marco (2003). 'Europeanization in Comparative Perspective: Institutionnal Fit and National Adaptation', in Kevin Featherstone and Claudio M. Radaelli (eds.), *The Politics of Europeanization*. Oxford, 134–155.
- Goetz, Klaus H. (2000). 'European integration and national executives: A cause in search of an effect?', *West European Politics*, 23:4, 211–231.
- Graziano, Paolo R., Sophie Jacquot, and Bruno Palier, eds. (2011). *The EU and the Domestic Politics of Welfare State Reforms: Europa, Europae*. 1st ed. Houndmills, Basingstoke Hampshire ; New York: Palgrave Macmillan.
- Graziano, Paolo R., Sophie Jacquot, and Bruno Palier (2013). 'Usages et européanisation', *Politique europeenne*, 40:2, 94–118.
- Greer, Scott L. (2006). 'Uninvited Europeanization: neofunctionalism and the EU in health policy', *Journal of European Public Policy*, 13:1, 134–152.
- Greer, Scott L. (2008). 'Choosing paths in European Union health services policy: a political analysis of a critical juncture', *Journal of European Social Policy*, 18:3, 219–231.
- Greer, Scott L., and Bart Vanhercke (2010). 'The hard politics of soft law: the case of health', in Elias Mossialos, Govin Permanand, Rita Baeten, and Tamara K. Hervey (eds.), *Health Systems Governance in Europe: the Role of European Union Law and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 186–230.
- Grossman, Emiliano, and Sabine Saurugger (2012). *Les groupes d'intérêt: Action collective et stratégies de représentation*. 2e édition. Paris: Armand Colin.
- Grunberg, Gérard, and Florence Haegel (2007). 'Le bipartisme imparfait en France et en Europe', *Revue internationale de politique comparee*, 14:2, 325–339.
- Guigner, Sébastien (2007). 'L'européanisation Cognitive de La Santé: Entre Imposition et Persuasion', in Olivier Baisnée and Romain Pasquier (eds.), *L'Europe Telle Qu'elle Se Fait. Européanisation et Sociétés Politiques Nationales*. Paris: Editions CNRS, 263–281.
- Guigner, Sébastien (2011). 'L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale', *Sciences sociales et sante*, 29:1, 81–106.
- Guinard, Dorian (2013). 'À propos du soft law en droit de l'Union européenne: Analyses théorique et pratique', *Revue du Marche commun et de l'Union Européenne*, 573, 609–617.

- Guiraudon, Virginie (2000). 'European Integration and Migration Policy: Vertical Policy-making as Venue Shopping', *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 38:2, 251–271.
- Gusfield, Joseph (1984). *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*. Chicago: University of Chicago Press.
- Haas, Peter M. (1992). 'Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination', *International Organization*, 46:1, 1–35.
- Hacker, Jacob S. (2004). 'Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States', *The American Political Science Review*, 98:2, 243–260.
- Hall, Peter A. (1993). 'Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain', *Comparative Politics*, 25:3, 275–296.
- Halpern, Charlotte, Pierre Lascoumes, and Patrick Le Galès, eds. (2014). *L'instrumentation de l'action publique : Controverses, résistance, effets*. Paris: Les Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel, Patrick (1997). *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*. Paris: Les Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel, Patrick (2005). 'De la comparaison internationale à la comparaison transnationale', *Revue française de science politique*, 55:1, 113–132.
- Hassenteufel, Patrick (2011). *Sociologie politique : l'action publique*. Malakoff (Hauts-de-Seine): Armand Colin.
- Hassenteufel, Patrick, and Bruno Palier (2005). 'Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie', *Revue française d'administration publique*, 113:1, 13–27.
- Hassenteufel, Patrick, and Bruno Palier (2007). 'Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems', *Social Policy & Administration*, 41:6, 574–596.
- Hassenteufel, Patrick, and Bruno Palier (2015). 'Still the sound of silence? Towards a new phase in the Europeanisation of welfare state policies in France', *Comparative European Politics*, 13:1, 112–130.
- Hassenteufel, Patrick, Marc Smyrl, William Genieys, and Francisco Javier Moreno-Fuentes (2010). 'Programmatic Actors and the Transformation of European Health Care States', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35:4, 517–538.
- Hassenteufel, Patrick, and Yves Surel (2000). 'Des politiques publiques comme les autres?', *Politique européenne*, 1:1, 8–24.
- Heidenreich, Martin, and Jonathan Zeitlin, eds. (2009). *Changing European Employment and Welfare Regimes: The Influence of the Open Method of Coordination on National Reforms*. 1st ed. Routledge.
- Herweg, Nicole, Christian Huß, and Reimut Zohlnhöfer (2015). 'Straightening the three streams: Theorising extensions of the multiple streams framework', *European Journal of Political Research*, 54:3, 435–449.

- Herweg, Nicole, Nikolaos Zahariadis, and Reimut Zohlnhöfer (2018). 'The Multiple Streams Framework : Foundations, Refinements, and Empirical Applications', in Christopher M. Weible and Paul A. Sabatier (eds.), *Theories of the policy process*. New York: Routledge, 17–53.
- Howlett, Michael (2004). 'Beyond Good and Evil in Policy Implementation: Instrument Mixes, Implementation Styles, and Second Generation Theories of Policy Instrument Choice: Policy and Society: Vol 23, No 2', *Policy and Society*, 23:2, 1–17.
- Howlett, Michael (2009). 'Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design', *Policy Sciences*, 42:1, 73–89.
- Howlett, Michael (2018). 'Moving policy implementation theory forward: A multiple streams/critical juncture approach', *Public Policy and Administration*,.
- Howlett, Michael, Allan McConnell, and Anthony Perl (2015). 'Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory', *European Journal of Political Research*, 54:3, 419–434.
- Howlett, Michael, Allan McConnell, and Anthony Perl (2016). 'Weaving the Fabric of Public Policies: Comparing and Integrating Contemporary Frameworks for the Study of Policy Processes', *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 18:3, 273–289.
- Huitema, Dave, and Sander Meijerink (2010). 'Realizing water transitions: the role of policy entrepreneurs in water policy change', *Ecology and Society*, 15:2, 1–10.
- Iakovidis, Ilias (2014). 'European eHealth agenda, 1990-2010', in Magdalene Rosenmøller, David Whitehouse, and Petra Wilson (eds.), *Managing eHealth: From Vision to Reality*. Houndmills, Basingstoke Hampshire ; New York: Palgrave Macmillan, 26–36.
- Immergut, Ellen (1992). 'The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden', in Sven Steinmo, Kathleen Thelen, and Franck Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge, U.K.; New York: Cambridge University Press, 57–89.
- Jabko, Nicolas (2009). *L'Europe par le marché : Histoire d'une stratégie improbable*. Paris: Les Presses de Sciences Po.
- Jacobsson, Kerstin (2005). 'Trying to reform the "best pupils in the class"? The OMC in Sweden and Denmark', in Jonathan Zeitlin, Philippe Pochet, and Lars Magnusson (eds.), *The Open Method of Co-ordination in Action: The European Employment and Social Inclusion Strategies*. Bruxelles: P.I.E.-Peter Lang, 107–136.
- Jacquot, Sophie, and Cornelia Woll (2003). 'Usage of European Integration – Europeanisation from a Sociological Perspective', *European Integration online Papers (EIoP)*, 7:12, 1–18.
- Jacquot, Sophie, and Cornelia Woll (2004). *Les usages de l'Europe: Acteurs et transformations européennes*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Jenkins-Smith, Hank C., and Paul A. Sabatier (1994). 'Evaluating the Advocacy Coalition Framework', *Journal of Public Policy*, 14:2, 175–203.

- Joly, Pierre-Benoît (2015). 'Procéduralisation', in Emmanuel Henry, Claude Gilbert, Jean-Noël Jouzel, and Pascal Marichalar (eds.), *Dictionnaire critique de l'expertise*. Presses de Sciences Po, 250–258.
- Jones, Bryan D., and Frank R. Baumgartner (2012). 'From There to Here: Punctuated Equilibrium to the General Punctuation Thesis to a Theory of Government Information Processing', *Policy Studies Journal*, 40:1, 1–20.
- Jones, Charles O. (1970). *An Introduction to the Study of Public Policy*. Belmont (Calif.): Duxbury Press.
- Jones, Michael D. et al. (2016). 'A River Runs Through It: A Multiple Streams Meta-Review', *Policy Studies Journal*, 44:1, 13–36.
- Kallestrup, Morten (2002). 'Europeanisation as a Discourse: Domestic Policy Legitimation through the Articulation of a "Need for Adaptation"', *Public Policy and Administration*, 17:2, 110–124.
- Kingdon, John W. (2002). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd ed. New York: Pearson Education Editions.
- Kostera, Thomas (2013). 'Quand les acteurs s'abstiennent de faire usage de l'Europe', *Politique européenne*, 40:2, 72–92.
- Kröger, Sandra, ed. (2009a). 'What we have learnt: Advances, pitfalls and remaining questions in OMC research', *European Integration online Papers (EIoP)*, 13:1, 1–243.
- Kröger, Sandra (2009b). 'The Open Method of Coordination: Underconceptualisation, overdetermination, de-politicisation and beyond', *European Integration online Papers (EIoP)*, 13:1, 2–22.
- Lascoumes, Pierre, and Patrick Le Galès, eds. (2005). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po. Paris <http://www.cairn.info/gouverner-par-les-instruments--9782724609492.htm> (Accessed August 4, 2020).
- Lijphart, Arend (1971). 'Comparative Politics and the Comparative Method', *The American Political Science Review*, 65:3, 682–693.
- Linder, Stephen H., and Guy B. Peters (1989). 'Instruments of Government: Perceptions and Contexts', *Journal of Public Policy*, 9:1, 35–58.
- Lipsky, Michael (2010). *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition: Dilemmas of the Individual in Public Service*. 2nd Revised edition. New York: Russell Sage Foundation.
- Löblová, Olga (2016). 'Three worlds of health technology assessment: explaining patterns of diffusion of HTA agencies in Europe', *Health Economics, Policy and Law*, 11:3, 253–273.
- López-Santana, Mariely (2009). 'Having a Say and Acting: Assessing the effectiveness of the European Employment Strategy as an intra-governmental coordinative instrument (2009-015)', *European Integration online Papers (EIoP), Special Issue 1*, 13:15, 190–2015.
- Mahoney, James, and Kathleen Thelen, eds. (2015). *Advances in Comparative-Historical Analysis*. New York: Cambridge University Press.

- Maillard, Jacques de, and Daniel Kübler (2009). *Analyser les politiques publiques*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Majone, Giandomenico (1994). 'The rise of the regulatory state in Europe', *West European Politics*, 17:3, 77–101.
- Mäkelä, Pia, and Esa Osterberg (2009). 'Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004', *Addiction*, 104:4, 554–563.
- Martinsen, Dorte Sindbjerg (2012). 'The Europeanization of Health Care: Processes and Factors', in Theofanis Exadaktylos and Claudio M. Radaelli (eds.), *Research Design in European Studies: Establishing Causality in Europeanization*. Houndmills, Basingstoke Hampshire: Palgrave Macmillan, 141–159.
- Martinsen, Dorte Sindbjerg, and Karsten Vrangbæk (2008). 'The Europeanization of Health Care Governance: Implementing the Market Imperatives of Europe', *Public Administration*, 86:1, 169–184.
- Mintrom, Michael, and Philipa Norman (2009). 'Policy Entrepreneurship and Policy Change', *Policy Studies Journal*, 37:4, 649–667.
- Mintrom, Michael, and Sandra Vergari (1996). 'Advocacy Coalitions, Policy Entrepreneurs, and Policy Change', *Policy Studies Journal*, 24:3, 420–434.
- Moreau, Patrick (2012). *De Jörg Haider à Heinz-Christian Strache: l'extrême droite autrichienne à l'assaut du pouvoir*. Paris: Les Editions du Cerf.
- Muller, Pierre (1985). 'Un schéma d'analyse des politiques sectorielles', *Revue française de science politique*, 35:2, 165–189.
- Muller, Pierre (2000). 'L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique', *Revue française de science politique*, 50:2, 189–208.
- Muller, Pierre, Bruno Palier, and Yves Surel (2005). 'L'analyse politique de l'action publique. Confrontation des approches, des concepts et des méthodes', *Revue française de science politique*, 55:1, 5–6.
- Müller, Wolfgang C., and Kaare Strøm, eds. (1999). *Policy, Office, or Votes?: How Political Parties in Western Europe Make Hard Decisions*. Cambridge England; New York: Cambridge University Press.
- Obinger, Herbert, and Emmerich Tálos (2010). 'Janus-Faced Developments in a Prototypical Bismarckian Welfare State: Welfare Reforms in Austria since the 1970's', in Bruno Palier (ed.), *A Long Goodbye to Bismarck?: The politics of Welfare Reform in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 101–128.
- O'Leary, Rosemary (1989). 'The Impact Of Federal Court Decisions On The Policies And Administration Of The U.S. Environmental Protection Agency', *Administrative Law Review*, 41:4, 549–574.
- Österle, August, and Karin Heitzmann (2009). 'Welfare state development in Austria: strong traditions meet new challenges', in Klaus Schubert, Simon Hegelich, and Ursula Bazant (eds.), *The Handbook of European Welfare Systems*. Oxon, New York: Routledge, 31–48.

- Palier, Bruno Réformer la sécurité sociale. Les interventions gouvernementales en matière de protection sociale depuis 1945, la France en perspective comparative. Paris: Institut d'Etudes Politiques de Paris.
- Palier, Bruno (2010). *A Long Goodbye to Bismarck?: The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*. 01 ed. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Palier, Bruno, and Giuliano Bonoli (1999). 'Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale', *Revue française de science politique*, Vol. 49:3, 399–420.
- Palier, Bruno, and Yves Surel (2005). 'Les « trois I » et l'analyse de l'État en action', *Revue française de science politique*, 55:1, 7–32.
- Peabody, Robert L. et al. (1990). 'Interviewing Political Elites', *PS: Political Science and Politics*, 23:3, 451–455.
- Pedersen, Morten Jarlbæk (2017). 'Real-world Europeanisation: the silent turning of small gears', *Policy Studies*, 38:1, 91–107.
- Pernicka, Susanne (2015). 'Austrian corporatism – Erosion or resilience?', *Austrian Journal of Political Science*, 44:3, 39–56.
- Pierson, Paul (1993). 'When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change', *World Politics*, 45:4, 595–628.
- Pierson, Paul (2002). 'Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies', *Revue française de sociologie*, 43:2, 369–406.
- Radaelli, Claudio M. (2003). 'The Europeanization of Public Policy', in Kevin Featherstone and Claudio M. Radaelli (eds.), *The Politics of Europeanization*. Oxford; New York: Oxford University Press, 27–56.
- Radaelli, Claudio M. (2004). 'Europeanisation: Solution or Problem?', *European Integration online Papers (EIoP)*, 8:16, 1–26.
- Radaelli, Claudio M. (2008). 'Europeanization, Policy Learning, and New Modes of Governance', *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 10:3, 239–254.
- Radaelli, Claudio M. (2012). 'The Challenge of Establishing Causality', in Theofanis Exadaktylos and Claudio M. Radaelli (eds.), *Research Design in European Studies: Establishing Causality in Europeanization*. Houndmills, Basingstoke Hampshire: Palgrave Macmillan, 1–16.
- Reimer, Sebastian (2012). 'Current and Future Settings of Austrian Legislation Regarding Electronic Health Records (EHR)', *European Journal For Medical Informatics*, 8:2, 11–28.
- Reungoat, Emmanuelle (2014). 'Mobiliser l'Europe dans la compétition nationale', *Politique européenne*, 43:1, 120–162.
- Rioufreyt, Thibaut (2019). 'L'outil et la méthode. Des fonctionnalités techniques des CAQDAS à leurs usages méthodologiques. Introduction.', *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 143:1, 7–27.

- Robert, Cécile (2008). 'Chapitre 11 : Expertise et action publique', in Olivier Borraz and Virginie Guiraudon (eds.), *Politiques publiques 1. La France dans la gouvernance européenne*. Paris: Presses de Sciences Po, 309–335.
- Rohlfing, Ingo (2012). *Case Studies and Causal Inference: An Integrative Framework*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ruckenstein, Minna, and Natasha Dow Schüll (2017). 'The Datafication of Health', *Annual Review of Anthropology*, 46:1, 261–278.
- Sabatier, Paul A. (1991). 'Toward Better Theories of the Policy Process', *PS: Political Science and Politics*, 24:2, 147–156.
- Sabel, Charles F., and Jonathan Zeitlin (2008). 'Learning from Difference: The New Architecture of Experimentalist Governance in the EU', *European Law Journal*, 14:3, 271–327.
- Salais, Robert, Gilles Raveaud, and Grégoire Mathieu (2002). 'L'évaluation de l'impact de la Stratégie Européenne pour l'Emploi. Etude pour la DARES', , Paris: Ministère du Travail, Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques.
- Sanchez Salgado, Rosa (2009). 'Les effets des programmes européens sur les associations du secteur social : une influence à niveaux multiples', *Pole Sud*, 31:2, 41–56.
- Sartori, Giovanni (1991). 'Comparing and Miscomparing', *Journal of Theoretical Politics*, 3:3, 243–257.
- Saurugger, Sabine (2013). 'Constructivism and public policy approaches in the EU: from ideas to power games', *Journal of European Public Policy*, 20:6, 888–906.
- Saurugger, Sabine, and Yves Surel (2006). 'L'eupéanisation comme processus de transfert de politique publique', *Revue internationale de politique comparée*, 3:2, 179–211.
- Saurugger, Sabine, and Fabien Terpan (2016a). 'Do crises lead to policy change? The multiple streams framework and the European Union's economic governance instruments', *Policy Sciences*, 49:1, 35–53.
- Saurugger, Sabine, and Fabien Terpan (2016b). 'Resisting "new modes of governance": An agency-centred approach', *Comparative European Politics*, 14:1, 53–70.
- Saurugger, Sabine, and Fabien Terpan (2020). 'Normative transformations in the European Union: on hardening and softening law', *West European Politics*, 0:0, 1–20.
- Spire, Alexis (2007). 'L'asile au guichet', *Actes de la recherche en sciences sociales*, 169:4, 4–21.
- Surel, Yves (2018a). 'La mécanique de l'action publique', *Revue française de science politique*, Vol. 68:6, 991–1014.
- Surel, Yves (2018b). 'La mécanique de l'action publique', *Revue française de science politique*, 68:6, 991–1014.
- Terpan, Fabien (2015). 'Soft Law in the European Union—The Changing Nature of EU Law', *European Law Journal*, 21:1, 68–96.
- Thelen, Kathleen (2014). *Varieties of Liberalization and the New Politics of Social Solidarity*. Cambridge ; New York, N.Y: Cambridge University Press.

- Tilly, Charles (1993). 'Contentious Repertoires in Great Britain, 1758-1834', *Social Science History*, 17:2, 253–280.
- Trubek, David M., and Louise G. Trubek (2005). 'Hard and soft law in the Construction of Social Europe: the Role of the Open Method of Co-ordination', *European Law Journal*, 11:3, 343–364.
- Van Ingelgom, Virginie (2012). 'Mesurer l'indifférence. Intégration européenne et attitudes des citoyens', *Sociologie*, 3:1, 1–20.
- Vanhercke, Bart (2009). 'Against the odds. The Open Method of Coordination as a selective amplifier for reforming Belgian pension policies', *European Integration online Papers (EIoP)*, Special Issue 1, 13:16, 208–226.
- Vanhercke, Bart (2014). 'An OMC for All policies: Is Belgium (still) the Best Pupil in the Class?', in Egidijus Barcevičius, Timo J. Weishaupt, and Jonathan Zeitlin (eds.), *Assessing the Open Method of Coordination. Institutional Design and National Influence of EU Social Policy Coordination*. Houndmills: Palgrave Macmillan, 87–113.
- Visser, Jelle (2005). 'The OMC as Selective Amplifier for National Strategies of Reform. What the Netherlands Wants to Learn from Europe', in Jonathan Zeitlin, Philippe Pochet, and Lars Magnusson (eds.), *The Open Method of Co-ordination in Action: The European Employment and Social Inclusion Strategies*. Bruxelles: P.I.E.-Peter Lang, 173–215.
- Weaver, R. Kent (1986). 'The Politics of Blame Avoidance', *Journal of Public Policy*, 6:4, 371–398.
- Weible, Christopher M., and Paul A. Sabatier, eds. (2017). *Theories of the Policy Process*. 4th ed. New York, NY: Routledge.
- Weishaupt, Timo J. (2009). 'Money, votes or "good" ideas? Partisan politics and the effectiveness of the European Employment Strategy in Austria and Ireland', *European Integration Online Papers, Special Issue 1*, 13:14, 171–188.
- Weissert, Carol S. (1991). 'Policy Entrepreneurs, Policy Opportunists, and Legislative Effectiveness', *American Politics Quarterly*, 19:2, 262–274.
- Zahariadis, Nikolaos (1996). 'Selling British Rail: An Idea Whose Time Has Come?', *Comparative Political Studies*, 29:4, 400–422.
- Zahariadis, Nikolaos (2003a). *Ambiguity and Choice in Public Policy: Political Decision Making in Modern Democracies*. Washington, D.C: Georgetown University Press.
- Zahariadis, Nikolaos (2003b). 'Chapter 3: Ideas and Policy Change in Britain and Germany', in *Ambiguity & choice in public policy. Political decision making in modern democracies*. Washington, D.C: Georgetown University Press, 45–65.
- Zahariadis, Nikolaos (2004). 'European Markets and National Regulation: Conflict and Cooperation in British Competition Policy', *Journal of Public Policy*, 24:1, 49–73.
- Zeitlin, Jonathan (2005). 'Conclusion. The Open Method of Co-ordination in Action. Theoretical Promise, Empirical Realities, Reform Strategy', in Jonathan Zeitlin, Philippe Pochet, and Lars Magnusson (eds.), *The Open Method of Co-ordination in*

- Action: The European Employment and Social Inclusion Strategies*. Bruxelles: P.I.E.-Peter Lang, 447–503.
- Zeitlin, Jonathan (2009). ‘The Open Method of Coordination and reform of national social employment policies : influences, mechanisms, effects’, in Martin Heidenreich and Jonathan Zeitlin (eds.), *Changing European Employment and Welfare Regimes: The Influence of the Open Method of Coordination on National Reforms*. Londres;New York: Routledge, 214–245.
- Zeitlin, Jonathan, Egidijus Barcevičius, and Timo J. Weishaupt (2014). ‘Institutional Design and National Influence of EU Social Policy Coordination: Advancing a Contradictory Debate’, in Egidijus Barcevičius, Timo J. Weishaupt, and Jonathan Zeitlin (eds.), *Assessing the Open Method of Coordination. Institutional Design and National Influence of EU Social Policy Coordination*. Houndmills, 16–39.
- Zeitlin, Jonathan, Philippe Pochet, and Lars Magnusson, eds. (2005). *The Open Method of Co-ordination in Action: The European Employment And Social Inclusioin Strategies*. 2nd ed. Bruxelles ; New York: P.I.E.-Peter Lang S.a.
- Zeitlin, Jonathan, and Bart Vanhercke (2018). ‘Socializing the European Semester: EU social and economic policy co-ordination in crisis and beyond’, *Journal of European Public Policy*, 25:2, 149–174.
- Zohlnhöfer, Reimut (2016). ‘Putting Together the Pieces of the Puzzle: Explaining German Labor Market Reforms with a Modified Multiple-Streams Approach’, *Policy Studies Journal*, 44:1, 83–107.