



HAL
open science

Une analyse régulationniste des dynamiques de marchandisation des systèmes de santé, éclairage par le care

Florence Gallois

► **To cite this version:**

Florence Gallois. Une analyse régulationniste des dynamiques de marchandisation des systèmes de santé, éclairage par le care. *Économie et finance quantitative [q-fin]*. Université de reims Champagne-Ardenne, 2023. tel-04496980

HAL Id: tel-04496980

<https://hal.science/tel-04496980>

Submitted on 9 Mar 2024

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.

Université de Reims Champagne-Ardenne
École Doctorale Sciences Humaines et Sociales
Faculté de sciences économiques, sociales et de gestion

Une analyse régulationniste des dynamiques de marchandisation des systèmes de santé, éclairage par le *care*

Mémoire pour l'habilitation à la direction de recherche

**Présenté et soutenue publiquement par
Florence GALLOIS**

17 janvier 2023

**Garant :
Catherine Laurent**

Membres du jury :

Philippe Batifoulier, Professeur, Université Paris Nord (rapporteur)
Cyril Hédoin, Professeur, Université de Reims Champagne-Ardenne (rapporteur)
Thomas Lamarche, Professeur, Université Paris Diderot (rapporteur)
Catherine Laurent, Directrice de recherche, INRAE, AgroParisTech (garant)
Francesca Petrella, Professeur, Aix-Marseille Université
Bruno Théret, Directeur de recherche, Université Paris Dauphine

L'université de Reims Champagne-Ardenne n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce manuscrit ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu aux membres du jury : Philippe Batifoulier, Cyril Hédoïn, Thomas Lamarche, Francesca Petrella, Bruno Théret, pour l'attention qu'ils ont accepté de porter à ce travail.

Mes remerciements vont ensuite à Catherine Laurent, qui par ses commentaires sur un papier relatif aux régulations sectorielles de la télémédecine, m'a suggéré une large partie de mes de recherche et a accepté de se porter garante de cette HDR. Merci pour la richesse des échanges que nous avons eu pendant l'élaboration du manuscrit.

Mes remerciements s'adressent ensuite à Martino Nieddu pour lequel je n'ai pas de mots.

A mes collègues et amis du laboratoire regards et de la fac Sseg, pour la richesse de nos échanges académiques et non-académiques, ainsi que pour les fous rires. Une pensée particulière à Jérémie Bastien, Samia Benallah, Romain Debref, JP Domin, Elsa Gatelier, Jean-Sébastien Gharbi, Cyril Hédoïn, Pierre Masson, Jean-Francis Ory, Amandine Raully et Dominique Roux. Une pensée également pour les doctorants (régulationnistes) du labo, en particulier Quentin Oget, avec lesquels c'est un plaisir d'échanger.

Aux collègues hors-URCA avec lesquels j'ai plaisir à travailler régulièrement et qui se reconnaîtront.

A mes relecteurs orthographiques, Jean-Seb, Jérémie et Jean-Paul.

Aux membres du CC : Bou, Ben, Estelle PHG, Pag.

Merci à ma famille pour sa compréhension et ses encouragements, merci en particulier à mes parents.

Enfin, merci à Benjamin pour sa présence et son soutien inébranlable.

Table des matières

<i>Liste des acronymes.....</i>	<i>11</i>
1 <i>Introduction générale.....</i>	13
1.1. Le <i>care</i> comme face cachée des systèmes de santé.....	15
1.2. Objet d'étude et démarche.....	18
1.3. Plan d'exposition.....	23
2 <i>Inscription dans la communauté des économistes.....</i>	25
2.1 Les travaux en économie de la santé.....	25
2.1.1 De la santé comme demande à la santé comme besoin.....	27
2.1.2 La marchandisation du système de santé.....	30
2.2 Les travaux sur la protection sociale.....	34
2.2.1 Caractérisation générale de la protection sociale.....	34
2.2.2 Spécificités du système français de protection sociale dans le domaine de la santé.....	39
2.3 Les travaux sur le <i>care</i>	41
2.3.1 <i>Care</i> : travail et emploi.....	42
2.3.2 L'articulation entre politique de <i>care</i> et famille.....	44
2.4 Un ancrage dans les approches régulationnistes.....	45
2.4.1 La dynamique du capitalisme éclairée par les formes institutionnelles et leur hiérarchie....	45
2.4.2 Une analyse des configurations concrètes des formes institutionnelles.....	46
2.4.3 De l'analyse de domaines particuliers pour mettre en évidence les contradictions du capitalisme à la question du multi-niveaux.....	48
2.5 Conclusion de la partie.....	49
3 <i>Analyse de la régulation sectorielle de l'aide à domicile.....</i>	51
3.1 Le secteur de l'aide à domicile (en 2004).....	51
3.2 Les services à la personne : contexte et dispositifs du Plan Borloo.....	56
3.3 Des questionnements issus du terrain.....	59
3.4 Questions de recherche et hypothèses.....	60
3.5 Retour sur le cadre analytique.....	62
3.6 Données.....	63
3.6.1 Données mobilisées et construites dans le cadre de la recherche-action menée pour l'Uriopss	63
3.6.2 Autres données mobilisées et construites.....	65
3.7 Résultats.....	66
3.7.1 Une transformation de l'offre dans les services à la personne et l'aide à domicile aux personnes âgées.....	66
3.7.2 Absence de dualité sectorielle.....	74

3.7.3	Transformation de la régulation de l'aide à domicile	78
3.7.4	Rôle du Plan Borloo dans une logique de transfert du soin vers le care	79
3.8	Les enseignements de l'analyse régulationniste du <i>care</i> par le secteur institutionnel de l'aide à domicile	84
4	<i>Régulation de la télésurveillance dans le système de santé : le cas français</i>	87
4.1	Enjeux associés à la politique de développement de la télémédecine en France	88
4.2	Question de recherche et hypothèse	89
4.3	Caractérisation de la télésurveillance et matériaux	90
4.3.1	Une analyse centrée sur la télésurveillance	90
4.3.2	Matériaux	92
4.4	Résultats	93
4.4.1	Une complexification du travail et présence accrue du care	93
4.4.2	Une réglementation centrée sur le soin et silencieuse sur le care	95
4.4.3	Une modification de la forme de socialisation de la couverture santé	96
4.5	Mise en perspective de l'analyse de la régulation de la télésurveillance	97
5	<i>Politique de télémédecine et régulation : une comparaison internationale</i>	99
5.1	Enjeux, question de recherche et hypothèse	99
5.2	Méthode et données mobilisées	101
5.2.1	Données pour la comparaison des systèmes de santé	101
5.2.2	Un processus itératif pour caractériser l'organisation institutionnelle et le développement de la télémédecine	102
5.3	Résultats	108
5.3.1	Organisation des systèmes de santé et de télémédecine au Danemark, en Écosse et en France 108	
5.3.2	Articulation entre les dispositifs de santé et de télémédecine	112
5.3.3	Une interprétation des niveaux de développement de la télémédecine	114
5.4	Mise en perspective et développements suggérés	116
6	<i>Conclusion et perspectives</i>	119
6.1	Conclusion	119
6.2	Perspectives	126
6.2.1	Perspective de court terme : les plateformes de santé comme dispositif favorisant la coordination care-soins ?	127
6.2.2	Perspectives de moyen terme	131
6.2.3	Environnement de recherche et animation de la recherche	138
	<i>Bibliographie</i>	143
	<i>Annexes</i>	161
	Annexe 1 - Les 21 activités de services à la personne définies par le Code du travail et ouvrant droit à avantages fiscaux	161
	Annexe 2 - Dispositifs de soutien, direct et indirect, au développement des services à la personne	162

Annexe 3 - Les conditions d'entrée sur le marché de l'aide à domicile : Agrément qualité et autorisation	163
Annexe 4 - Évolution de la répartition de l'activité des prestataires de services à la personne	167
Annexe 5 - Grille de codage et analyse de la littérature télémédicale	169
<i>Table des Figures</i>	<i>170</i>
<i>Table des Encadrés</i>	<i>171</i>
<i>Table des Tableaux</i>	<i>171</i>

Liste des acronymes

AES	Association d'Économie Sociale
AFS	Association Française de Sociologie
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAP	<i>Agence Nationale d'Appui à la Performance</i>
ANSP	<i>Agence Nationale des Services à la Personne</i>
APA	<i>Allocation Personnalisée d'Autonomie</i>
ARS	Agence Régionale de Santé
C2ESPS	Chargé d'Études en Économie de la Santé et de la Protection Sociale
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CEPN	Centre d'Économie de Paris Nord
CES	Centre d'Économie de la Sorbonne
CIFRE	<i>Convention Industrielle de Formation à la Recherche en Entreprise</i>
Clersé	Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques
CRCT	Congé pour Recherches ou Conversions Thématiques
CREG	<i>Centre de Recherche en Économie de Grenoble</i>
DARES	Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (ministère du travail)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la santé et des populations)
DRTEFP	<i>Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle</i>
EAEPE	<i>European Association for Evolutionary Political Economy</i>
EHPAD	<i>Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante</i>
Espanet	<i>European Network for Social Policy Analysis</i>
GIR	<i>Groupe Iso-Ressource</i>
HAD	<i>Hospitalisation A Domicile</i>
HDR	Habilitation à la Direction de Recherches
INRAE	Institut National de Recherche pour l'Agriculture, l'Alimentation et l'Environnement
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	<i>Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale</i>
LEMNA	Laboratoire d'Économie et de Management de Nantes
Lest	Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail
MCO	<i>Médecine, Chirurgie Obstétrique</i>

Mire-DREES	Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la santé et des populations)
NHS	<i>National Health Service</i>
NHSS	<i>National Health Service Scotland</i>
OCDE	<i>Organisation pour la Coopération et le Développement Économique</i>
OECD	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la Santé</i>
Ortic	Maladies Orphelines et Rares ; Technologies, Information et Coordination
Pacte	<i>Pacte, laboratoire de sciences sociales (Grenoble)</i>
RST	Régulation Sectorielle et Territoriale
RT6	Réseau Thématique 6 (de l'Association française de sociologie) sociologie des politiques sociales
SAD	<i>Service d'Aide à Domicile</i>
SAP	<i>Services A la Personne</i>
SASE	<i>Society for the Advancement of Socio-Economics</i>
SGAR	<i>Secrétariat Général aux Affaires Régionales</i>
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	<i>Soins de Suite et Réadaptation</i>
TIC	<i>Technologies de l'Information et de la Communication</i>
TM	<i>Télémédecine</i>
UNIPOSS	<i>Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux</i>
URIOPSS	<i>Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WP	<i>Work-Package</i>

1 Introduction générale

Lors de son allocution du 12 mars 2020 sur la crise sanitaire liée au covid, le Président Macron a affirmé que « La santé n'a pas de prix. Le gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires (...) pour sauver des vies, quoi qu'il en coûte ». [...] « Il est des biens et services qui doivent être placés en dehors des lois du marché » (Allocution du 12 mars 2020 du Président Macron sur la crise sanitaire liée au Covid-19).

Pourtant, depuis plusieurs dizaines d'années, la santé était considérée par la puissance publique comme un coût à maîtriser. Ainsi, moins de deux ans avant cette allocution, le Président de la république s'agaçait dans une vidéo du fait que « on met un pognon de dingue dans les minima sociaux » et que « sur la santé c'est pareil »¹. La maîtrise des dépenses reposait sur l'introduction de ce que le président appelle « des lois du marché » dans un domaine qui s'est construit sur la base de règles différentes de celles du marché, celui de la santé, et plus largement de la protection sociale.

L'introduction des « lois du marché » dans le domaine de la santé a pris de multiples aspects : renforcement des logiques concurrentielles, « responsabilisation » des individus quant à leurs dépenses et plus largement à leurs comportements, soutien aux entreprises capitalistes (c'est-à-dire des entreprises privées rémunérant le capital, par opposition aux organismes publics ou associatifs), *via* le développement des couvertures assurantielles privées, *via* le soutien à l'entrée sur le marché d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à but lucratif ...

Les logiques marchandes introduites dans le domaine de la santé depuis plusieurs décennies ne manquent pas d'attirer l'attention de la satire², de même que le revirement de discours. À la suite de l'allocution du 12 mars, le Gorafi³ publie un article intitulé « Emmanuel Macron propose d'instaurer un tout nouveau système de santé universel et juste que l'on appellerait "Sécurité Sociale" »⁴. Le Gorafi précise, en faisant parler le Président, que « Il s'agit de permettre aux Français d'être égaux face à la maladie. On pourrait, par exemple, j'imagine, faire en sorte que des médicaments et des actes médicaux pourraient être totalement remboursés, comme ça les Français ne seraient pas pénalisés dans leur finance quand il s'agit de prendre soin d'eux et de guérir ». En suggérant les idées d'universalité et de justice qui pourraient être associées à la Sécurité sociale, la satire souligne surtout en filigrane que ces idées ne semblent pas guider les politiques de santé depuis des décennies et que la marchandisation de la santé et de la protection sociale

¹ La vidéo est encore disponible sur de nombreux sites (consultés le 12 juillet 2022), la vidéo dans son intégralité est disponible sur le site de TF1info à ce lien <https://www.tf1info.fr/politique/emmanuel-macron-on-met-un-pognon-de-dingue-dans-les-minima-sociaux-video-2090364.html>

² Par exemple, en octobre 2019, le Gorafi titre « Emmanuel Macron propose de remplacer la Sécurité Sociale par une cagnotte Leetchi » <http://www.legorafi.fr/2019/10/01/emmanuel-macron-propose-de-replacer-la-securite-sociale-par-une-cagnotte-leetchi/>

³ Le Gorafi est un site satirique dont le contenu a une visée humoristique. Les articles sont faux (même si la fiction semble parfois rattrapée par la réalité).

⁴ <http://www.legorafi.fr/2020/03/12/emmanuel-macron-propose-dinstaurer-un-tout-nouveau-systeme-de-sante-universel-et-juste-que-lon-appellerait-securite-sociale/>

modifie les rapports sociaux. Elle met l'accent sur le renforcement des mécanismes de marché là où la coordination reposait sur des mécanismes hors marché, de répartition et de redistribution. Les politiques attendent de la marchandisation qu'elle limite la dépense publique, alors que les évolutions socio-démographiques liées au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques doivent conduire à une augmentation de cette dépense (Joumard, Christophe André & Nicq, 2010)⁵. *A posteriori*, la limitation des dépenses publiques associée à la marchandisation est pourtant loin d'être confirmée (Batifoulier, 2015). Cependant, les effets de la marchandisation ne sont pas que budgétaires. La marchandisation renforce les conséquences des inégalités de revenu face au traitement de la maladie, et *in fine*, face à la maladie, qui peut venir elle-même renforcer d'autres formes d'inégalités. Un ensemble de travaux d'économistes de la santé met en évidence ces divers mécanismes pour le système de santé français (par ex : Abecassis, & al., 2017 ; Batifoulier, 2014 ; Batifoulier, Da Silva & Domin, 2018 ; Batifoulier & Domin, 2015; Christine André ; 2015 ; Christine André, Batifoulier et Jansen-Ferreira ; 2016).

Mes recherches s'inscrivent dans ces problématiques en précisant le rôle que joue dans cette dynamique le *care*, un ensemble d'activités ayant trait à la santé qui sont complémentaires aux soins. Elles visent à mettre en évidence les mécanismes par lesquels le développement des logiques marchandes dans le domaine de la santé, à des fins de maîtrise de la dépense publique, influe sur les rapports sociaux de production associés au *care* ainsi que sur les rapports de protection sociale. Menés pour l'essentiel avant la pandémie, mes travaux analysent un mouvement de marchandisation antérieur au covid, et que la crise sanitaire n'est pas venue infléchir. Ils n'analysent pas spécifiquement les transformations associées à la diffusion du numérique liée à crise sanitaire, y compris dans le système de santé, qui a contribué à modifier le rapport à la distance mais renforce les inégalités liées au numérique (compétences liées à l'utilisation des technologies, matériel, accès au réseau internet, etc.). Mes travaux reposent sur l'étude de deux domaines principaux d'intervention publique, qui sont associés à des prises en charge chroniques, les services d'aide à domicile et la télémédecine, alors en émergence. L'analyse de ces domaines conduit à relier la santé et le *care* et, de ce fait, les systèmes de santé aux systèmes de *care*. La suite de cette introduction s'attache à montrer dans quelle mesure santé, soins et *care* peuvent être analytiquement reliés (1.1.). Cette caractérisation permet de préciser mon objet d'étude et ma démarche (1.2.) ainsi que la manière dont je vais restituer les apports de mes travaux (1.3.).

⁵ Le prénom de Christophe André est ici précisé afin de distinguer ses travaux de ceux de Christine André, cette précision du prénom est d'autant plus nécessaire que tous deux travaillent sur des comparaisons internationales dans le domaine de la santé.

1.1. Le care comme face cachée des systèmes de santé

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit un système de santé comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé »⁶. L'organisation précise dans le préambule de sa constitution (1946), que la « santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En cela, l'OMS s'éloigne des approches naturalistes de la santé, qui définissent la santé comme l'absence d'écart de fonctionnement de l'organisme relativement aux normes biologiques de fonctionnement (Boorse, 1997). L'approche naturaliste, fondée sur la normalité de fonctionnement dans son sens gaussien est en effet fortement discutée (Hausman, 2012, 2015 ; Kingma, 2009), y compris au regard de critères relevant de normes sociales (Canguilhem, 1966). Les approches holistes de la santé étendent donc la conception de la santé au-delà de sa dimension biologique. Elles rattachent explicitement la santé à un concept social. Dans cette perspective, la santé correspond à la capacité qu'a un individu à atteindre ses buts de vie (*vital goals*), ce qui passe à la fois par la réalisation des activités de la vie quotidienne et son insertion dans la société (Nordenfelt, 2007). Cette approche appelle deux remarques. D'une part, un fonctionnement physiologiquement anormal, dans son acceptation gaussienne, peut ne pas constituer un problème de santé s'il ne contraint pas l'individu dans la réalisation de ses objectifs. Cela tient notamment au fait qu'il existe des différences culturelles dans la définition de la normalité. À titre d'exemple, la spirochétose dyschromique, qui se traduit par des taches cutanées, lésions de la peau et irritations, est considérée par le corps médical comme une maladie de la peau (Mandoul & Mandoul, 1942). Toutefois, ce phénomène est si répandu dans une tribu sud-américaine qu'il est considéré comme normal. *A contrario*, son absence est considérée socialement comme une maladie et rend impropre au mariage, et donc à la survie reproductive, un but biologique supposé de tout organisme (cf. Gallois & Hédoïn, 2018). D'autre part, la capacité à réaliser des activités quotidiennes est essentielle pour la réalisation des buts vitaux de l'individu. De ce fait, l'état de santé d'un individu repose fortement sur la mesure de la capacité de l'individu à la réalisation de ses buts. Outre l'absence de douleur et d'anxiété, la santé repose communément sur des dimensions comme la capacité à se mouvoir, à prendre soin de soi (hygiène) et à réaliser des activités quotidiennes (travailler, étudier ...)⁷.

Le système de santé a vocation à produire de la bonne santé. Avec l'acceptation holistique de la santé, lorsque la santé est défaillante, deux formes d'intervention peuvent être mises en œuvre pour compenser cet état. La première est celle du traitement, souvent médical, de l'état de santé. Il s'agit de soigner le patient. Cette forme d'intervention est appelée le soin. La seconde est celle de l'accompagnement de l'individu pour la réalisation de ses

⁶ Définition de l'OMS : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr/> consulté le 3 avril 2015.

⁷ Ces dimensions correspondent à celles mobilisées pour mesurer un état de santé avec la grille EQ-5D, une mesure standardisée du niveau de santé développée par le groupe EuroQuol. Cette grille est largement utilisée aussi bien pour des essais cliniques, que pour de l'évaluation médico-économique que dans le cadre de prises en charge cliniques.

activités de la vie quotidienne et son insertion dans la société. Il s'agit ici d'un accompagnement social, qui inclut notamment les activités d'aide à domicile (aide au lever, à la mobilité, à l'hygiène...). Cette réponse à un problème de santé, qui prend la forme d'aide, est appelée *care*. Ces deux formes d'intervention peuvent se combiner pour la prise en charge d'un état de santé. Ainsi une personne s'étant cassé la jambe aura besoin de soins pour réparer sa jambe et limiter la douleur induite par la fracture mais elle aura également certainement besoin d'un appui à sa mobilité, c'est-à-dire de *care*. De la même manière, une personne atteinte d'une maladie neurodégénérative (ex. Parkinson) aura besoin d'un traitement médical de son état de santé (l'objectif étant alors ici de limiter le développement de la maladie et de ses effets) ainsi que d'aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, c'est-à-dire du *care*.

Le système de santé, en tant qu'organisation d'une réponse à des défaillances de santé, est souvent implicitement envisagé comme un sous-système de la protection sociale. Les travaux de Christine André (2007, 2015)⁸ sur la comparaison des systèmes de santé s'inscrivent dans cette perspective. Ils articulent explicitement le système de santé avec le système de protection sociale. Pour caractériser les systèmes de santé, Christine André propose de construire une configuration autour « *d'un cœur comprenant le système de santé et l'état de santé et [qui] ferait apparaître d'une part les interrelations internes à ce bloc, d'autre part ses interrelations avec les composantes du « contexte » (que l'on pourrait définir comme les sphères politico-administrative, économique, sociale-sociétale-domestique, et idéale) et entre ces dernières* » (2015). La configuration qu'elle propose fait explicitement référence aux travaux de Théret (1996b, 2011) sur la caractérisation des systèmes de protection sociale. Les systèmes de santé et leur production sont au cœur de l'analyse, mais ce cœur se voit inséré dans un contexte qui est celui de la protection sociale. Cette optique présente l'avantage d'articuler les ordres domestique, politique et économique, présents dans le système de protection sociale et qui se retrouvent dans le système de santé. Cependant les relations entre les ordres peuvent être spécifiques à chaque système de santé, de la même manière qu'elles sont spécifiques aux configurations nationales des systèmes de protection sociale.

Compte tenu de ces éléments, la caractérisation de système de santé repose alors au moins sur la caractérisation :

- Des logiques d'articulation entre le *soin* et le *care* ;
- De l'articulation des ordres politique, économique et domestique dans le système de santé ;
- De l'articulation des différents ordres pour les systèmes de soins et de *care*.

Cependant, la manière dont les systèmes de santé ont été institutionnalisés fait que la caractérisation de ceux-ci repose sur des données permettant de rendre compte des soins

⁸ Le prénom de Christine André est précisé afin de distinguer ses travaux de ceux de Christophe André. Cf. note de bas de page 5.

mais relativement mal du *care*, qui se retrouve ainsi mis en invisibilité. En effet, plus ou moins bien couverts par les systèmes assurantiels publics et/ou privés du domaine de la santé, qui sont principalement centrés sur le soin, les flux monétaires associés au *care* échappent assez largement à la mesure. Ainsi, en France, l'assurance maladie obligatoire ne couvre que les soins⁹ et biens médicaux ; le *care* est quant à lui couvert par d'autres dispositifs fragmentés. En outre le travail de *care* ne donne pas nécessairement lieu à une circulation monétaire. Il inclut l'aide à la réalisation des activités de la vie quotidienne (auprès d'enfants ou d'adultes ne pouvant réaliser ces gestes en raison de leur état de santé), aide qui peut être rémunérée lorsqu'elle est effectuée par un professionnel comme une aide à domicile, ou non rémunérée lorsqu'elle est effectuée par un parent sur son enfant, entre conjoints ou par un enfant sur ses parents. Au niveau national, il est estimé que 10 % de la population française de plus de 5 ans reçoit une aide visant la prise en charge d'une incapacité, et que dans 63 % des cas, cette aide est strictement autoproduite dans le cercle familial¹⁰ (Weber, 2015). Spécifiquement pour les personnes âgées, l'enquête *care aidants ménages* de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees, rattachée au ministère en charge des questions sanitaires et sociales) estime ainsi que 3,9 millions de personnes aident régulièrement un proche âgé en 2015. Près de 60 % de ces aidants sont des femmes¹¹ (Besnard, & al., 2019). Mais les difficultés de mesure du travail de *care* (et de caractérisation des acteurs intervenant dans le *care*) ne se cantonnent pas à la seule non-monétarisation d'une grande partie du travail. En effet, le recensement des professionnels du *care* non médicaux est difficile. En revanche les professionnels médicaux et de soins, dans la mesure où leur exercice est conditionné à l'obtention d'une licence, sont bien identifiés. Le dénombrement des professionnels du *care* est rarement exhaustif. Ainsi, concernant les travailleurs du *care*, l'OCDE ne dispose de données que pour 60 % de ses pays membres (OECD, 2016) et, dans près de 30 % des cas (6 des 21 pays pour lesquels l'information est disponible), ces données se restreignent aux soins en établissements alors qu'une large partie de ces soins est réalisée au domicile de la personne. Une partie significative de l'activité de *care* échappe ainsi à la mesure de sa contribution au système de santé. Le *care* est ainsi largement mis en invisibilité dans les systèmes de santé.

⁹ La séparation entre soins et *care* relève en France d'une séparation institutionnelle que j'utiliserai pour mon analyse : le *care* renvoie ainsi aux activités d'aide réalisée dans l'espace institutionnel du *care* (dépendance), par opposition à l'espace institutionnel des soins (cf. infra).

¹⁰ Le *care* auprès de personnes sans incapacité (par exemple, la préparation du diner familial) est ici exclu de l'étude, seule une dimension du *care* est retenue, celui répondant à un problème de santé dans la perspective de Nordenfelt.

¹¹ Il n'est pas impossible que ce chiffre comporte un biais de genre où les femmes, habituées à prendre en charge le domicile, se déclareraient moins souvent aidantes que la réalité et les hommes plus souvent.

1.2. Objet d'étude et démarche

Malgré sa mise en invisibilité, le *care* relève de la santé. De ce fait, la modification des mécanismes de régulation dans le domaine de la santé influe la régulation du *care*. À gros traits, la marchandisation de la santé se traduit en premier lieu par le renforcement d'échanges et de mécanismes marchands au détriment de mécanismes de répartition et de redistribution. Le renforcement des mécanismes marchands contribue à ouvrir de nouvelles sources de profit, comme par exemple, le développement des assurances maladies complémentaires ou encore le développement d'établissements de santé à but lucratif (qu'il s'agisse de cliniques ou d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes - EHPAD). En lien avec le développement des mécanismes marchands, les conditions d'accès aux services de santé se voient modifiées : avec une diminution relative des logiques de répartition et redistribution, le revenu et la propension à payer contribuent à structurer une demande de santé. Ainsi, certaines personnes sont amenées à renoncer à se soigner pour des raisons financières. En France, ce phénomène concerne 15,4 % de la population adulte (15-64 ans). Le taux de renonciation est de l'ordre de 25 % pour les personnes du premier quintile de revenus¹² (Després, & al., 2011). Le développement de mécanismes marchands conduit ainsi à des inégalités d'accès aux soins de santé¹³. Les logiques de marchandisation de la santé se retrouvent également au sein la production de santé. En particulier, cette logique marchande se traduit par la recherche de gains de productivité et la limitation des sources d'inefficience, en particulier celles associées aux asymétries informationnelles (relations d'agence). La marchandisation de la santé contribue ainsi à modifier d'une part les relations de protection sociale et d'autre part, les configurations productives associées à la santé, de ce fait elle induit une modification des rapports sociaux de production de santé. Comme dans la santé, le *care* est largement invisible, les effets de ces recompositions sur le *care* sont rarement analysés.

Mes travaux contribuent à mettre en évidence les mécanismes qui font que la marchandisation de la santé modifie les rapports de production et de protection sociale associés au *care*.

Le *care* et les soins ont des caractéristiques communes. Ils peuvent être produits dans la sphère marchande (*via* un prestataire de service ou un emploi direct, donnant alors lieu à des flux monétaires) ou au sein de la sphère domestique (ne donnant alors pas lieu à une contrepartie monétaire)¹⁴. Selon que *le care*/les soins sont produits dans l'une ou

¹² Le premier quintile correspond ici à un revenu inférieur à 870€ par mois par unité de consommation.

¹³ Les inégalités d'accès aux soins ne se limitent pas aux revenus. Notamment, elles présentent également une dimension territoriale, certaines zones ayant de faibles effectifs de médecins relativement à la population sont nommées comme déserts médicaux. Les zones très rurales ne sont pas les seules concernées puisque l'Île-de-France, en particulier la Seine-Saint-Denis, connaît un fort déficit de médecins relativement à la population.

¹⁴ Le *care* est fortement attaché à la sphère domestique puisque il est le plus souvent produit au domicile. Des soins, au sens d'un traitement de la maladie, peuvent également être produits dans la sphère domestique. La prise en charge d'un virus hivernal bénin par exemple peut être autoproduite

l'autre des sphères, ou dans les deux, les rapports sociaux de production ne sont pas les mêmes. Dans la sphère économique, les conditions de mise au travail peuvent être appréhendées en termes de relation salariale, qui traduit une certaine forme de compromis entre l'économique et le politique. Dans la sphère domestique, les conditions de mise au travail se caractérisent généralement par l'absence de rémunération et de droits sociaux associés au travail. La réalisation de l'activité dans la sphère domestique laisse également en suspens la question de la valeur ajoutée de cette production. En l'absence de flux monétaires, et d'estimation de ceux-ci, la valeur ajoutée associée à cette production au sein de la sphère domestique n'est pas mesurée par la comptabilité nationale¹⁵. La répartition de cette valeur ajoutée n'est *de facto* pas prise en compte, laissant supposer que les bénéficiaires associés se restreignent aux seuls ménages qui réalisent l'activité.

Le *care* présente également des spécificités relativement aux soins médicaux, qui sont liées à une séparation institutionnelle entre ces deux domaines. Lorsqu'elle est réalisée dans la sphère marchande, la couverture des dépenses d'aide/de *care* ne relève ainsi pas des mêmes logiques de socialisation et de répartition que celles associées aux soins¹⁶. Ainsi, en France, l'assurance maladie obligatoire ne couvre que les dépenses associées aux soins¹⁷, tandis que les dépenses liées au *care* sont renvoyées à des prises en charge plus restreintes associées à un ciblage de la population relevant davantage de l'aide sociale. Les compromis organisant une solidarité des prises en charge et les configurations de protection sociale afférentes au *care* et aux soins sont ainsi très différents (elles seront spécifiées plus précisément dans la suite du manuscrit). C'est pourquoi j'ai choisi de qualifier de *care* toutes les activités n'étant pas dans l'espace institutionnel du soin.

Care et soins contribuent à la production de santé. De ce fait, ils peuvent être reliés au regard de la production, en particulier en termes de division du travail. Bien que soins et *care* soient institutionnellement étanches au regard des logiques de protection sociale associées, au moins dans le cas français, une évolution de la division du travail entre soins

(éventuellement en recourant à l'achat de médicaments sans ordonnance dédiés à la gestion des symptômes). En outre, les personnes malades chroniques ou vivant avec des personnes en incapacité peuvent également être amenées à réaliser des gestes de soins, y compris des soins médicaux. Il y a alors un report sur le patient et/ou son entourage de certains gestes médicaux. Ce type de production ne sera pas analysée en tant que tel.

¹⁵ Ce n'est pas le cas de toutes les productions pour emploi final propre, par exemple, les propriétaires occupants voient leurs loyers estimés, de même que les productions associées à des lopins.

¹⁶ La séparation institutionnelle entre les deux types d'activité varie selon les pays. Elle est également variable dans la littérature académique, en particulier la littérature anglo-saxonne sur le *care* y inclus également ce que j'appelle des soins (Davis & McMaster, 2017 ; Folbre & Nelson, 2000 ; Heyes, 2005 ; Nelson & Folbre, 2006 ; Tronto, 2013).

¹⁷ Dans la configuration institutionnelle française, des activités d'aide peuvent être rattachées aux dispositifs du soins si leur production est conjointe à une prise en charge de type soins, qu'elles sont liées à un objectif de traitement et réalisée dans un établissement de soins, par exemple, l'aide au déplacement d'une personne hospitalisée pour une fracture sera considérée comme soins dans cette configuration. Cette même aide au déplacement pour une prise en charge en dehors d'un établissement de soins (le domicile par exemple) ne sera pas rattachée aux dispositifs de soins mais à ceux de *care*.

et *care*, et donc entre l'espace de production du *care* ou du soins, contribue à rendre poreux les deux espaces institutionnels. Des activités relevant du soin peuvent ainsi être relayées sur le système de *care*. Par exemple, une aide à l'hygiène réalisée dans le cadre d'une hospitalisation relèvera institutionnellement des soins, mais si cette même aide est réalisée dans le cadre d'une prise en charge au domicile, elle relèvera du *care*. Ceci vient, par entraînement, modifier les rapports de protection sociale. Mes travaux rendent compte de ce phénomène et mettent en évidence les mécanismes de régulation associés. Ils reposent sur une analyse des régulations sectorielles du *care*, dont la portée est multi-niveaux, et qui a été développée sur deux domaines concernant le *care*.

L'intérêt d'une analyse en termes de régulation sectorielle

Les travaux régulationnistes focalisés sur l'analyse macroéconomique invitent à tenir compte de l'importance de la forme de la concurrence dans l'analyse de la marchandisation des systèmes de santé (Petit, 2008). Les approches régulationnistes développés au niveau mésoéconomique du secteur et/ou du territoire montrent que le changement institutionnel dans des domaines spécifiques résulte de contradictions et d'arrangements institutionnels qui ne sont pas perceptibles à cette échelle macro, ce que confirme l'analyse du *care*. En effet, le domaine est spécifique et constitue un espace autonome au regard de la finalité de sa production : une aide à la réalisation de gestes de la vie quotidienne rendue nécessaire par des problèmes de santé. Néanmoins, le *care* est encadré dans le système de santé et dans le niveau macro de l'économie. Les changements institutionnels associés au *care* s'articulent alors avec ces deux niveaux.

L'analyse a nécessité de construire un espace du *care* à la fois autonome et encadré dans le système de santé et le niveau macro. Un tel espace peut être considéré comme un secteur institutionnel, c'est-à-dire un ensemble d'arrangements institutionnels et productifs associé à une activité, et qui contribuent à sa reproduction en dépit de crises et de transformations de ses mécanismes de régulation.

Les limites de ce secteur institutionnel ne correspondent cependant pas à celles de la comptabilité nationale. En particulier, les catégorisations de la comptabilité nationale amènent à intégrer l'activité des particuliers en tant qu'employeur, mais le *care* n'y est pas l'activité principale (et réciproquement, à ne pas tenir compte d'organisations pour lesquelles le *care* est une activité connexe). La construction et la délimitation du secteur institutionnel a ainsi été essentielle dans mes analyses. Elle a permis d'analyser la concurrence entre des organisations variées et de préciser les mécanismes de régulation de l'espace du *care*. En effet, à partir du moment où les producteurs ne sont pas uniformes, *a fortiori* lorsque plusieurs formes de production associées à des rapports sociaux de production et de protection sociale différents peuvent coexister et être en concurrence comme c'est le cas pour le *care*, l'analyse de la concurrence entre producteurs devient également, une analyse de la concurrence entre des organisations aux rapports sociaux différents. L'analyse du secteur dans une perspective régulationniste contribue ainsi à l'analyse du changement institutionnel en intégrant dans cette perspective les dynamiques concurrentielles portées par les acteurs du champ au même titre que l'évolution des dispositifs en place.

Domaines d'activité étudiés

Dans cette perspective, j'ai étudié deux domaines d'activité rattachés à des politiques publiques qui participent de la marchandisation de la santé et concernent le *care* associé à des prises en charge chroniques : l'aide à domicile et la télémédecine, en particulier la télésurveillance (un type de télémédecine). L'aide à domicile est principalement rattachée au *care* et la télésurveillance est principalement rattachée aux soins. Ces deux domaines représentent deux angles d'entrée complémentaires pour l'analyse des systèmes de santé et de la manière dont la marchandisation de la santé et des soins modifie les rapports de production et de protection sociale. Le périmètre associé au *care* diffère cependant entre les deux analyses.

Le premier périmètre d'analyse du *care* est donc celui de l'aide à domicile aux personnes âgées, qui correspond à une aide à la réalisation des activités d'aide à la vie quotidienne, incluant de l'aide à la mobilité, à la préparation et à la prise de repas, à l'hygiène corporelle et du logement. L'aide vient ici répondre à des besoins induits par un mauvais état de santé, c'est-à-dire un état de santé ne permettant pas de réaliser ces activités de façon autonome. Ce mauvais état de santé est indépendant de l'âge de la personne, des personnes handicapées jeunes peuvent également avoir besoin d'aide pour ces activités de la vie quotidienne. Toutefois, le financement de l'aide est (en partie) socialisé *via* une politique sociale et, le système de protection sociale français organise une séparation en fonction d'un critère d'âge entre le handicap et la dépendance liée au vieillissement. J'ai analysé les activités d'aide réalisées au domicile privé de la personne¹⁸.

Les modalités de production de l'aide à domicile ne sont pas uniformes : elles incluent aussi bien l'emploi d'un salarié que le recours à un prestataire. Les rapports sociaux associés diffèrent, pour autant, les organisations associées se trouvent en concurrence. Toutefois, il est possible de construire un espace analytique à partir des dispositifs formels qui les concernent, qui sont rattachés à la protection sociale et qui organisent des règles de concurrence dans cet espace. De ce fait, ils peuvent s'analyser comme un seul secteur institutionnel et que j'appelle par la suite de ce manuscrit « secteur de l'aide à domicile ».

L'aide à domicile est également une des activités de services à la personne. En cette perspective, elle peut être la cible d'une politique d'emploi. L'objectif de la politique liée aux services à la personne est de faire sortir les activités associées à de l'autoproduction dans la sphère domestique au profit d'une production dans la sphère marchande, qui serait créatrice d'emplois et constituerait une nouvelle opportunité de profit pour les entreprises capitalistes (Cahuc & Debonneuil, 2004). Les rapports sociaux associés à la production de ces services se verraient toutefois modifiés. Le passage de l'autoproduction à une production dans la sphère marchande permet de transformer du travail invisible statistiquement en du travail visible, mesurable en nombre d'emplois. Il permet également de faire apparaître une valeur ajoutée par les transferts monétaires induits,

¹⁸ Cela exclu les habitats collectifs comme les EHPAD. En effet, les dispositifs de protection sociale qui y sont associés diffèrent.

cette valeur ajoutée pouvant être répartie entre rémunération des salariés et excédent brut d'exploitation, puis venir alimenter le processus de socialisation des revenus. Cette logique de marchandisation affirmée, conçue principalement sous l'angle de la création d'emplois, semble *a priori* éloignée d'une question de santé mais j'en ai montré les effets systémiques en étudiant la régulation du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées.

Le deuxième domaine étudié est celui de la télésurveillance. La télésurveillance est un type de télé-médecine. La télé-médecine est une activité de production de soins à distance au moyen de technologies de l'information et de la communication. Le développement de la télé-médecine est soutenu par une politique publique. L'objectif affiché est d'améliorer l'accès à des soins de qualité sans modifier les effectifs médicaux, et tout en maîtrisant la dépense publique de santé. Le soutien à cette forme de prise en charge médicale reposant sur la technologie constitue, pour les développeurs de solutions logiciels et matérielles un nouveau marché et de nouvelles sources potentielles de profit. En cette perspective, elle contribue à la marchandisation du système de soins et de santé. Son utilisation accrue pendant la crise sanitaire est venue renforcer cette dynamique. Dans la mesure où elle repose sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), elle modifie profondément la dimension matérielle des relations de production : les patient et les médecins peuvent être dans des lieux différents, ces lieux n'étant pas nécessairement rattachés au système de soins (ce peut être le domicile du patient) ; les échanges peuvent être synchrones ou asynchrones, et l'usage de la technologie est nécessaire à la production de la télé-médecine. De ce fait, elle induit une modification des rapports de production des soins associés. J'ai ainsi montré les mécanismes par lesquels rapports de production associés à la télé-médecine, ainsi que les rapports de protection sociale afférents, contribuent à la transformation du système de santé. La télé-médecine correspondant à plusieurs types de soins, j'ai centré mon analyse sur le type de soins le plus ambigu quant à l'étanchéité des frontières entre le soin médical et le *care* : la télésurveillance. La télésurveillance consiste en un *monitoring* à distance d'un patient, et si le *monitoring* révèle un besoin, des soins seront prodigués (à distance ou en présentiel). La télésurveillance vise ainsi à surveiller un mauvais état de santé et à le gérer médicalement s'il est mauvais. Il s'agit formellement d'une activité de soins, mais une partie de l'activité est réalisée au domicile du patient, par celui-ci et/ou sa sphère familiale. La production à domicile, dans la sphère familiale, peut être caractéristique du *care*. La télésurveillance est ainsi positionnée à l'articulation des soins et du *care*. Dans ces travaux sur la télésurveillance, le *care* est alors entendu comme des activité de production induites par un mauvais état de santé (indépendamment de l'âge) mais n'étant pas dans le périmètre des arrangements institutionnels de la production de soins et du financement des soins par l'assurance maladie obligatoire.

1.3. Plan d'exposition

L'objectif, la démarche et les domaines que j'étudie me positionnent à l'intersection de quatre communautés de recherche : la communauté des économistes de la santé, celle travaillant sur la protection sociale, et celle travaillant sur le *care* et des économistes régulationnistes. La prochaine partie s'attache à souligner les apports de ces différentes communautés, mais aussi les questions de recherche qu'elles permettent d'ouvrir (partie 2). Je présente ensuite les apports de mes travaux. Dans un premier temps, je propose une relecture d'un ensemble de travaux portant sur l'aide à domicile (partie 3). Ils comprennent un ensemble de travaux qui ont découlé de mes recherches doctorales¹⁹ et les ont étendues. Ils m'ont permis de dégager des mécanismes invitant à investiguer un autre domaine d'activité de la santé, centré sur le soin et relevant également d'une politique publique en encourageant le développement : la télémédecine. Ces travaux sur la télémédecine, largement menés en collaboration avec Raully, s'articulent autour de deux axes complémentaires. Le premier s'intéresse à la régulation de la télésurveillance et porte principalement sur le cas français (partie 4)²⁰. Le second axe s'intéresse à la télémédecine en général et développe une comparaison internationale qui questionne les articulations de la télémédecine avec les systèmes de santé (partie 5)²¹. Ces travaux viennent questionner les articulations entre *care* et soins. Regroupés ici par entrée thématiques, ils fournissent un ensemble d'enseignements cohérents et permettent de dégager des perspectives pour de futures recherches (partie 6).

¹⁹ Outre ma thèse (2008-2012, sous la direction de Martino Nieddu), cet ensemble de travaux comprend 4 publications (Gallois, 2012a, 2013b, c; Gallois & Nieddu, 2015), 2 articles en cours de travail, 7 contributions à ouvrages collectifs (Artis & Gallois, 2022; Gallois, 2009, 2010, 2011a, 2012b, 2013d, à paraître), 2 comptes rendu de thèse (Gallois, 2012c, 2013a), 2 *working-papers* (Gallois & Nieddu, 2014, 2016) et à 7 rapports d'expertise (Dubois, Ardoise & Gallois, 2007; Gallois, 2008, 2011b; Gallois, Didi & Dubois, 2008; Gallois, Guélard & Rousselet, 2008; Gallois & Guerry, 2010; Gallois & Villez, 2010). Mon travail doctoral a été primé par le Conseil régional de Champagne-Ardenne et ainsi que, au niveau académique, par l'Association d'économie sociale (AES).

²⁰ Ce travail a donné lieu à 3 publications (Gallois & Raully, 2018, 2019a, 2020), 1 contribution à ouvrage collectif (Raully & Gallois, 2014b) et 1 *working-paper* (Raully & Gallois, 2014a).

²¹ Il a donné lieu à 2 publications (Gallois & Raully, 2015, 2019b) et 3 contributions à ouvrages (Gallois & Raully, 2015, 2016c) et un *working-paper* (Gallois & Raully, 2017a).

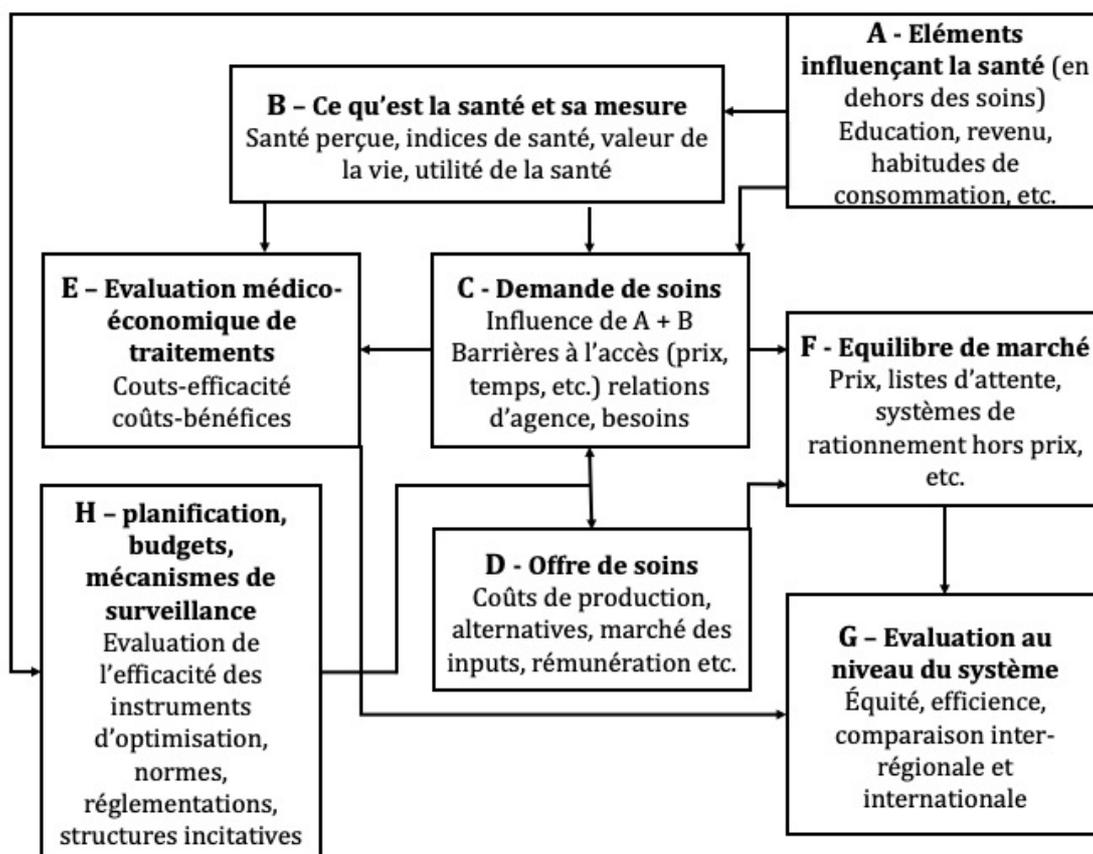
2 Inscription dans la communauté des économistes

En proposant une analyse des dynamiques de marchandisation des systèmes de santé pour comprendre comment elles modifient les rapports sociaux de production et de protection sociale, en particulier pour le *care*, mes travaux s'inscrivent au carrefour de l'économie de la santé (2.1), de la protection sociale (2.2) et du *care* (2.3.). Ils adoptent une démarche régulationniste (2.4.). La présentation des enseignements de ces différents corpus me permettra de situer et préciser mon analyse (2.5.)

2.1 Les travaux en économie de la santé

L'économie de la santé est un domaine de l'économie qui s'est structuré progressivement à la suite des travaux de Titmuss (1958, 1970) et de l'article fondateur d'Arrow (1963) sur les spécificités de la santé pour l'analyse économique. Si l'article d'Arrow est orienté plus spécifiquement sur la spécificité des soins médicaux, les domaines d'études de l'économie de la santé se sont progressivement élargis. Il est aujourd'hui courant de présenter le champ de l'économie de la santé en s'appuyant sur la caractérisation schématique (cf. Figure 1) qu'en propose Williams (1987), que ce soit de façon explicite (Culyer & Newhouse, 2000) ou implicite (Glied & Smith, 2011). Williams présente l'économie de la santé en huit grandes catégories d'objets interconnectés : A) les éléments influençant la santé en dehors des soins, B) l'étude de ce qu'est la santé et de la valeur de la santé, C) la demande de soins D) l'offre de soins, associés d'une part à E) l'évaluation microéconomique des effets d'un traitement (couramment appelé analyse médico-économique) et d'autre part F) à l'équilibre de marché. Williams relie l'évaluation micro-médico-économique et l'équilibre à l'analyse du système de santé au niveau global (G) puis à la planification et à l'intervention publique (H).

Figure 1 – Représentation schématique des domaines analysés en économie de la santé



Williams (1987, p. 3), traduit par mes soins

La représentation ainsi proposée de l'économie de la santé part de l'individu jusqu'au marché pour rejoindre le système et son organisation. L'entrée microéconomique est ici essentielle. Pourtant, le domaine intéresse fortement les puissances publiques pour des perspectives plus macro, notamment compte tenu de leur contribution à la dépense de santé²² et des perspectives de croissance de cette dépense en raison du vieillissement et du développement des maladies chroniques²³, mais aussi du progrès technique. L'OCDE (2011) estime que les dépenses publique de santé devraient augmenter de 3,5 à 6 points de PIB à horizon 2050. Dans la représentation proposée par Williams, un lien est effectué

²² La dépense publique de santé est mesurée par l'OCDE en étant associée à la dépense des assurances sociales obligatoires. Elle représente en moyenne dans les pays de l'OCDE 73,4 % de la dépense de santé en 2017. La même année, la dépense de santé représente près de 9 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE, avec de forts écarts selon les pays puisque la dépense de santé représente 17,2 % du PIB aux États-Unis (la plus importante, la dépense publique combinée aux assurances obligatoires représentait un peu moins de 50 % de cette dépense en 2014, depuis la mise en œuvre de l'Obamacare qui rend les assurances obligatoires, elle est de l'ordre de 82 %), elle est de 11,5% en France mais seulement de 4,2 % en Turquie (la plus faible).

²³ Si la question du vieillissement et de la montée des maladies chroniques est présentée par les pouvoirs publics comme la principale source de dépense futures, il est nécessaire de pointer que le progrès technique joue également un rôle majeur dans l'accroissement des dépenses de santé (cf. par exemple Boyer, 2015b).

entre l'aspect économique, associé au marché, et l'aspect politique, avec l'État. En ce sens, elle constitue une économie politique. Toutefois, l'analyse économique de la santé est largement dominée par les approches néoclassiques étendues à la prise en compte de défaillances de marché (externalités, asymétries informationnelles, structures de marché, nature des biens). Ces approches sont souvent associées à des études médico-économiques traitées le plus souvent sur la base de cas, qui n'apportent qu'un éclairage réduit sur le système de santé. Les évaluations au niveau global du système sont relativement rares et relèvent de cette même logique en mobilisant implicitement des théorèmes du bien-être et de l'efficacité associée²⁴. Toutefois, la plupart des travaux pointent que dans le domaine particulier de la santé, le marché ne peut être désencasté, où à tout le moins fonctionner sans intervention publique, que cette intervention prenne la forme d'une réglementation ou une ampleur plus large en ayant une perspective de redistribution.

La littérature internationale permet cependant de mettre en évidence que la santé ne peut s'appréhender sous le seul angle d'une demande où la consommation varierait avec le revenu, puisqu'elle correspond aussi à un besoin (2.1.1.). En France, un ensemble de travaux en économie de la santé s'intéresse spécifiquement aux politiques de marchandisation du système de santé français et dans une perspective de comparaison internationale. Ils permettent de qualifier les formes de cette marchandisation ainsi que ses conséquences (2.1.2.).

2.1.1 De la santé comme demande à la santé comme besoin

Dans le schéma général (Figure 1) proposé par Williams (1987), le modèle de demande de santé établi par Grossman (1972, 1982) exerce une influence forte, au point que Le Pen considère que le modèle a fait école et « est devenu au sein de l'économie de la santé, un véritable genre littéraire avec ses spécialistes, des problématiques, ses raffinements » (p. 458, in Lévy, & al., 1988). Ce modèle repose sur l'hypothèse de l'existence d'un capital santé dans lequel les individus et la société peuvent investir. Sur cette base, l'état de santé (et la durée de vie associée) relève de la conséquence de choix individuels et collectifs d'investissement, et la consommation de soins joue un rôle instrumental dans la production de santé. En outre, en raison d'asymétries informationnelles, la consommation de soins de santé peut également être influencée par l'offre dans une perspective de demande induite. Cette approche exerce une influence forte dans les politiques publiques de santé. Ainsi, c'est pour limiter la demande induite de santé, et la dépense publique de santé afférente, qu'a été instauré en France un *numerus clausus* permettant de limiter les effectifs de médecins, et plus largement l'offre de soins.

²⁴ Ainsi, la comparaison des systèmes de santé proposée par l'OMS (2000) repose sur un indicateur de performance auquel sont associés des critères d'optimalité (1^{er} théorème), d'efficacité et d'équité, renvoyant la proposition formulée par Arrow (1963) selon laquelle il est possible, dans une perspective utilitariste, de (souhaiter) modifier l'allocation parétienne si ce changement fait que suffisamment de participants se retrouvent dans une situation meilleure et si le passage à une situation moins bonne de certains n'est pas suffisante pour dépasser les bénéfices ainsi acquis. Le politique apparaît ici influencé par l'économique, évoquant l'idée d'un encastrement du politique dans l'économique.

Toutefois, les travaux en socio-économie²⁵ de Davis & McMaster (2007, 2015, 2017) ainsi que l'approche institutionnaliste de Hodgson (2007) montrent que la santé ne peut être appréhendée uniquement comme une demande.

Le ré-encastrement de la santé par les relations sociales de l'individu

Davis & McMaster (2007, 2015, 2017) développent une critique de l'approche dominante en économie de la santé qui conçoit la production de santé (dans sa dimension de soins et de *care*) comme une externalité positive se traduisant dans des fonctions d'utilité interdépendantes et des relations principal-agent. Pour Davis et McMaster, une telle conception amène nécessairement à concevoir la production de santé comme associée à de l'altruisme ou comme rattaché à un capital social. À travers le recours au terme *healthcare*, les auteurs proposent une conceptualisation qui concerne à la fois les soins et le *care*, les différents types de production du système de santé. Pour eux, ce n'est pas tant l'activité qui est importante mais le type de relations qui est engagé autour. Pour éclairer ces relations, il mobilisent la conception du *care* développée par Tronto (2013), à savoir celle d'un *care* conçu dans une approche relationnelle. Plus exactement, leur analyse repose fortement sur les cinq phases du *care* que Tronto met en exergue : « *care-about* - il y a une certaine reconnaissance d'un besoin de soins ; *caring-for* - où la responsabilité de répondre à ces besoins est établie ; *care-giving* - est la prestation des activités de soins ; *care-receiving* - après la prestation de l'activité de soins, il y a une certaine réponse de la personne qui reçoit les soins. La cinquième phase est *caring-with*, qui [...] fait référence à l'alignement des besoins de prise en charge et à la manière dont ils sont traités avec les engagements démocratiques en matière de justice, d'égalité et de liberté » (Davis & McMaster, 2015, p. 759-60, traduit par mes soins)²⁶. La première phase requière d'être attentif à l'autre, et de reconnaître le *care* comme besoin (et non comme demande) renvoyant à une obligation morale. Les phases de *care* ainsi identifiées appellent également à être attentif, sensible et réactif²⁷, ce qui implique un dialogue entre le *care-giver* et le *care-receiver* de façon à ce qu'ils identifient les besoins de *care*. Le *care* nécessite dans cette approche un engagement qui ne peut pas être seulement un engagement monétaire mais doit tenir compte des besoins car des dons non adaptés aux besoins ne pouvant conduire qu'à un *care* superficiel. La combinaison de ces deux éléments, associée au respect de l'autonomie du patient et au fait de donner un traitement est considérée par

²⁵ Dans sa conception anglo-saxonne, la sociologie économique (*socioeconomics*, voir *social economics*) ne recouvre pas le même champ que les approches francophones de la sociologie économique. La *socioeconomics* réfère à l'économie étudiant la société, elle met l'accent sur le lien de l'économie avec d'autres sciences sociales comme la philosophie ou l'éthique ...

²⁶ « *care-about* – *there is some recognition of a need for care*; *caring-for* – *where responsibility for addressing these needs is established*; *care-giving* – *is the delivery of the caring activities*; *care-receiving* – *following the delivery of the care activity there is some response from the entity in receipt of care*. [...] *The fifth phase is caring with, which [...] refers to the alignment of caring needs and how they are addressed with democratic commitments to justice, equality and freedom* »

²⁷ *Responsiveness* est le terme exact utilisé par Davis & McMaster (2007, 2015, 2017), pour le cas du *care* et dans le contexte mobilisé. Il renvoie à la combinaison des trois qualificatifs en français que sont attentif, sensible et réactif.

Davis et McMaster comme pouvant être englobée dans la compassion, une qualité éthique qui ne peut se résumer à l'acte de *care*. Ici, la compassion est à la fois une disposition ou appréciation de la condition des autres et une atténuation de cette condition défavorable, des besoins. La compassion concerne autrui mais, contrairement à l'altruisme, elle ne peut être appréhendée dans une perspective individualiste. En outre, les soins médicaux sont également développés dans le cadre d'institutions (comme l'éducation médicale) et la position sociale des médecins leur confère un devoir de *care* qui est imprégné de qualités éthiques. Sur cette base, et en cohérence avec la littérature médicale et infirmière sur la dimension relationnelle du *care*, Davis et McMaster montrent que patients et soignants doivent être appréhendés comme des individus socialement encastres, un encastrement qui reflète leur appartenance à des groupes sociaux de patients d'une part et de cliniciens d'autre part, les deux groupes étant conjointement responsable du *care*. Le *care* relie des individus qui partagent un objectif, une intention. Les groupes sociaux interagissent à travers cette intention collective. Les intentions collectives appellent à un ensemble d'obligations réciproques. Ces obligations réciproques sont considérées comme rationnelles dans la mesure où les individus sont libres lorsqu'ils interagissent. Cette forme de rationalité n'est toutefois pas instrumentale mais déontologique, ce qui renvoie à une rationalité axiologique telle que développée à la suite des travaux de Weber sur les logiques d'action en valeur (*Wertrational*). Cette dimension déontologique qu'il attribue au *care* via des intentions collectives partagées entre individus rattachés à des groupes sociaux différents vient réencastrement l'individu dans la société, ce qui confère une responsabilité conjointe aux individus pour le *care*. Cette responsabilité conjointe se traduit par une intentionnalité collective et un ensemble d'obligations réciproques. Dans cette perspective, le *care* a ainsi une dimension éthique et déontologique, dont il apparaît nécessaire de tenir compte pour analyser les relations de production et rapports de protection sociale associés au *care*.

De la santé comme demande à la santé comme besoin et implications dans une perspective institutionnaliste et évolutionniste

Les travaux de Hodgson (2007, 2009) dans le domaine de la santé soulignent que, outre les imperfections du marché largement prises en compte en économie de la santé, la santé a d'autres spécificités qui sont négligées dans la littérature, en particulier le fait que la santé est un besoin et non une demande. Il en dégage ensuite les implications en termes d'organisation des systèmes de santé.

Hodgson (de même que Davis et McMaster) confère à la santé et aux soins associés le statut de besoin. Il montre que la santé est un besoin objectif et universel (Hodgson, 2007, p. 6), renvoyant aux approches en terme de capacités, en particulier celle de Nussbaum (2001)²⁸. Les besoins en soins de santé sont de fait largement involontaires, au moins

²⁸ Contrairement à Sen qui se refuse à établir une liste de capacités, Nussbaum a proposé une liste de dix capacités de base, parmi lesquelles se trouve la santé.

lorsqu'ils sont associés à un mauvais état de santé²⁹. Sur cette base, il met en évidence que la reconnaissance de besoins de santé est un facteur motivationnel des soignants qui soutient leur éthos d'engagement professionnel. Il s'inscrit alors dans la critique des systèmes d'incitation monétaire fondés sur la logique utilitariste.

En reliant la santé comme besoin à l'offre de soins, il étend son analyse à l'organisation (à un niveau 'global') des systèmes de santé en particulier au regard des coûts de transaction et discute au niveau théorique des articulations marché-État. Il appelle à de meilleures analyses empiriques, ce qui est fait par les travaux portant sur la marchandisation du système de santé français.

2.1.2 La marchandisation du système de santé

L'analyse de la marchandisation de la santé a conduit à étudier plus particulièrement la forme de la concurrence et la forme de l'État. Elle rend compte des changements d'articulations qui s'opèrent entre l'économie et le politique. Par leur objet, ces travaux s'apparentent aux approches régulationnistes ou s'y se rattachent explicitement soit à un niveau macroéconomique (Christine André, 2006, 2007 ; 2015), soit au niveau méso-économique (Abecassis, Coutinet & Domin, 2008, 2018 ; Guennif, 2015 ; Montalban, 2007 ; Montalban & Sakinç, 2013). La santé est également une préoccupation des régulationnistes de la « première génération », comme en témoignent les travaux plus ponctuels de Boyer (2004, 2015b, 2020) et Coriat (Coriat, 2020 ; Coriat, Orsi & d'Almeida, 2006) sur le domaine. Mais l'analyse de la marchandisation des systèmes de santé ne se limite pas aux seules approches régulationnistes. Des contributions importantes sont issues chercheurs conventionnalistes (Batifoulier, 1992, 2015 ; Batifoulier & Gadreau, 2005, 2006 ; Batifoulier, Latsis & Merchiers, 2009 ; Buttard, 2008, 2011 ; Da Silva, 2011, 2012, 2018 ; Gadreau, 1999) ou rattachés plus largement aux approches institutionnalistes (Boidin, 2016 ; Hirtzlin, 1999, 2017 ; Raully, 2015, 2016). Cet objet commun permet un croisement, voire une hybridation, d'approches et d'ancrages théoriques. Ainsi, Batifoulier (2014) accorde une place importante au rapport capital-travail dans son analyse du capitalisme sanitaire. De nombreux travaux croisent également les deux perspectives. La combinaison de ces approches est également féconde sur le plan théorique puisque, comme le souligne Lamarche (2016)³⁰, elle contribue à mieux comprendre cette grande dynamique de changements institutionnels associés à la marchandisation. Cette combinaison d'apports réciproques se retrouve dans des travaux analysant les dynamiques de marchandisation, soit en développant des comparaisons internationales, soit en étudiant des domaines spécifiques du système de santé français.

²⁹ Certains soins, comme ceux à visée esthétique (non réparatrice), relèvent eux davantage d'une demande exprimée par la personne dans la mesure où ils ne sont pas spécifiquement associés à un mauvais état de santé.

³⁰ « Ce que l'on a perdu sur le terrain des écoles formellement structurées a enrichi un ensemble pluraliste de méthodes hétérodoxes, doté d'une théorie de l'action articulant des fondements microéconomiques et une démarche structuraliste » (Lamarche, 2016, p. 249-50)

Ils permettent notamment de qualifier le phénomène de marchandisation et ses formes, mais aussi d'en souligner les effets.

Éclairer les dynamiques de marchandisation par des comparaisons internationales

Les travaux régulationnistes mettent l'accent sur la nécessité de tenir compte de la dimension institutionnelle dans les comparaisons internationales de système de santé, ce qui les positionne de façon originale par rapport à la majorité des comparaisons de systèmes de santé. Dans ces comparaisons, la dépense de santé est expliquée par des variables que Christine André (2007) qualifie d'exogènes : le poids des dépenses de santé dans le PIB, les modes de financement des systèmes, la part des dépenses publiques/privées dans le total du financement, la structure des dépenses, la densité des services médicaux et leur accessibilité, la structure de la population en fonction de l'âge et du sexe, le taux de féminisation de l'emploi et le progrès technique. Face à cela, elle souligne que des variables explicatives intrinsèques aux systèmes de santé sont souvent omises pour différentes raisons. La première est associée à un souci de comparabilité. La seconde est l'existence de formes hybrides de systèmes de santé, un même système pouvant être classé dans des groupes différents notamment en ce qui concerne les modalités de financement, la structure de l'offre de soins ou encore le statut et les modes de rémunération des professionnels de santé. Elle pointe ainsi que certaines mesures en termes de politiques publiques, qui pourtant apparaissent comme identiques, peuvent avoir des effets différents selon les pays en raison de ces caractéristiques intrinsèques au système (Christine André 2006). Ce résultat sera approfondi dans le cadre des travaux que je mène avec Raully sur la télémédecine (cf. partie 5).

Christine André (2015) approfondit également ce résultat en s'intéressant aux effets des réformes en matière de politique de santé dans 14 pays européens.³¹ En construisant une typologie, elle met en évidence quatre groupes de pays aux caractéristiques homogènes en termes de compromis institutionnels et ayant des comportements similaires dans les moyens mis en œuvre pour réformer les systèmes et les conséquences en termes de résultats. Ainsi, malgré une convergence des pays européens vers une politique de santé commune, une forme incompressible de dépendance au sentier subsiste. Une influence séculaire des origines des systèmes contraint toute transformation radicale de leur organisation. Dans ce travail, Christine André amorce également une discussion sur les indicateurs pertinents pour comprendre les évolutions institutionnelles. Elle note ainsi que le taux de privatisation ne permet pas d'apprécier la dynamique de privatisation dans le temps.

Ce socle de travaux régulationnistes dans la comparaison de système de santé³² a bénéficié d'un croisement avec des approches conventionnalistes. Ainsi, Christine André, Batifoulier & Jansen-Ferreira (2016) ont montré que, si la dynamique de marchandisation de la santé est une constante dans les pays européens, elle y prend des formes différentes.

³¹ Les pays de l'Union Européenne des 15 auxquels est soustrait le Luxembourg.

³² La méthode de construction de la comparaison retenue par Christine André (2015) s'inspire largement des travaux de Delorme (2010) et de Théret (1997b).

En premier lieu, elle ne prend pas nécessairement la forme d'une privatisation par un changement de droits de propriété d'une propriété publique vers une propriété privée mais des formes plus complexes. L'approche conventionnaliste combinée à l'approche régulationniste permet de mettre en évidence quatre formes de privatisations. Les auteurs distinguent d'une part les privatisations imposées et d'autre part, les privatisations incorporées par les agents au regard du comportement (et des formes de rationalité) que ces privatisations induisent. Ces privatisations portent sur deux éléments majeurs : le financement des soins et l'offre de soins. Les privatisations imposées sur le financement des soins portent principalement sur le développement d'assurances privées, complémentaires ou de base. Concernant l'offre de soins, la privatisation prend la forme de délégation de service publique vers des opérateurs privés. Les deux autres formes de privatisation ne peuvent se comprendre que par une entrée directement par l'agent et son comportement puisque la privatisation est ici incorporée. La première de ces formes de privatisation incorporée est celle de l'adoption d'un comportement « entrepreneurial » par les patients. Ces derniers assurent la mise en concurrence des praticiens ou des centres de soins (la concurrence se fait alors par les prix, avec la recherche de médecins conventionnés du secteur 1, ou sur la qualité, comme avec les classements d'hôpitaux). La seconde de ces formes de privatisation incorporée a trait à « la colonisation du secteur public » par les règles du secteur privé, usuellement associée au *new public management*. Cette caractérisation plus précise des formes de privatisation permet de mieux apprécier les dynamiques associées dans les systèmes de santé européens. La tendance commune à la privatisation des systèmes de santé prend en effet des formes dominantes et des combinaisons variables selon les pays. Ces formes dépendent des caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé. C'est pourquoi nombre de travaux analysent des politiques de santé spécifiques au sein des systèmes nationaux. Avec une perspective où la marchandisation du système comprend à la fois des éléments de privatisation imposées et de privatisation incorporée, l'étude de domaines particuliers permet de faire faire système à ces différentes dimensions.

L'étude de domaines du système de santé français

Les travaux sur la marchandisation du système de santé français se sont s'attachés à caractériser les fondements des logiques incitatives qui sont associées au *new public management*. Ils contribuent également à mettre en évidence les mécanismes associés à ces politiques, de même que leurs effets.

Dans de domaine du financement des soins, Batifoulier (2015) montre que la privatisation croissante du financement assurantiel repose dans la construction des politiques de santé sur la théorie de l'aléa moral, qui renvoie à un besoin de responsabiliser le patient. La privatisation du financement opérée via le développement d'assurances privées individuelles, trouve nécessairement un écho favorable de la part des assureurs puisqu'elle contribue à étendre leur marché potentiel. Cette privatisation des financements converge également avec les intérêts de la médecine libérale, au centre de l'organisation des soins de ville, dans la mesure où le développement des assurances complémentaires permet de soutenir la hausse de revenus des médecins mais aussi des

producteurs de technologies médicales, de biens médicaux (lunettes...) et de médicaments. Elle permet en outre de « *dédouan[er] les producteurs et singulièrement les médecins de toute responsabilité dans la croissance des dépenses de santé [...] par conséquent [ces derniers] ne doivent pas être la cible des réformes* » (2015, non paginé) qui limiteraient le poids de la demande induite dans la croissance des dépenses de santé. Pour Batifoulier, la conséquence des idées portées par la théorie de l'aléa moral et les intérêts du « capitalisme sanitaire » expliquent les politiques de développement de la privatisation des soins. Sous cet aspect, la recherche de la maîtrise de la dépense publique n'est pas antagoniste avec les dynamiques d'accumulation des assureurs et de formation de revenus des médecins libéraux. La maîtrise de la dépense publique est ici reportée sur le seul patient. Le développement de couvertures assurantielles privées parallèles à une moindre couverture publique conduit à un creusement des inégalités de santé. Il ne permet pas pour autant une réelle maîtrise de la dépense puisque les politiques associées induisent finalement davantage de dépenses publiques.

Les producteurs de soins ne sont pas pour autant exclus du développement de politiques cherchant à développer des logiques incitatives. La politique hospitalière est également influencée par cet aspect. Le développement de systèmes de concurrence par comparaison dans le domaine hospitalier avec la politique de tarification à l'activité vise à inciter les organisations à accroître leur productivité (rotation plus rapide des patients, c'est à dire réduction des durées moyennes de séjour) et/ou à se spécialiser sur des soins sur lesquels ils disposent d'un avantage comparatif. Plusieurs travaux montrent comment la marchandisation par le biais d'une mise en concurrence par comparaison génère des effets négatifs en termes de qualité des soins (Or & Häkkinen, 2012)³³ et de croissance des inégalités d'accès aux soins (Domin, 2013b).

L'analyse proposée par Da Silva et Gadreau (2015) sur l'évolution de la régulation de la médecine libérale en France met en évidence que ces politiques de marchandisation concernent également l'offre libérale. Ils suggèrent que la relation médecin-patient est pensée par la puissance publique comme une organisation (industrielle). En effet, les politiques reposent sur les mêmes fondements incitatifs et concurrentiels que celles ciblant l'hôpital, et se traduisent par le développement de logiques incitatives, associées à la performance. Pour les auteurs, la logique de marchandisation qui se déploie du côté de l'offre s'accompagne d'une tentative de standardisation des soins, qui peut se prévaloir de l'*evidence based medicine*. La télémédecine semble franchir une étape dans la logique de standardisation et de marchandisation (Thorigny, 2021). En effet, la politique française de déploiement de la télémédecine développée à partir de 2009 s'est largement attachée à standardiser les actes de télémédecine. Pourtant, le développement attendu n'a pas été au rendez-vous. Pour analyser les raisons de l'échec du développement de la télémédecine, Raully (2016) revient sur les fondements théoriques de cette politique basée sur des incitations monétaires. L'analyse qu'elle réalise du comportement des médecins met en évidence que ceux-ci ont des motivations non monétaires (également

³³ Or & Häkkinen (2012) constatent ainsi une augmentation des réhospitalisations pour une même pathologie.

appelées motivations autonomes). Elle conclue que l'échec de la politique de déploiement de la télémédecine tient à sa non-prise en compte de l'environnement institutionnel préexistant et à « son ignorance des rapports sociaux entre les acteurs du champ » (Raully, 2016, p. 36).

Au global, cet ensemble de travaux sur la marchandisation du système de santé contribue à identifier et analyser les effets des fondements théoriques des politiques de santé. Il souligne également les effets négatifs associés à de telles politiques de santé, en particulier en termes d'accès aux soins, mais également qu'ils peuvent conduire à davantage de dépenses publiques, ce qui est contraire à l'effet recherché. La marchandisation de la couverture des dépenses de santé modifie les relations de protection sociale afférentes au profit d'une plus large couverture par le marché (*via* des assurances complémentaires), ou en l'absence de couverture assurancielle individuelle, *via* soit de plus fortes dépenses des ménages ou de moindres soins. Nonobstant, ces travaux mettent également en évidence que la marchandisation du système de santé a des effets sur les relations de production des soins (normalisation, plus grande productivité). La marchandisation concerne tout à la fois la relation de protection sociale et la relation de production de soins. Mes travaux vont ainsi chercher à caractériser ces deux dimensions afférentes à la marchandisation. Toutefois, les travaux portant sur la marchandisation des systèmes de santé sont centrés sur la dimension médicale du traitement de la maladie (en incluant le financement). L'étude du *care* appelle à avoir un angle d'entrée analytique plus large de la santé, incluant la protection sociale et la dépendance et à l'articuler avec les soins, ceci d'autant que les frontières entre ces domaines sont de plus en plus poreuses (Simonazzi, 2009).

2.2 Les travaux sur la protection sociale

Un ensemble de travaux caractérisent la protection sociale (2.2.1) et permettent d'en identifier les spécificités pour la santé (2.2.2.).

2.2.1 *Caractérisation générale de la protection sociale*

Ayant émergé dans sa forme moderne de façon concomitante au capitalisme et surtout au salariat³⁴, la protection sociale est souvent associée –directement ou non- au travail, à l'emploi et à la relation salariale (par exemple Delouette & Le Lann, 2018), en particulier dans sa conception et sa forme française. La protection sociale recoupe un ensemble de dispositifs venant répondre à ce qui est usuellement caractérisé de risque de protection sociale, en référence à la couverture assurancielle. Le risque s'entend comme une situation entraînant une baisse de ressources (perte des revenus du travail) ou une hausse de dépenses (par exemple, en raison d'un besoin de soins découlant d'un problème de santé). Cette notion de risque est caractéristique de l'organisation du système français autour de caisses d'assurances sociales pour la sécurité sociale et les autres régimes

³⁴ Pour une histoire longue de la protection sociale, voir notamment Castel (1995) ou Elbaum (2008).

(travailleurs agricoles, indépendants, etc.). Un système centré sur les assurances sociales est financé par des cotisations sociales (salariales et patronales) proportionnelles aux revenus du travail pour les salariés. L'accès aux prestations est réservé aux personnes ayant préalablement cotisé et à leurs ayants-droits (conjoint, enfants). La famille constitue ainsi un lieu de redistribution. Hormis les prestations dites en nature (car affectées à des biens et services dédiés, comme le remboursement de soins), les prestations sont proportionnelles aux cotisations préalablement versées et aux revenus antérieurs (par exemple, le montant des pensions de retraite dépend de celui des salaires reçus pendant la vie active). La solidarité ainsi organisée est une solidarité horizontale, entre les différents assurés.

Cette forme de protection sociale, basée sur l'emploi (et la relation familiale pour les ayants-droits) et les assurances sociales n'est cependant pas la seule existante. En effet, les dispositifs de protection sociale sont situés dans le temps et dans l'espace. Ils peuvent de fait prendre des formes différentes selon les pays, mais aussi se transformer au fil du temps.

Des configurations de protection sociale variables selon les pays

Il est ainsi courant de référer à deux grands modèles historiques de configurations institutionnelles de protection sociale devenues progressivement des catégories d'analyse, le modèle ou système bismarckien et le modèle ou système beveridgien. Un système bismarckien réfère au système fondé sur les assurances sociales développé en Prusse par von Bismarck à la fin du XIX^e siècle. Ce système est fondé sur l'emploi et les assurances sociales sont gérées par les partenaires sociaux, essentiellement au niveau des branches. Les cotisations et prestations y sont proportionnelles aux revenus du travail. Ce système est caractéristique d'une solidarité horizontale. Un système beveridgien réfère au modèle porté par Lord Beveridge pendant la seconde guerre mondiale. Il s'agit d'un système qui repose sur les trois piliers suivants : universalité de la couverture (toute la population), d'uniformité des prestations et d'unité du dispositif, géré par l'État. Il est financé par l'impôt et les prestations sont forfaitaires et minimales. Le plus souvent, les dispositifs associés sont rattachés à de l'assistance. Ce système est caractéristique d'une solidarité verticale.

Au niveau international, d'autres formes de protection sociale ont été mises en évidence³⁵, comme le montre en particulier dans la classification de référence proposée par Esping-Andersen (1999, 2008). Ces formes correspondent à des articulations différentes entre marché et État. Esping-Andersen les analyse sur la base de critères de droits sociaux de démarchandisation et de déstratification des inégalités sociales permises ou non par les dispositifs de protection sociale. Sur la base de ces critères, et en se fondant sur des dispositifs associés à des revenus de remplacements (les prestations en nature ne sont pas prises en compte dans l'analyse), Esping-Andersen identifie trois grands types

³⁵ La comparaison internationale des systèmes de protection sociale et des politiques sociales constitue un champ de recherche en soi, pour un panorama récent, le lecteur pourra se référer par exemple à Aspalter (2021) ; Hassel & Palier (2021).

d'États-providence³⁶, le régime libéral associé au Royaume-Uni, le régime corporatiste associé à l'Allemagne et le régime socialiste associé aux pays scandinaves, dont les grandes caractéristiques sont reprises dans le Tableau 1.

Cette typologie fait ressortir des formes de solidarités différentes de celle associée aux assurances sociales. Le régime libéral comme le régime socialiste (parfois appelé démocrate) est associé à une solidarité verticale, financée par l'impôt et non le seul travail. De ce fait, l'État joue un rôle prégnant dans ces systèmes. L'ampleur de la solidarité varie cependant fortement entre les deux régimes. Dans les pays scandinaves, la couverture est universelle, la gamme et le niveau des prestations sont relativement étendus alors que dans le régime libéral, la couverture est résiduelle et pour accéder aux prestations les besoins doivent être démontrés. Le régime libéral, associé au Royaume-Uni, renvoie ainsi à un autre type de dispositif dit d'assistance sociale.

Tableau 1 – Les trois régimes de protection sociale d'Esping-Andersen

	Régime libéral	Corporatiste	Socialiste
Couverture	Résiduelle	Professionnelle	Universelle
Destinataires	Pauvres	Travailleurs	Citoyens
Responsabilité	Autorités publiques	Caisses	État
Gamme de prestation	Limitée	Moyenne	Étendue
Structure des prestations	Ad hoc	Contributive/ Rétributive	Fiscale
Niveau des prestations	Modeste	Variable	Adéquat
Conditions d'accès aux prestations	Besoins prouvés	Contribution	Citoyenneté
Financement	Fiscal	Contributif	Fiscal
Redistribution	Verticale	Horizontale	Verticale

D'après Merrien (2007, chap 1, non paginé en version électronique)

Une théorisation de la protection sociale

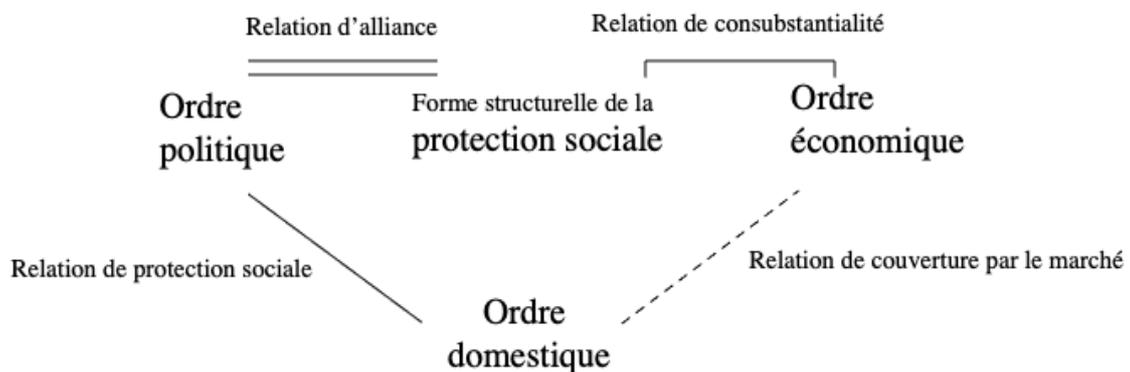
Théret a développé un cadre analytique de la protection sociale (Théret, 1998, 2000), en modélisant celle-ci sous la forme d'une structure élémentaire. Cette approche permet de rendre compte de la variété des systèmes nationaux à travers les relations entre les acteurs de la protection sociale. Il propose une vision de la protection sociale en termes de *système* (Théret, 1996b). A cet effet, il caractérise les systèmes de protection sociale comme des médiations institutionnelles articulant trois ordres aux logiques

³⁶ Le terme d'État-providence a été utilisé pour la traduction française des Three Worlds of Capitalism, elle est cependant problématique puisque le travail d'Esping-Andersen montre justement que la protection sociale ne peut se réduire à l'État social. La conception française de l'État providence renvoie davantage à l'idée d'un état interventionniste dans l'économie au-delà de son action en termes de protection sociale (André Christine, 2002).

différenciées : l'ordre économique, l'ordre politique et l'ordre domestique³⁷. De fait, la configuration des systèmes de protection sociale varie d'une nation à l'autre. La protection sociale fait ainsi tenir ensemble les liens sociaux dans la société en dépit de son fractionnement en des ordres hétérogènes. Théret en propose une modélisation (cf. Figure 2) en formalisant une structure élémentaire de protection sociale associée à quatre relations interdépendantes qu'il qualifie ainsi : « *la relation salariale d'insertion directe de la population dans l'ordre économique et trois relations spécifiques de protection sociale qu'on peut qualifier de consubstantialité économique (relation entre l'ordre économique et les institutions de protection sociale), d'alliance politique constitutive de l'État-providence (alliance entre ces institutions et l'ordre politique) et de protection sociale de l'ordre domestique par cette alliance* » (Théret, 2010, p. 48).

Ce cadre ouvre une voie pour articuler des objets relevant de différentes disciplines.

Figure 2 - Structure élémentaire d'un système de protection sociale



D'après Théret (1995, p. 69)

Cette représentation générale offre un cadre d'analyse des différents types de relations entre acteurs dans le système qui est complémentaire des différents types de dispositifs identifiés par les comparaisons empiriques. Puisque la santé relève de la protection sociale, ce cadre général peut être mobilisé comme guide d'observation, afin de rendre compte de la manière dont la santé s'articule au système global mais aussi des spécificités du système de santé. C'est ce que proposent mes travaux.

Le système français de protection sociale, une configuration hybride et évolutive

Les dispositifs d'assistance sociale ne sont pas considérés comme centraux dans le système français, même si leur développement a été concomitant à celui de la protection sociale moderne. Plus exactement, aux prémices de la protection sociale moderne en

³⁷ À ces ordres correspondent des principes d'intégration sociale, respectivement, le marché, la centralisation-redistribution et la redistribution. Un système de protection sociale correspond alors à un compromis institutionnalisé combinant ces différents principes d'intégration et solidarissant les conflits sociaux ouverts par la division sociale du travail.

France, les dispositifs ont pris la forme de dispositifs d'assistance. C'est le cas par exemple avec la loi de 1905 sur les vieillards, les infirmes et les incurables, l'un des premiers grands dispositifs d'ampleur nationale d'assistance sociale. Ces dispositifs d'assistance se sont développés concomitamment aux mutuelles et aux assurances sociales³⁸. La création de la sécurité sociale, en 1945, visait une organisation de la protection sociale sur la base d'assurances sociale, avec une couverture étendue à l'ensemble des citoyens. Il est ainsi courant de dire que le système français a un fonctionnement bismarckien centré sur les assurances sociales mais une ambition d'universalité beveridgienne, ce qui en fait un système hybride. Face à cette ambition de couverture de tous les citoyens, des dispositifs d'assistance sociale ont persisté, de façon plutôt résiduelle, par exemple pour les travailleurs retraités n'ayant pas cotisé suffisamment préalablement à leur retraite.

Des transformations de plus grande ampleur, mais reposant sur une succession de mesures incrémentales, sont intervenues au tournant des années 1990 (Palier, 2005) et se sont poursuivies dans les années 2000. Un ensemble de dispositifs d'assistance sociale a été développé en réponse à des besoins non couverts (et moins visibles) au préalable, c'est le cas par exemple du revenu minimum d'insertion en 1985 ou encore de la prestation spécifique dépendance en 1997³⁹. Mais les créations d'emplois seront ensuite encouragées au moyen de politiques de baisse du coût du travail, reposant sur des exonérations de cotisations sociales, induisant une baisse des recettes accrue pour la Sécurité sociale. Dans le même temps, les besoins induits toutes choses étant égales par ailleurs par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques vont conduire à une hausse des dépenses. La contraction des ressources combinée à la hausse des besoins conduit à un creusement des déficits.

En complément, l'introduction de la CSG (contribution sociale généralisée) en 1991 permet un accroissement des ressources du système de protection sociale en étendant l'assiette des prélèvements. À ce jour, selon les comptes de la protection sociale⁴⁰ (Mauro, & al., 2020), le poids des prélèvements fiscaux reste croissant et représente désormais 25 % des ressources, les cotisations sociales environ 60% (les autres ressources proviennent de transferts ainsi que de ressources diverses incluant les opérations de capital). Par ailleurs, la mise en place par le Plan Juppé de 1995 d'une loi de financement de la sécurité sociale, qui définit annuellement un objectif de dépenses pour l'assurance maladie, contribue à donner à l'État un rôle essentiel dans la gestion de la protection sociale, rapprochant le système français des modèles à solidarité verticale.

³⁸ Initialement rendu obligatoires pour les seuls travailleurs n'ayant pas des revenus suffisant pour répondre aux différents risques par leur épargne, comme la loi de 1910 sur les retraites ouvrière et paysannes ou bien la loi de 1930 sur les assurances sociales, qui ne rendait celles-ci obligatoires que pour certains salariés

³⁹ Ces dispositifs répondent également à une évolution des assurances sociales. Ainsi, face à la baisse de ressources et à la hausse de la demande de prestations associée à la crise du début des années 1980, l'assurance chômage a été séparée entre un dispositif d'assurance sociale pour le chômage d'une part et un régime de solidarité financé par l'État d'autre part.

⁴⁰ Les comptes de la protection sociale ont un périmètre plus large que la Sécurité sociale, qui ne concerne que les risques associés au régime général.

Au global, le système français présente une grande complexité et combine des dispositifs de nature assurantielle et assistancielle, correspondant à des formes de solidarités différentes. La comparaison internationale contribue à rendre compte de cette complexité en positionnant le système relativement à celui d'autres pays.

2.2.2 Spécificités du système français de protection sociale dans le domaine de la santé

La réponse à un problème de santé peut prendre la forme de soins ou de *care*, qui engendrent coûts supplémentaires⁴¹. C'est cet aspect que j'étudie. Ces deux formes de réponse à un problème de santé renvoient à deux parties distinctes du système de protection sociale en France, la maladie d'une part et la dépendance d'autre part⁴². La représentation générale proposée par Théret d'un système de protection sociale permet de tenir compte d'un ensemble de spécificités de ces des parties du système.

Le *care*, comme les soins, sont organisés par le biais d'un dispositif similaire usuellement caractérisé de quasi-marché⁴³. *Quasi* signifie que la puissance publique contribue à un financement socialisé du service et *marché* que les prestataires sont en concurrence.

Dans le domaine de la maladie, la couverture se réalise principalement par le biais de transfert de prestations monétaires dites en nature (remboursement de soins, plus largement de biens et services médicaux) *via* ce que Théret nomme relation de protection sociale. Cependant, les remboursements ne couvrent pas l'ensemble des dépenses associées à la consommation de biens et services médicaux⁴⁴ et sont complétés par une couverture assurantielle complémentaire privée et un reste à charge du patient.

⁴¹ Un mauvais état de santé peut également positionner une personne dans une incapacité temporaire ou permanente de travailler, des prestations sous forme de revenus de remplacement peuvent alors se mettre en place (par exemple, pour le système français, des revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie ou *via* l'allocation adulte handicapé). Je n'ai pas étudié cette dimension.

⁴² Formellement, le domaine du handicap est séparé de celui de la dépendance. Mes travaux se focalisent sur la dépendance des personnes âgées.

⁴³ Le terme de quasi-marché est associé aux travaux de Legrand sur la transformation du système de protection sociale au Royaume-Uni. La mise en place du quasi-marché permet d'introduire de la concurrence entre les différents prestataires de soins / de service tout en conservant le maintien d'un financement public. La mise en concurrence peut être directe *via* le consommateur ou indirecte, organisée alors par les financeurs (c'est le cas dans le système de santé du Royaume-Uni, on trouve également le même principe avec la tarification à l'activité des hôpitaux).

⁴⁴ La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est un indicateur de mesure de la dépense de santé qui appréhende la dépense liée aux soins et traitement médicaux ou de santé. La CSBM comporte des dépenses liées à des soins de ville (médicaux, infirmier, kiné), la dépense liée à des soins hospitaliers, la dépense liées à des achats de médicaments, le transport sanitaire et les autres biens médicaux (dispositifs auditifs, d'optique...). La dépense de santé, indicateur plus largement utilisé dans les comparaisons internationales rends également compte d'aspects associés à la formation médicale, à la recherche médicale, aux actions de préventions et à certaines dépenses de *care*.

Selon les comptes de la santé, en 2019, les transferts provenant de la Sécurité sociale représentent 78,2 % de la CSBM (Marc, & al., 2020). D'autres formes de couverture des dépenses interviennent alors. La première, associée à la marchandisation du système de soins, est celle de la couverture assurantielle complémentaire, individuelle ou *via* l'employeur. Cette forme de couverture du risque, par le marché (directement ou *via* la relation qui lie le salarié à son employeur) représente 13,4 % des dépenses. Enfin, en parallèle à un financement résiduel de l'État (1,5 %), le reste à charge, c'est-à-dire une dépense non

Dans le cas du *care* des dispositifs de transferts monétaires de l'ordre politique vers l'ordre domestique existent également dans le système français. Il s'agit, pour les personnes âgées, de l'allocation pour l'autonomie. Comme dans le cas de la couverture de la consommation de soins et de biens médicaux, l'allocation ne couvre pas l'ensemble des dépenses, ce qui sera vu plus amplement dans la suite de ce manuscrit. En revanche, contrairement aux soins, les assurances individuelles sont rares. En raison de défaillances de marché nombreuses, elles ne permettent pas une mutualisation des risques (Fontaine & Zerrar, 2013).

De même que pour les soins, une dynamique de marchandisation de l'offre des établissements et services venant répondre à des problématiques de dépendance a pu être observée depuis les années 2000, cette marchandisation combine une privatisation de l'offre et des éléments que (Christine André, Batifoulier & Jansen-Ferreira, 2016) qualifient de privatisation incorporée (Chauvière, 2010 (2007) ; Delouette & Nirello, 2017 ; Le Roy, Puissant & Vatan, 2022).

Le *care* se distingue des soins médicaux ou infirmiers. En effet, la fourniture de ces soins repose sur une relation d'achat auprès d'un professionnel de santé ou d'une organisation proposant des biens/services de santé. On a alors une relation économique d'achat vers un offreur situé dans la sphère économique (incluant des organisations publiques et non lucratives). Dans le cas du *care*, il existe des prestataires de services (organismes d'aide à domicile), ou il est possible d'employer directement un salarié. L'accès au *care* passe alors par une relation d'achat sur un marché ou s'opère dans le cadre d'une relation d'emploi. Nonobstant, une large partie de la production de *care* s'effectue directement au sein de la sphère familiale, dans le cadre d'une autoproduction. Cette autoproduction n'est pas associée à des transferts monétaires dans le cadre de la dépendance⁴⁵. Bien que les prise en charge soient parfois associée à l'œuvre d'aidants naturels, terme mobilisé pour désigner les aidants non-professionnels, elle engage des rapports sociaux. Ainsi, Roquebert, Fontaine & Gramain (2018) ou encore Billaud & Gramain (2014) mettent en évidence que l'implication dans l'autoproduction de *care*, et les configurations d'aide familiale de personnes âgées, dépendent des caractéristiques sociales (genre, rang dans la fratrie...) mais aussi économiques des différents membres de la fratrie. Au-delà, l'aide apportée est même socialement instituée par le biais des obligations alimentaires envers les ascendants (Art 205 du code Civil), seule la forme de cette aide (monétaire ou non) restant –relativement- libre.

Les travaux sur le *care*, développés en particulier par les *gender studies*, permettent d'apporter d'autres éclairages.

socialisée ou socialisée dans le cadre du ménage, éventuellement étendu au cercle familial, représente 6,9 % de la dépense.

⁴⁵ Les dispositifs de protection sociale associés à la prise en charge d'enfants handicapés peuvent inclure un transfert monétaire vers le parent assurant la prise en charge de l'enfant, assurant ainsi une compensation de la renonciation à l'emploi et aux revenus afférents pour un seul des deux parents (ou pour un parent isolé). Ainsi l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est majorée en cas de réduction ou d'arrêt de l'activité professionnelle d'un parent et du niveau de contrainte de surveillance induit par le handicap de l'enfant.

2.3 Les travaux sur le *care*

Les *gender studies* ont particulièrement travaillé la question de la protection sociale et, au sein de celle-ci du *care* en particulier (Daly & Lewis, 2000 ; England, 2005 ; Folbre & Nelson, 2000 ; Fraser, 2007). Ces travaux relient le *care* aux différents éléments du système de protection sociale tel que caractérisé dans les deux sections précédentes. Ils reposent sur une définition du *care* plus large que celle de l'aide rendue nécessaire par un besoin de santé et incluent parfois ce que je qualifie de soins. Le périmètre institutionnel associé à ces travaux est ainsi différent du périmètre que je confère au *care*. Dans cette conception plus étendue, le « *care* » renvoie à un ensemble d'activités relatives au prendre soins, que ces activités soient réalisées par une organisation économique (dans un sens très large, incluant les services publics) ou bien dans le cadre familial. Le « *care* » comprend ainsi des activités de soins aux malades et d'aide aux personnes dépendantes en raison d'un handicap ou de leur âge. L'attention et l'aide apportée à des enfants y est également inclus. L'éducation y est souvent associée. Plus largement, le « *care* » peut intégrer également un ensemble de tâches domestiques (comme préparer le repas du soir pour sa famille, sans pour autant que l'un des membres ne soit dépendant). La caractérisation marxiste est éclairante à ce sujet. En effet, elle distingue le travail reproductif et le travail productif (Fraser, 2007, 2014). Le travail reproductif englobe l'ensemble du « *care* ». Largement rattaché au cadre familial, le travail reproductif peut s'exercer également dans un cadre d'emploi/d'activité professionnelle. Le travail productif est lui associé à une activité professionnelle nécessairement rémunérée. Le « *care* » constitue ainsi un travail, qui selon qu'il est réalisé dans la famille ou dans la sphère économique, peut être rémunéré ou non. Sur très longue période, sous l'effet de changements démographiques (baisse de l'indice de fécondité et vieillissement associé à la transition démographique), les besoins en *care* évoluent, en particulier, les besoins de *care* des personnes âgées augmentent. Par ailleurs, en lien avec le développement de l'emploi des femmes, le « *care* » est de façon croissante réalisée dans la sphère économique, en majorité par des femmes (Folbre & Nelson, 2000) si bien qu'à l'aube des années 2000 aux USA, plus de 30 % de l'emploi des femmes se situe dans le « *care* » ainsi délimité.

Daly & Lewis (2000) attribuent au *care* deux autres dimensions que celle de travail. Elles restreignent pour cela le *care* au *social care*, entendu comme lié aux activités associées à des personnes (adultes ou enfants) dépendantes en raison de leur âge ou de leur état de santé, ce qui délimite un espace institutionnel proche de notre secteur institutionnel. Le *social care* correspond ainsi aux « activités et relations liées à la satisfaction des besoins physiques et affectifs des adultes et des enfants dépendants, ainsi que les cadres normatifs, économiques et sociaux dans lesquels ces activités sont attribuées et réalisées » (p. 285, traduit par mes soins)⁴⁶. Sous cette conception, le *care* prend trois

⁴⁶ « *the activities and relations involved in meeting the physical and emotional requirements of dependent adults and children, and the normative, economic and social frameworks within which these are assigned and carried out* » (p. 285)

dimensions cumulatives. Il s'agit en premier lieu d'un travail. En deuxième lieu, il renvoie à un cadre normatif d'obligations et de responsabilités. Enfin, le *care* correspond à un ensemble d'activité ayant des coûts, monétaires et émotionnels, ce qui pose la question du partage des coûts. Sur la base de ces trois dimensions, les auteurs font du *care* un concept reliant à la fois le niveau micro de la distribution entre individus au sein de la famille (et du soutien de l'État aux aidants) et le niveau macro de la division du travail entre l'État, le marché, la famille et la communauté (la communauté renvoyant ici au voisinage et/ou aux associations). Cette articulation permet d'encapsuler et de caractériser des éléments associés à la prise en charge de la dépendance qui ont été soulignés dans la partie précédente : l'obligation légale d'aide aux ascendants dans le droit français traduit et impose le cadre normatif associé au *care*. Elle se traduit par une certaine organisation de la charge du *care* dans la famille, mais aussi entre États, marché et familles. Le *care* est ainsi relié au système de protection sociale (Lewis, 1997), ce qui permet d'identifier des points d'attention spécifiques pour l'étude de la marchandisation de la santé et du *care*. Le premier se situe dans l'articulation entre sphère domestique et économique, renvoyant plus particulièrement à la question du travail, de l'emploi et de qui occupe ces emplois (2.3.1.). Le second est dans l'articulation entre État et familles (2.3.2.).

2.3.1 Care : travail et emploi

En dépit de ces questions de périmètre, les travaux sur le « *care* » en langue anglaise sont riches d'enseignements. Ils mettent en évidence une sur-représentation des femmes dans les métiers associés, en particulier pour ce qui est des métiers peu qualifiés (England, 2005 ; Lightman, 2017 ; Pietrykowski, 2017). Cette sur-représentation des femmes est associée à des rémunérations faibles. Si de façon générale, des rapports de genre peuvent s'observer sur tous les types d'emplois (Berthonnet & Clos, 2019), des éléments spécifiques aux emplois de « *care* » sont également associés au faible niveau de rémunération⁴⁷. Deux grands registres d'explications y sont associés.

1/ L'approche standard du « *care* » postule que l'offre de *care* repose sur une utilité dérivant du bien-être des autres et/ou de la satisfaction d'assumer ses responsabilités. En ce sens, le « *care* » constituerait une externalité positive. L'explication associée est que les femmes préféreraient offrir du « *care* » davantage que les hommes (i.e. que leurs préférences sont établies de telle sorte qu'offrir du « *care* » correspond à une plus grande utilité) et accepteraient des salaires plus faibles du fait de l'utilité qu'elles dégagent à prendre soin des autres. Pour Heyes (2005), qui analyse le travail de « *care* » sous l'angle de celui des infirmières (*nurses*), une personne ayant la vocation associée à un métier de *care* puisqu'elle aime ou ressent le besoin de prendre soin accepterait, toutes choses étant égales par ailleurs, un salaire plus faible qu'une personne n'ayant pas ce type de préférences. L'acceptation d'un salaire plus faible permettant de déterminer un meilleur *carer*, des salaires bas permettraient un meilleur « *care* ».

⁴⁷ En outre les relations de genre reliées aux relations d'emploi du *care* contribuent à renforcer les inégalités de classe et de race (Fraser, 2014 ; Simonet, 2018).

Nelson & Folbre (2006) pointent cependant que la conclusion de ce raisonnement est fallacieuse pour quatre raisons. La première a trait à la distinction entre motivation et qualité du « *care* ». En effet, la vocation ne garantit pas la présence de compétences professionnelles, de même que l'intention ne garantit pas le résultat⁴⁸. La seconde est relative à l'utilisation d'une théorie sur le comportement individuel pour en tirer des résultats sur l'ensemble de la profession. L'argument développé repose sur le fait que, si lors de leur émergence, les emplois de « *care* » étaient occupés par de jeunes femmes sans enfants ou des femmes mariées pouvant bénéficier du soutien financier de leurs époux, le nombre de personnes pouvant offrir du « *care* » sans avoir besoin d'argent en retour diminue. Les personnes ayant des responsabilités financières pour elles et leurs familles, même si elles en ont la vocation, trouveraient alors difficile d'accepter un salaire trop bas, qui les conduirait à privilégier les besoins de leurs patients sur les besoins de leur famille. Elles recherchent de fait un salaire suffisant. Outre les personnes n'ayant pas besoin d'argent, un salaire de réserve faible peut également être associé à des personnes n'ayant pas d'autres alternatives. Les qualifications des infirmières limitent les très bas salaires. Cependant, les auteurs mettent en avant que les maisons de retraites ou agences d'aide à domicile (aux USA) sont souvent contraintes de proposer de très bas salaires, ce qui les amène à recruter des personnes à très bas niveau d'éducation, récemment immigrées, voire ne parlant pas ou mal anglais⁴⁹. Pour les auteures, au contraire, des salaires plus élevés seraient plus attractifs et permettraient d'accroître les possibilités de réellement choisir lors des recrutements, améliorant ainsi la qualité du « *care* ». La troisième raison pour laquelle un salaire bas ne garantit pas la qualité du travail de *care* est liée au fait que les motivations extrinsèques (rémunération) ne remplacent pas toujours les motivations intrinsèques ou autonomes. Au contraire, en se basant sur Frey (1999), Nelson et Folbre montrent que les motivations intrinsèques peuvent être renforcées par des motivations externes si celles-ci sont perçues comme des remerciements et non comme un outil de contrôle de l'obtention de résultat. Enfin la dernière est que cette conclusion se heurte à une réalité empirique de pénurie d'infirmières (et de travailleurs du « *care* » en général).

2/ Le deuxième grand type d'explication de ce faible niveau de salaire repose sur le principe que le « *care* » peut être réalisé dans la sphère familiale ou bien dans la sphère économique (via une relation d'emploi auprès d'un prestataire de service ou une relation d'emploi direct), contrairement à ce que Fraser caractérise comme travail productif. Cette spécificité contribue à dégrader la valeur monétaire du travail de « *care* ». Cette différence de valorisation selon que le travail puisse être réalisé dans la sphère familiale ou non conduit pareillement à un risque d'effet d'éviction selon Daly et Lewis qui arguent que « la qualité du « *care* » est susceptible d'être dégradée dans notre société si elle n'a pas une valeur monétaire, mais aussi si elle en a une parce que cette valeur monétaire est

⁴⁸ Pour cela, les auteures utilisent l'exemple de quelqu'un se sentant une vocation de poète mais ne parvenant pas à écrire de bons poèmes.

⁴⁹ Les mêmes problématiques ont pu être observées dans d'autres pays. Dans les services à la personne en France, le salaire minimum combiné à des temps de travail faible mais à amplitude horaire forte créent des difficultés importantes de recrutement que j'ai pu observer dans mes travaux sur l'aide à domicile.

minime » (2000, p. 292, traduit par mes soins)⁵⁰. Dans cette perspective, Dussuet (2005, 2016) analyse que les emplois dans l'aide à domicile en France reproduisent dans la sphère économique les inégalités domestiques, ne permettant notamment pas d'apporter une autonomie économique à leurs détentrices.

2.3.2 *L'articulation entre politique de care et famille*

Cette conception du « care » définit un domaine d'intervention publique où les politiques s'analysent. Concernant les relations entre État et sphère familiale, un ensemble de travaux montre que les dépenses publiques associées à des politiques de *care* et le travail domestique sont reliés. Ainsi, à partir du cas mexicain Girón & Correa (2016), montrent que la réduction des dépenses publiques de santé et d'éducation augmente le travail non payé au sein de la famille. Plus largement, elles montrent également que la baisse de ces dépenses publiques accroît les écarts de genre (tels que mesurés par l'indice d'écart de genre⁵¹). Plus généralement, Piovani & Aydiner-Avsar (2015) montrent à partir d'une revue de littérature que le travail des femmes permet de contrebalancer la baisse de l'implication/financement public. Les auteurs évoquent ainsi un biais de genre dans les politiques économiques néo-libérales, dont relèvent les politiques de marchandisation des services sociaux, incluant la santé. En analysant plus spécifiquement les relations de *care*, Daly & Lewis (2000) mettent en évidence que la marchandisation du « care », si elle permet un choix plus important pour les bénéficiaires, conduit également à une sélection accrue de ceux-ci. Les personnes âgées peu dépendantes se voient ainsi exclues des prestations pour le « care ». Elles soulignent que dans cette configuration, les aidants informels (familles) « doivent reprendre le flambeau » (2000, p. 292, traduit par mes soins)⁵². L'altruisme associé à la prise en charge de « care » devient alors un « altruisme obligatoire » (idem). On retrouve ce phénomène de façon marquée en France avec le principe d'obligation alimentaire envers les ascendants (Art. 205 et suivants du Code civil), ainsi que pour les conjoints et descendants (Kesteman, 2011). Cette obligation légale et morale conduit Trabut & Weber (2009) à parler de parents piégés pour désigner un certain type d'aidant, conjoint ou enfant unique, devant choisir, pour des cas de dépendance lourdes, entre aider la personne par un travail de « care » (gratuit) et financer une prise en charge en institution.

Les travaux sur le « care » relevant des *gender studies* démontrent l'intérêt d'une approche multi-niveaux, ce que propose un ensemble de travaux parmi les approches régulationnistes.

⁵⁰ « Care is liable to be degraded in our society if it does not attract a monetary value, and yet also degraded if it does because that monetary value is so small » (p. 292)

⁵¹ Le Gender Gap Index est un indicateur multidimensionnel proposant une mesure de la manière dont les ressources et opportunités sont répartis entre hommes et femmes dans un pays. Il comporte quatre dimensions (comprenant chacune plusieurs indicateurs) : la participation économique à travers l'emploi/le travail ; le niveau de scolarité ; la santé et survie (écart en termes d'espérance de vie ou de composition des naissances) et l'autonomisation politique.

⁵² « the informal carers [...] must pick up the slack » (p. 292)

2.4 Un ancrage dans les approches régulationnistes

Les travaux régulationnistes proposent une analyse du capitalisme et de sa dynamique, utile pour traiter des transformations du système de santé. Selon cette approche, les rapports sociaux et leur codification en tant que formes institutionnelles sont au cœur de la dynamique du capitalisme.

Dès les prémisses, un ensemble de travaux s'attache à caractériser les catégories intermédiaires⁵³ centrales que sont les formes institutionnelles ainsi que les régimes d'accumulation et le mode de régulation. Cinq grandes formes institutionnelles sont usuellement identifiées : 1) la forme de la monnaie et le régime monétaire ; 2) la forme du rapport salarial ; 3) la forme de la concurrence ; 4) la forme d'adhésion au régime international et 5) la forme de l'État. Ces catégories et leur articulation vont permettre de générer un résultat principal : des compromis institutionnels permettent de réguler les contradictions fondamentales du capitalisme (rapport capital-travail, baisse du taux de profit, à tout le moins saturation des débouchés et profits associés dans certains secteurs). De fait, l'analyse de ces formes permet de caractériser la dynamique du capitalisme (2.4.1.). Elle offre également une méthode d'investigation de la dynamique du capitalisme (2.4.1.). La démarche régulationniste développée au niveau macro, se décline également pour l'étude de domaines particuliers, comme ici le système de santé, qui sont articulés à ce niveau (2.4.3.), ouvrant ainsi une perspective multi-niveaux.

2.4.1 *La dynamique du capitalisme éclairée par les formes institutionnelles et leur hiérarchie*

De nombreux travaux régulationnistes ont cherché à identifier les caractéristiques institutionnelles de l'après fordisme et du régime suivant. Parmi ces travaux, Petit (1999, 2008) analyse la dynamique du capitalisme sous l'angle de la modification des rapports sociaux associés à la servicisation de l'économie. Il montre l'intérêt d'une analyse des dynamiques du capitalisme qui repose sur l'étude des rapports sociaux associés aux services. Mes travaux sur les services de *care* s'inscrivent dans cette perspective.

Petit (1999) cherche, en observant l'évolution des formes institutionnelles et leur hiérarchie, à identifier le régime de croissance qui succède au fordisme⁵⁴. Il montre que

⁵³ Les travaux des années 1990 tendent à mobiliser le terme de catégorie intermédiaire (Coriat, 1994) quand les travaux plus récents recourent au terme de concept intermédiaire (Lamarche, 2012, 2016).

⁵⁴ Il appuie son analyse sur deux grands ensembles de faits stylisés. Le premier ensemble repose sur une baisse de la productivité (associée notamment à la montée de la part des services dans l'activité économique). Le second fait-stylisé a trait à la répartition. Concernant ce dernier, Petit constate que si les profits s'accroissent ceux-ci ne conduisent pas à une hausse de l'investissement mais qu'ils sont répartis en faveur de davantage de revenus socialisés (impôts et taxes) et surtout vers une rémunération accrue du capital (*de facto*, la part des gains de productivité associée aux salaires diminue). La conséquence de cette évolution de la répartition est une baisse de l'épargne des ménages quand la consommation finale augmente légèrement. Cela est associé à une hausse des revenus financiers des ménages, qui augmente les inégalités. Dans le même temps, la demande externe (importations et exportations) occupe un poids relativement stable. Toutefois, malgré cette stabilisation des échanges commerciaux, les flux de capitaux financiers et d'investissements directs à l'étranger s'accroissent, traduisant une nouvelle forme de relations

les modalités d'insertion dans la concurrence internationale sont rendues visible dans la forme de la concurrence et explorent la façon dont cette évolution affecte les autres formes institutionnelles. Sur le rapport salarial, des évolutions technologiques et de compositions sectorielles ont contribué à une individualisation accrue des salaires. Les droits sociaux associés au travail et au système de protection sociale, ici rattaché au rapport salarial, sont également influencés par l'évolution des formes de la concurrence : du point de vue du politique et de l'économique les allocations sociales (et autres éléments de droits sociaux) ne doivent pas générer de distorsions de concurrence, les prestations sont individualisées de façon croissante ... enfin, de nouvelles formes d'emploi, plus précaires se développent. Pour Petit, la forme de l'État passe d'une forme dite keynésienne associée à un soutien fort à la demande effective et à des politiques de soutien au plein emploi à une forme qualifiée de schumpetérienne, qui promeut la compétitivité (locale) des firmes. Concernant la monnaie, la financiarisation est pensée comme associée à l'évolution de la forme de la concurrence. Enfin, à propos des relations internationales, Petit souligne que l'évolution des formes de la concurrence génère une dilution des entités nationales au point que les formes de la concurrence et des relations internationales tendent à se confondre. Plus tardivement, Petit (2008) attribuera aux modifications de la structure de la production associées au développement des services un rôle plus important encore dans l'évolution des formes de la concurrence, et *de facto* du capitalisme.

Ce travail de Petit opère une hiérarchisation des formes institutionnelles associées à la servicisation de l'économie qui fait de la forme de la concurrence la forme institutionnelle dominante, dont les évolutions se reflètent sur les autres rapports sociaux et leur codification. Ce résultat, de portée macroéconomique, constitue l'un des points de départ de mes travaux. Il permet également de fonder la recherche de la maîtrise de la dépense publique et le développement de logiques concurrentielles dans le domaine de la santé comme des éléments venant en réponse à la crise du fordisme. Il invite alors à étudier dans quelle mesure la marchandisation de la santé et la domination exercée par l'organisation des formes de la concurrence sur l'État modifient à leur tour les rapports sociaux, mais aussi la variété des mécanismes de régulation liée à cette marchandisation (compromis institutionnels de l'approche régulationniste, évolution des comportements dans la sphère familiale comme suggéré par les travaux sur le *care*, etc.).

2.4.2 Une analyse des configurations concrètes des formes institutionnelles

La définition des formes institutionnelles, en tant que codification de cinq grands rapports sociaux, invite à analyser leurs configurations concrètes. Par exemple, la définition du rapport salarial dans les manuels est telle que celui-ci correspond à la « configuration du

internationales. Pour Petit (1999), les évolutions des régimes de productivité et de demande ne permettent pas d'expliquer le ralentissement de la croissance. Pour cela, ils sont à relier à l'évolution de la structure de la production (changement technologique, développement des services, et nouvelles formes d'internationalisation) et à l'évolution des formes institutionnelles que cette évolution génère.

rapport capital/travail composée des relations entre l'organisation du travail, le mode de vie et les modalités de reproduction des salariés. » (Boyer, 2015a, p. 46).

Le rapport salarial est ainsi situé avec le salariat, forme de travail dominante dans le fordisme, mais d'autres formes de mise au travail coexistent et/ou émergent en parallèle, comme aujourd'hui le travail indépendant des travailleurs de plateformes (Montalban, Frigant & Jullien, 2019). Considérer la catégorie de rapport salarial comme élément méthodologique guidant l'observation du rapport capital-travail invite alors à intégrer ces éléments dans l'analyse. *De facto*, ces catégories intermédiaires permettent d'éclairer des phénomènes nouveaux dans la dynamique du capitalisme. La catégorie de rapport salarial offre une méthode d'observation des dimensions juridique et politique associées au travail : le contrat de travail, le droit du travail ... et des éléments économiques reliés au travail, comme l'organisation de la production, les normes de productivité, ainsi que des éléments au croisement de ces dimensions économique et politique, comme la rémunération du travail direct et indirect à travers des dispositifs de protection sociale. Le focus sur ces éléments constitutifs du rapport salarial a permis aux travaux régulationnistes de fournir des comparaisons internationales originales (par exemple Amable, 2005 ; Boyer, 1986, 2001 ; Théret, 2006). L'approche comparative occupe ainsi une place importante dans les approches régulationnistes depuis ses prémices, qu'il s'agisse de comparaisons dans le temps ou dans l'espace (ou les deux). Les approches comparatives se déclinent également à d'autres niveaux que le macro en particulier le niveau des secteurs (Laurent & du Tertre, 2008), des organisations (*via* les modèles productifs), des territoires différents de ceux des États-nations, des systèmes de santé (Christine André, 2015) ou de protection sociale (Barbier & Théret, 2009 ; Théret, 2011). L'étude de ces domaines particuliers peut également permettre d'introduire des éléments qui ne seraient que pas ou peu perceptibles au niveau macro. Ainsi, dans le domaine du *care*, une partie de la production se réalise dans la sphère économique, *via* un travail salarié ou une activité entrepreneuriale, mais une large partie est réalisée en dehors de la sphère économique, directement dans la sphère domestique *via* de l'autoproduction. Ces deux formes de production peuvent être rattachées à la relation salariale au sens où elles réfèrent aux modes de vie et des modalités de reproduction des salariés. Néanmoins les conditions de mise au travail diffèrent. Par ailleurs, les travaux sur le domaine du *care* (Daly & Lewis, 2000 ; England, 2005 ; Folbre & Nelson, 2000) montrent la nécessité de relier le domestique avec l'économique et le politique. Ils suggèrent ainsi que la compréhension du capitalisme gagnerait à intégrer les rapports sociaux de production et de protection sociale associés au domestique et ses relations à l'économique et au politique. En outre, la socialisation des revenus ne s'opère plus seulement en référence à l'emploi salarié mais prend d'autres formes (par exemple, auto-entrepreneur), qui s'observent à l'échelle des territoires. Pour marquer cette moindre centralité de la relation salariale, a été proposé la dénomination de rapport social d'activité pour définir cette forme institutionnelle (Laurent & Mouriaux, 2008). Le rapport social d'activité inclut les types et moyens de production mobilisés, les formes de la division sociale et technique du travail, dans et entre les entreprises, mais aussi entre les différentes formes d'activité ; les modalités d'attachement des salariés à leurs entreprises et les modalités

d'attachement des personnes à leurs territoires ; les déterminants des revenus des ménages ; les modes de vie qui soutiennent le déploiement des systèmes productifs et les topologies familiales. Mes travaux proposent des éléments en ce sens.

2.4.3 *De l'analyse de domaines particuliers pour mettre en évidence les contradictions du capitalisme à la question du multi-niveaux*

Les analyses régulationnistes de secteurs et/ou de territoires ont analysé la façon dont les contradictions des modèles nationaux de capitalisme se déclinent au niveau méso. De nombreux domaines ont été analysés (cf. Encadré 1).

Encadré 1 - Une variété de secteurs, territoires et organisations investigués

Les domaines investigués par les approches en termes de régulation sectorielle et territoriale (RST), élargie à la régulation des espaces méso (Lamarche & Bodet, 2020 ; Lamarche, & al., 2021), sont variés. Artis (2013) a travaillé sur les groupements d'employeurs, en ce qu'ils représentent une nouvelle forme de relation salariale. Richez-Batesti et Vallade ont particulièrement travaillé sur l'innovation sociale de façon plus générique, montrant notamment les dynamiques territoriales associées à ces processus d'innovation (2012 ; 2009, 2018). Lamarche et *al.* ont travaillé sur les coopératives, en particulier les coopératives d'activités et d'emploi, qui elles aussi proposent des relations salariales très spécifiques (Ballon & Veyer, 2019 ; Bodet, de Grenier & Lamarche, 2013 ; Lamarche & Bodet, 2020). Dans le domaine associé aux formes d'organisations dominantes de l'économie capitaliste classique, on trouve un ensemble de travaux interrogeant les organisations sous l'angle de la responsabilité sociale/sociétale des entreprises (Bodet & Lamarche, 2007 ; Chanteau, 2011 ; Lamarche, 2011 ; Lamarche & Bodet, 2018) ou encore du développement durable (Clos, 2016). Sont aussi étudiés les reconfigurations de certains domaines plus précurseurs des approches régulationnistes méso comme le domaine agricole (Allaire, 2019 ; Labarthe, 2005 ; Labarthe & Laurent, 2011, 2013 ; Labarthe & Laurent, 2009 ; Laurent, & al., 2010), notamment au regard des dynamiques territoriales spécifiques qui s'observent ou bien dans des dynamiques sectorielles (et également territorialisées) comme les valorisations non alimentaires des produits agricoles (Nieddu, Garnier & Bliard, 2014 ; Nieddu & Vivien, 2015). Des approches régulationnistes ont également été mobilisées pour l'analyse des formes d'organisations émergentes autour de l'économie dite collaborative ou de plateforme (Coriat, 2015 ; Montalban, Frigant & Jullien, 2019) ou encore de l'économie de la fonctionnalité qui substitue des droits d'usage aux droits de propriété (Vuidel, du Tertre & Lipovac, 2012). Enfin à l'intersection de l'économie sociale et des formes d'organisation associées au capitalisme, on trouve également des travaux sur des secteurs comme le football professionnel européen masculin, aux nombreuses particularités en termes de rapport capital-travail (Bastien, 2017, 2018).

Dans les domaines analysés par les approches en termes de régulation sectorielle et territoriale, hormis pour l'automobile, la relation salariale ne présente pas les mêmes caractéristiques que dans les industries emblématiques du fordisme. Souvent elle ne correspond pas aux normes d'emploi directement observables au niveau macro. L'appareillage statistique macroéconomique prend mal en compte ce qui n'est pas

fordien⁵⁵. Cela renvoie, notamment, à une modification du rapport capital-travail qui rend plus flou les frontières entre travail, activité et emploi. Dans le domaine de l'aide à domicile, les revenus du travail résultent largement d'un cumul de plusieurs emplois, et ces revenus sont complétés par des droits sociaux, associés non pas à l'emploi (chômage) mais à l'activité, le revenu de solidarité active (RSA) venant compléter les revenus associés à du travail à temps partiel (Gallois, 2013d).

Cette perspective permet de mieux comprendre les logiques de fonctionnement et les relations salariales de l'aide à domicile. En effet, l'obtention de revenu hors des formes d'emploi dominantes dépasse bien souvent les frontières des dispositifs sectoriels et complexifie la lecture des dispositifs de formation des revenus primaires.

L'articulation concrète du politique et de l'économique invite à caractériser⁵⁶ le rapport capital-travail de façon à tenir compte de sa dimension travail et hors travail, des formes d'attachement des personnes au travail et à leur territoire.... Ainsi, l'étude de domaines non emblématiques du fordisme permet d'enrichir les approches régulationnistes de méthodes pour conceptualiser les rapports sociaux, qui n'apparaissent que peu ou mal à l'échelle macro, notamment car l'appareil statistique macroéconomique a largement été conçu pour caractériser une économie fordiste.

L'étude du niveau méso permet ainsi de rendre compte du fait que les contradictions du capitalisme ne sont pas seulement régulées par des compromis au niveau macro, mais également par des mécanismes (relevant ou non de compromis) à l'échelle de secteurs, de territoires et d'autres espaces méso, articulés au niveau macro. Dans cette perspective, l'étude des rapports sociaux de production et de protection sociale associés à la marchandisation de la santé, contribue au programme de recherche régulationniste.

En outre, le *care* est une activité pouvant être produite dans la sphère domestique, ce qui invite à prendre en compte l'ordre domestique en lien avec l'économique et le politique pour la caractérisation des rapports sociaux associés.

2.5 Conclusion de la partie

Le retour proposé sur les travaux en économie de la santé, de la protection sociale, du *care* et des approches régulationnistes permet de positionner mes recherches relativement à leurs apports.

Des travaux régulationnistes, je retiens que c'est aussi dans des espaces méso que peuvent émerger de nouvelles formes de régulation des contradictions inhérentes au capitalisme. Mettre en évidence ces mécanismes de régulations permet de révéler d'autres formes de régulation que celles directement observables au niveau macro. C'est ce que mes travaux proposent par l'étude des mécanismes de régulations associées à la marchandisation de

⁵⁵ La mesure de la productivité est devenue complexe avec la servicisation (Gadrey, 2001), en outre, la mesure de la production pose problème, en effet la production non marchande et pour usage final propre reste mal mesurée par la comptabilité nationale... (Archambault, 2003 ; Piriou & Bournay, 2015).

⁵⁶ Les auteurs proposent des éléments méthodologiques de caractérisation dans leurs travaux (cf. Laurent & Mouriaux, 2008, p. 39).

la santé. Les travaux en économie de la santé, en se focalisant sur les soins, permettent d'identifier que la marchandisation des systèmes de santé prend différentes formes. Ils contribuent également à souligner les effets de cette marchandisation en termes d'inégalités d'accès aux soins. Les logiques de marchandisation de la santé entrent ainsi en contradiction avec le postulat selon lequel la santé n'est pas une simple demande mais constitue également un besoin. La conception holiste de la santé (Nordenfelt, 2007) permet d'étendre ce besoin à la fois aux soins mais également au *care*. Elle permet également de fonder l'articulation entre système de soins et de *care* au sein du système de santé, les systèmes de santé étant eux-mêmes articulés à ceux de protection sociale. Mes recherches visent à mettre en évidence les mécanismes par lesquels le développement de logiques marchandes dans le domaine de la santé influe les rapports sociaux de production associés au *care* ainsi que les rapports de protection sociale. Les travaux portant spécifiquement sur la protection sociale et le *care* permettent de préciser ce que j'entends par rapport de protection sociale. J'y associe les relations engagées entre sphère politique, sphère marchande (ou économique) et sphère domestique à travers les dispositifs traduisant les logiques et formes de socialisation (monétaires et non-monétaire) associés à la réponse à un risque de protection sociale. La réponse à ce risque peut faire l'objet d'un compromis traduit par des droits sociaux entre sphère économique et politique ou prendre d'autres formes. Les réponses à un risque peuvent consister en des transferts monétaires venant remplacer des revenus du travail (revenu de remplacement), en des transferts monétaires venant permettre l'achat de biens et services (ex, le remboursement d'une consultation médicale) ou encore en une mise à disposition du bien/service sans contrepartie monétaire (ex. aider un proche à se déplacer). Ces réponses peuvent se cumuler et se combiner. Les transferts monétaires peuvent provenir de dispositifs d'assurance sociale ou d'une couverture assurantielle privée, souscrite individuellement ou *via* l'employeur auprès d'un assureur inscrit dans la sphère marchande. Ils peuvent également provenir de dispositifs d'assistance. Ces différentes configurations traduisent des formes de socialisation différentes.

Les transferts permettent l'achat de services auprès de prestataires dans la sphère économique. En leur absence, l'achat est possible, mais relève d'une demande individuelle. L'achat s'effectue (ou non) sous contrainte budgétaire, en arbitrage avec l'autoproduction et la renonciation. Par ailleurs, les logiques de production associées à la sphère économique et à la sphère familiale n'engagent pas les mêmes formes de mise au travail et d'organisation de celui-ci. De ce fait, la caractérisation des rapports de protection sociale appelle à caractériser les relations de travail associées à ces services, en particulier la division du travail et les formes de mise au travail.

Les prochaines parties vont permettre de voir comment l'étude de l'aide à domicile et de la télémédecine permet de préciser les articulations entre soins et *care*, et ainsi de mettre en évidence les mécanismes de régulation qui soutiennent la marchandisation des systèmes de santé, et la modification des rapports de protection sociale et de production de *care*.

3 Analyse de la régulation sectorielle de l'aide à domicile

Un premier ensemble de travaux développe une analyse régulationniste des changements de la configuration institutionnelle du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées induits par le Plan Borloo de développement des services à la personne de 2005. Cet ensemble, qui a pour point de départ ma thèse (Gallois, 2012d) comprend 4 articles (Gallois, 2012a, 2013b, c ; Gallois & Nieddu, 2015) et 6 contributions à ouvrage collectif (Artis & Gallois, 2022 ; Gallois, 2009, 2010, 2011a, 2012b, 2013d). Par ailleurs, des approfondissements et actualisations réalisés pour cette Hdr sont en cours de valorisation (Gallois, 2022a, b, à paraître).

Ces travaux ont été initiés dans le cadre d'une convention Cifre, où le chercheur doit apporter des réponses à des questionnements directement issus du terrain (3.3.)⁵⁷. Pour parvenir à une contribution académique, ces questionnements ont été transformés en une question de recherche (3.4.). Après un retour sur le cadre analytique (3.5.), je présenterai les matériaux mobilisés (3.6.), les principaux résultats (3.7.) et leur mise en perspective (3.8.). Toutefois, avant de développer ces éléments, il est nécessaire de construire le secteur de l'aide à domicile (3.1) pour comprendre les effets systémiques du Plan Borloo (3.2.).

3.1 Le secteur de l'aide à domicile (en 2004)

La politique de protection sociale a organisé un financement de l'aide à domicile pour qu'elle soit produite via la sphère économique et non au sein de la seule sphère domestique. Elle a ainsi induit une marchandisation de cette activité par le biais de la marchandisation du travail associé (sur cet aspect, voir Artis & Gallois, 2022). Elle modifie ainsi le rapport de production et de protection sociale associée. J'ai analysé la régulation sectorielle de l'aide à domicile pour montrer comment. L'aide à domicile est entendue ici comme une aide à réaliser des gestes de la vie quotidienne rendue nécessaire par un problème de santé. Le secteur de l'aide à domicile est conçu comme un ensemble autonome organisé autour d'une finalité productive et ayant des règles conjointes, qui s'articulent avec le système de santé et le niveau macro.

Du point de vue la sectorisation proposée par la comptabilité nationale à travers la Nomenclature européenne des activités (NACE), l'aide à domicile correspond à la catégorie Q88-10 « action sociale sans hébergement des personnes âgées et handicapées ». Cette catégorie relève de l'action sociale et médico-sociale. À ce titre, un ensemble de règles associées à la planification médico-sociale et au dispositif de l'autorisation médico-sociale y sont associées. L'autorisation médico-sociale conditionne les possibilités d'exercice, régleme les conditions d'exercice et conduit à déterminer un tarif opposable pour les

⁵⁷ La réponse à ces questionnements a notamment pris la forme de rapports et notes (Dubois, Ardoise & Gallois, 2007 ; Gallois, 2008, 2011b ; Gallois, Didi & Dubois, 2008 ; Gallois, Guélard & Rousselet, 2008 ; Gallois & Guerry, 2010 ; Gallois & Villez, 2010). J'ai également contribué à des études collectives, listées dans mon CV en annexe.

services d'aide proposés par l'organisation. Il s'agit ainsi d'un dispositif essentiel de régulation de l'activité d'aide à domicile.

Encadré 2 – Le dispositif de l'autorisation médico-sociale

L'autorisation médico-sociale est délivrée par le conseil départemental⁵⁸ au terme d'une procédure longue et complexes. La délivrance de l'autorisation est soumise à un ensemble de principes réglementant la qualité de services, à la démonstration que le service vient répondre à des besoins identifiés et concordant avec ceux identifiés par le département. Elle suppose également de proposer une évaluation des coûts du service compatible avec la contrainte financière de l'autorité de tarification, c'est-à-dire le conseil départemental.

La catégorie Q88-10 de la comptabilité nationale présente cependant un ensemble de limites pour la construction du secteur d'analyse. En premier lieu, elle ne rend pas compte des grandes coupures institutionnelles : les dispositifs de financements de l'aide par la protection sociale organisaient une séparation institutionnelle fonction de l'âge des personnes, séparant les personnes âgées des personnes handicapées. En second lieu, elle n'inclut pas toutes les activités d'aide à domicile. Ainsi, l'activité d'aide à domicile peut être rattachée à une autre branche de la comptabilité nationale, la catégorie T97, « activité des ménages en tant qu'employeurs », qui est plus large que la seule activité d'aide à domicile. Les deux catégories, qui englobent un même *output*, se différencient par la nature de la production, l'organisation de la production et les règles encadrant l'activité différent (cf. Tableau 2). À gros traits, l'organisation de la production de l'action sociale dans hébergement est celle d'une prestation de service quand celle de l'activité des ménages en tant qu'employeur est celle d'un emploi. La règle principale associée à cette catégorie est celle d'un droit du travail simplifié alors que celle concernant l'action sociale sans hébergement est celle de l'autorisation médico-sociale.

Tableau 2 - Codification NACE de l'aide à domicile

	Q88-10 Action sociale sans hébergement des personnes âgées et handicapées	T97 Activité des ménages en tant qu'employeurs
Nature de la production (au sens de la comptabilité nationale)	Production marchande non financière	Production pour emploi final propre
Activité de production (input – process – output)	Travail – prestation – aide	Travail – emploi - aide
Principale règle encadrant l'activité	Autorisation médico-sociale	Droit du travail (limité)

Par mes soins, d'après la classification de la NACE, révision 2

Ces formes de production et rapports sociaux de production, se trouvent directement en concurrence, aussi le périmètre de l'analyse doit les combiner. Le périmètre ne peut

⁵⁸ A l'époque, les conseils départementaux sont nommés conseils généraux. Le changement de nom ne modifie pas notre analyse, aussi le terme en vigueur actuellement est mobilisé.

cependant pas être une stricte addition dans la mesure où l'activité des ménages en tant qu'employeurs intègre de nombreuses autres activités que l'aide, en particulier, l'entretien du logement de personnes n'ayant pas de problème de santé. Ce périmètre serait trop large pour l'analyse du secteur de l'aide en tant qu'élément du système de santé⁵⁹.

Le secteur institutionnel de l'aide à domicile à analyser doit combiner les différentes formes de production, les rapports sociaux afférents des catégories NAF Q88 et T97. Il doit également concerner l'aide en tant que réponse à un problème de santé. L'action publique associée au maintien à domicile des personnes âgées combine ces différentes formes d'intervention, et les met en concurrence. Les règles afférentes à ce financement de la demande et à l'organisation de la concurrence constituent un élément essentiel de la régulation du secteur de l'aide à domicile.

En effet, la politique publique de réponse aux problèmes de santé associés à la dépendance fait en sorte que les coûts liés au recours à de l'aide à domicile peuvent bénéficier de financements issus de la protection sociale à travers l'allocation personnelle d'autonomie (APA) instituée en 2001⁶⁰. Cette politique est donc fondée sur une caractérisation schématique et standardisée de la demande.

L'APA concerne 494 116 personnes à fin 2004 (Drees). L'allocation est gérée et largement financée par les départements. Elle est conditionnée au niveau de dépendance, mesurée en Gir (cf. Encadré 3) par les évaluateurs des départements. La mesure de la dépendance est traduite en un plan d'aide nécessaire (volume horaire et type d'intervention), dont le montant est plafonné en fonction du niveau de dépendance. Le montant du plan d'aide est fonction du tarif associé aux différents type d'intervenant. Une participation du bénéficiaire au montant du plan lui sera par ailleurs demandée en fonction de ses revenus (cf. tableaux dans l'Encadré 3).

⁵⁹ Le périmètre combinant action sociale sans hébergement et activité des ménages en tant qu'employeur existe institutionnellement. Il s'agit en effet du périmètre conféré à une politique d'emploi visant à développer l'emploi au moyen une réduction de l'impôt sur le revenu à hauteur de 50% du montant des sommes engagées dans un périmètre les services de proximité. Cette construction institutionnelle servira de base au Plan de développement des services à la personne.

⁶⁰ L'APA prend la suite à de nombreux autres dispositifs qui se sont succédés depuis les années 60-70. On citera en particulier les prestations d'action sociale résiduelles des caisses de retraites ainsi que la prestation spécifique dépendance (1997-2001), plus restrictive d'accès et offrant des prestations moins étendues que l'APA.

Encadré 3 – Mesure de la dépendance et niveau des allocations associées

Mesure de la dépendance en Gir

Les degrés d'autonomie sont classés en 6 groupes iso-ressources, ou GIR, à partir d'une grille permettant d'identifier les différents types d'incapacité, la grille Aggir. Le niveau le plus élevé de dépendance est le GIR1, le plus faible le GIR6. Le ministère de la santé et des solidarités donne une interprétation, une définition, des définitions des niveaux de dépendance, qui est ici reprise in extenso.

Le **Gir 1** correspond au niveau de dépendance d'une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le **Gir 2** correspond au niveau de dépendance d'une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou d'une personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente

Le **Gir 3** correspond au niveau de dépendance d'une personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels

Le **Gir 4** correspond au niveau de dépendance d'une personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas

Le **Gir 5** correspond au niveau de dépendance d'une personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage

Le **Gir 6** correspond au niveau de dépendance d'une personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

L'accès et le montant de l'APA sont conditionnés au niveau de Gir. Ne sont éligibles à l'APA que les Gir 1 à 4, c'est-à-dire les personnes ayant la plus forte perte d'autonomie.

Montants maximums des plans d'aide selon le niveau de dépendance (année 2004)

Gir 1	1 125,58 €
Gir 2	964,79 €
Gir 3	723,59 €
Gir 4	482,39 €
Gir 5	Non éligible
Gir 6	Non éligible

Reste à charge selon le revenu (année 2004)

Ressources mensuelles	Montant du reste à charge
Inférieures ou égales à 633,73 €	Aucun
Supérieures à 633,73 € et inférieures ou égales à 2 525,47 €	La participation varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide
Supérieures à 2 525,47 €	Participation égale à 90 % du montant du plan d'aide utilisé

D'après Weber (2005) et site internet du ministère des solidarités ⁶¹

⁶¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229> consulté le 22 avril 2020,
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009> consulté le 22 avril 2020
Et <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1802> consulté le 22 avril 2020

Le bénéficiaire peut choisir entre différents types de fournisseurs, dont les prix comme les contenus en service varient (cf. Encadré 4). En effet trois grandes formes de production sont possibles : le prestataire, l'emploi direct et le mandataire. Pour l'emploi direct et le mandataire, le prix payé est utilisé pour déterminer le montant du plan d'aide. Pour les prestataires, le prix est fixé par les autorités locales dans le cadre d'une procédure de tarification (cf. infra). Il varie selon l'organisme choisi. Le tarif correspond au prix utilisé/payé pour le plan d'aide. Cette politique sociale organise ainsi une mise en concurrence entre les différentes formes de production possible de l'aide, et les rapports sociaux afférents.

Encadré 4 – Formes de production de l'aide à domicile

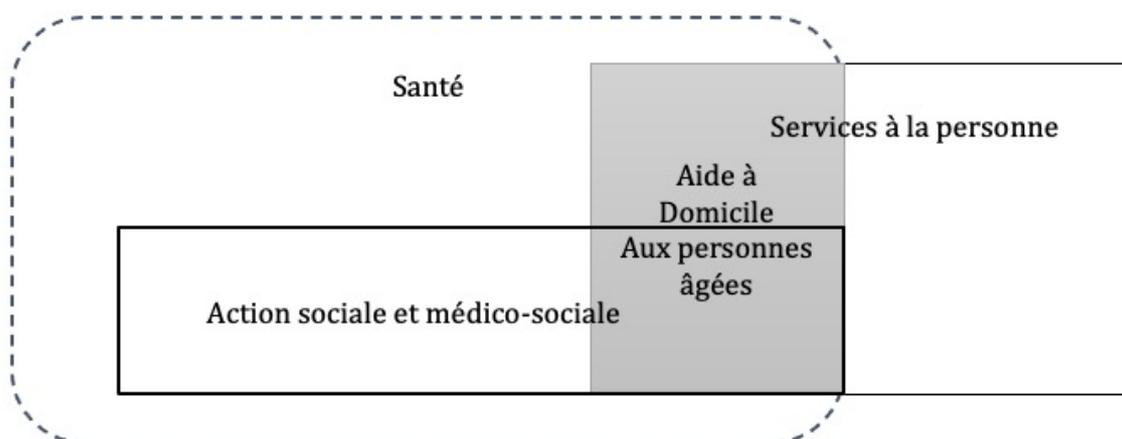
Dans le cadre du **prestataire**, un organisme (associatif, public ou une entreprise) organise le service ainsi que sa continuité et assure la fonction d'employeur de l'aide à domicile. Le bénéficiaire du service est alors client de la structure prestataire. Cette forme de production est préférée pour l'aide à domicile, en particulier car elle organise une continuité de service en cas de maladie ou de congés de l'intervenant à domicile. Elle bénéficie par ailleurs d'une réglementation de la qualité de service (au niveau organisationnel et des qualifications des intervenants). C'est cependant la plus onéreuse.

Dans le cadre de l'**emploi direct**, le bénéficiaire est employeur de son intervenant à domicile. Cette modalité est la moins onéreuse, mais un certain nombre d'obligations sont associées à la responsabilité d'employeur. Il n'y a par ailleurs aucune réglementation relative à la qualité (pas d'obligation de formation par exemple).

Le **mandataire** combine des éléments de ces deux autres formes d'organisations du service : sous ce mode de production, un organisme bénéficie d'un mandat de la part d'un particulier-employeur pour la gestion de certaines formalités administratives incombant à la fonction d'employeur. Tout en transférant une partie de ses responsabilités au mandataire, le particulier-employeur bénéficie d'une baisse substantielle du prix final (salaire et service d'appui administratif) relativement à celui du prestataire.

Le secteur institutionnel retenu pour l'analyse de la régulation de l'aide à domicile comprend ainsi les différentes formes de production de l'aide à domicile mobilisables via le dispositif socialisé permettant l'achat de cette aide, l'APA. Ce secteur institutionnel est à l'intersection de plusieurs espaces institutionnels, dont les dispositifs spécifiques se confrontent : des éléments de réglementation de l'activité associés d'une part à l'action sociale et médico-sociale ; des éléments de droit du travail simplifié et de baisse des prix associé à une politique d'emploi dans les services de proximité, dont les contours seront précisés sous l'appellation services à la personne (Figure 3).

Figure 3 – Le secteur institutionnel du *care* : l’aide à domicile aux personnes âgées, au croisement de l’action sociale et médico-sociale et des services à la personne



Réalisé par mes soins

Le plan Borloo de développement des services à la personne modifie cette configuration institutionnelle. La prochaine partie précise le contexte et les dispositifs du plan afin de pouvoir par la suite en analyser les effets sur la régulation de l’aide à domicile.

3.2 Les services à la personne : contexte et dispositifs du Plan Borloo

Les services à la personne comprennent un ensemble d’activités de services réalisés au domicile d’un particulier qui a été défini par décret à l’occasion du Plan de développement des services à la personne. Outre l’aide à domicile, on y trouve principalement des services d’entretien du logement, de la garde d’enfants, du soutien scolaire mais aussi du coaching sportif... (cf. liste en Annexe 1).

Préalablement au Plan Borloo, en 2004, les services à la personne emploient un peu plus d’1 million de salariés, qui travaillent pour 1 711 000 particuliers employeurs et/ou pour près de 10 000 organismes agréés de services à la personne, dont 8000 associations, 1200 organismes publics et 573 entreprises (Chol, 2006). Trois grandes formes d’organisation des services présentes pour les activités d’aide à domicile existent également dans les services à la personne. L’activité est réalisée pour 22 % par des organisations prestataires (0,5 % de cette activité prestataire est réalisée dans des entreprises), pour 17 % dans le cadre d’organisations mandataires, le reste directement auprès de particuliers-employeurs. L’aide à domicile représente environ 60% de l’activité des prestataires. Il est par ailleurs estimé qu’elle concerne 25% des emplois par des particuliers en 2008 (Debonneuil, 2008).

Porté par le ministre de l’Emploi, de la cohésion sociale et du logement, Jean-Louis Borloo, le Plan de développement des services à la personne (SAP) avait pour objectif, en 2005, la

création de 500 000 emplois en 3 ans. Il a été conçu comme une politique d'emploi qui vise, selon la note ministérielle de présentation du plan⁶², à :

- Augmenter la demande
- Stimuler l'offre de services
- Simplifier l'accès aux services
- Et améliorer et valoriser les conditions de travail des salariés.

Le Plan vient confirmer le maintien de dispositifs existants et en introduit deux nouveaux visant plus particulièrement à promouvoir le marché des services à la personne, incluant l'aide à domicile. Il s'agit d'une part du droit d'option, qui simplifie les conditions d'entrée de nouveaux prestataires dans le secteur, et d'autre part des enseignes de services à la personne, c'est-à-dire des plateformes nationales d'intermédiation entre clients potentiels et organismes locaux (Encadré 5).

La simplification administrative des conditions d'entrée sur le marché répond aux travaux préalables au plan dénonçant les distorsions de concurrence que représentaient l'autorisation médico-sociale, voir les associations d'aide à domicile. Ces travaux préconisaient en effet de :

« Modifier les éléments de la réglementation de la concurrence sur le marché des services existants [aide à domicile auprès des personnes âgées ou handicapées] et sur celui des services aux particuliers [relevant de l'agrément simple] dont le potentiel de création d'emplois "non qualifiés" est le plus fort. Ceux-ci instituent en effet, dans de nombreuses activités de services, des barrières à l'entrée ou des interférences sur la formation des prix, dont les justifications en termes de protection du consommateur ne sont pas clairement établies » (Cahuc & Debonneuil, 2004, p. 9).

Ils envisagent également que :

« Le développement de "services aux particuliers" [services à la personne] devrait d'ailleurs permettre de cibler l'action des associations sur leur mission de service social des "services aux personnes" [aide à domicile] » (Cahuc & Debonneuil, 2004, p. 16).

Derrière le Plan Borloo se dessine ainsi une potentielle reconfiguration des positionnements des entreprises et des associations dans les services à la personne et dans l'aide à domicile.

⁶² https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sap.pdf

Encadré 5 – Principaux dispositifs du Plan Borloo

Les documents ministériels de présentation du Plan ne réfèrent pas explicitement à un soutien au développement d'entreprises.

Introduction de nouveaux acteurs

Le plan introduit un nouveau type d'acteur : les enseignes de services à la personne. Ces enseignes nationales peuvent être portées par tous type d'acteurs (associatif, public ou entreprise). Elles visent « à faciliter la mise en relation entre l'offre et la demande ». Elles consistent en des plateformes téléphoniques (ou internet) d'intermédiation entre des clients potentiels et des organismes locaux. Elles reposent sur un modèle d'organisation d'une sous-traitance et doivent contribuer à construire une standardisation de la qualité des services à travers la sélection de leurs prestataires locaux. Implicitement, les enseignes doivent contribuer à créer des marques connues de services à la personne auxquelles les consommateurs pourraient se fier.

Simplification des conditions d'entrée

Le plan prévoit également de faciliter l'entrée de nouveaux acteurs sur le marché, à travers une « clarification et rationalisation de la procédure d'agrément », procédure ouvrant l'accès aux réductions d'impôts pour les consommateurs. Deux types d'agrément sont distingués : l'agrément simple, facultatif au sens où l'exercice de l'activité est possible sans (toutefois, les clients ne peuvent accéder aux réductions d'impôts) et l'agrément qualité obligatoire pour l'exercice de certaines activités prestées auprès de publics fragiles en raison de leur âge ou de leur état de santé. L'agrément qualité est requis pour l'aide à domicile auprès de personnes âgées. L'agrément qualité reprend les grandes lignes de la procédure d'encadrement de l'activité auprès de personnes âgées ou handicapées, l'autorisation médico-sociale (cf. supra), mais introduit deux modifications importantes : 1) l'agrément est délivré par les directions du travail et non par les conseils départementaux. Il relève d'une politique de développement de l'activité et non de la planification sociale et médico-sociale 2) le fait de répondre à un besoin identifié par le conseil départemental ainsi que les tarifs proposés (et surtout leur concordance avec les budgets des conseils départementaux qui cofinancent ces services) ne sont pas des critères examinés dans le cadre de la procédure d'agrément. Ainsi, la fixation des prix est libre. Les procédures d'autorisation et d'agrément qualité sont présentées et comparées en Annexe 3. En parallèle, le plan cherche à simplifier les procédures à travers le principe du droit d'option entre l'agrément qualité et l'autorisation médico-sociale. Pour les services d'aide à domicile, cela signifie que les deux procédures de l'agrément et de l'autorisation vont cohabiter. Cela a des effets sur la détermination du montant des plans d'aide de l'APA : pour un recours à une structure agréée, un tarif forfaitaire national est retenu pour traduire le volume d'aide en un montant (le tarif forfaitaire étant usuellement inférieur au prix de vente, cela induit un reste à charge pour le bénéficiaire), pour les structures autorisées et tarifées, c'est le tarif opposable résultat de la tarification qui est retenu.

3.3 Des questionnements issus du terrain

Mon travail doctoral a été entrepris en 2007, soit peu après le plan Borloo, dans le cadre d'une convention Cifre avec l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociale de Champagne-Ardenne (Uriopss)⁶³. Il s'agit d'une interfédération régionale représentant les associations du sanitaire, du social et du médico-social, parmi lesquels on retrouve les associations d'aide à domicile. La Cifre repose sur une configuration tripartite (organisation employeur, laboratoire de recherche, doctorant), qui a pour spécificité que la thèse doit, tout en répondant aux standards académiques, contribuer à répondre à des questionnements issus directement des acteurs du monde socio-économique (de l'employeur en l'occurrence). Durant ma période de travail pour l'Uriopss (avril 2007- janvier 2011)⁶⁴, j'étais ainsi chargée de fournir à l'organisation et à son union nationale (l'Uniopss) des éléments de réflexion sur le Plan Borloo de développement des services à la personne (2005) en vue de contribuer à la structuration de la stratégie du réseau Uniopss-Uriopss.

En effet, les travaux préalables au plan et les dispositifs introduits par le plan interrogeaient le secteur associatif sur la place qui sera la sienne dans les services à la personne.

En particulier, le Plan Borloo prend place alors que l'aide à domicile venait de bénéficier d'éléments de reconnaissance de sa place dans le médico-social avec le régime de l'autorisation (en 2002) et dans la protection sociale avec la mise en place de l'Allocation pour l'Autonomie (en 2001). Les grands questionnements sont les suivants.

Quels seront les effets du soutien à l'entrée des entreprises dans les services à la personne ? Plus exactement, quelles seraient les conditions d'accès aux services d'aide à domicile et les égalités/inégalités de prise en charge que pourraient générer l'entrée d'entreprises qui se concentreraient sur les seuls publics aisés ? Dans quelle mesure cela remettrait-il en cause le modèle économique associatif qui repose sur une combinaison de services auprès de publics aisés et plus défavorisés afin de permettre un équilibre des coûts et des tâches ? La question de l'accès au service interroge *in fine* la solidarité horizontale que les associations revendiquent porter.

⁶³ Les Uriopss développent des missions de représentation politique de leurs adhérents auprès des différentes tutelles (conseils départementaux, Agences régionales de santé ...), d'information et de conseil de leurs adhérents ainsi que des missions d'études et de recherche destinées à soutenir les autres missions. Elles sont rassemblées dans une union nationale, l'Union nationale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (l'Uniopss). Outre les Uriopss, l'Uniopss fédère également les fédérations nationales du champ sanitaire, social et médico-social, dont les fédérations nationales de l'aide à domicile. L'Uniopss exerce ses missions politiques auprès des instances nationales (ministères, caisses de Sécurité sociale, parlementaires...). Elle joue un rôle important dans la construction et la diffusion de l'information vers les Uriopss et leurs adhérents, même si le travail est souvent partagé en fonction des spécialisations, des conseillers techniques d'Uriopss contribuant à construire l'information nationale. Enfin, l'Uniopss assure également des missions d'études et de recherche.

⁶⁴ Cette période comprend successivement un stage orienté recherche (6 mois), un CDD (4 mois) et les 3 années de la convention Cifre.

Dans ce contexte, une crise des organisations autorisées d'aide à domicile apparaît en 2009. Elle trouve son origine dans la contrainte budgétaire à laquelle font face les conseils départementaux et qui découle d'une part, de l'augmentation des dépenses associées à l'allocation pour l'autonomie (avec une croissance forte du nombre de bénéficiaires, de 8,8 % par an en moyenne entre 2003 et 2009⁶⁵) et de la non-compensation de ces dépenses par l'État, et d'autre part, de l'augmentation de leurs autres dépenses sociales induites par la crise financière de 2008. Cette pression budgétaire des conseils départementaux se répercute sur les associations d'aide à domicile à travers la procédure de tarification : les tarifs fixés par ceux-ci étant directement liés à leurs dépenses pour l'APA compte tenu des modalités de calcul des plans d'aide⁶⁶. Aussi, la crise connue dès 2009 a conduit à ce que tous les coûts de production ne soient pas intégrés aux tarifs fixés, si bien que les associations avaient des prix de vente ne permettant pas de couvrir leurs coûts de production. En Champagne-Ardenne, les écarts recensés auprès des adhérents de l'Uriopss correspondaient à une perte allant de 0,5 à 3,5€ par heure d'intervention. Ainsi, les associations, malgré une augmentation de leur activité, avaient des résultats déficitaires qui les fragilisaient. Au niveau national, cette situation de sous-tarification a été confirmée par les travaux de l'Inspection générale des affaires sociales (Bruant-Bisson, de Reboul & Aube-Martin, 2010) ainsi que dans un rapport de l'Assemblée nationale (Poletti, 2012), qui indiquent par ailleurs une absence de marge de manœuvre pour limiter les coûts.

Le travail initié avec ma thèse au sein de l'Uriopss a donc cherché à éclairer ces grands questionnements⁶⁷. Il m'a aussi amenée à travailler à l'accompagnement des adhérents de l'aide à domicile en vue de développer et mettre en œuvre des stratégies face au Plan Borloo et, de façon plus générale, à outiller la réflexion sur la construction de stratégies à développer auprès du politique pour la reconnaissance des services d'aide à domicile.

3.4 Questions de recherche et hypothèses

Devetter, Jany-Catrice & Ribault (2008) interprètent le Plan Borloo de développement des services à la personne comme un coup de force politique visant à créer politiquement une réalité économique et sociale nouvelle dans un champ qui s'est structuré autour de deux logiques historiques distinctes : l'action sociale et la domesticité. Dans cette perspective,

⁶⁵ Bérardier & Clément (2011)

⁶⁶ La tarification est un processus d'établissement du prix des tarifs d'aide à domicile qui concerne les seuls services autorisés. Le tarif repose sur une négociation budgétaire annuelle entre l'organisme et le conseil départemental. Les tarifs qui en résultent seront alors opposables (les organismes ne peuvent vendre à un autre prix ni ajouter d'éléments connexes comme des frais d'organisation, des frais de déplacement...) et ce sont les montants horaires qui seront versés par le conseil départemental aux bénéficiaires de l'APA qui recourent à ces services. Les tarifs fixés sont ainsi liés aux dépenses que feront les conseils départementaux.

⁶⁷ Avec la crise économique et financière de 2008-2009 j'étais également amenée à développer un travail de veille et d'analyse de la conjoncture macro afin d'éclairer comment cette crise touchait le domaine social et médico-social.

le plan Borloo cherche, avec une intervention publique ciblée, à construire un secteur des services à la personne (SAP).

Le plan Borloo est principalement présenté comme une politique d'emploi. Cependant, cette politique *a priori* indépendante du médico-social puisque visant l'emploi par le développement de services marchands inquiète des acteurs du médico-social.

Mes travaux ont porté sur la mise en évidence de ces effets systémiques du Plan Borloo sur la prise en charge des personnes âgées à domicile et sur l'identification de l'espace économique où se régulaient les changements.

Les travaux préalables au Plan et les inquiétudes des acteurs associatifs ont conduit à une hypothèse de travail spécifiquement liée à l'espace de régulation : il pourrait y avoir l'émergence de deux sous-secteurs, aux logiques distinctes, qui seraient déterminés selon les publics cibles : un sous-secteur des services marchands, pour les consommateurs aisés et un sous-secteur des services sociaux pour les publics des milieux populaires. Cette possibilité de deux sous-secteurs, l'un rattaché aux publics aisés et à la domesticité, l'autre aux classes populaires et aux services sociaux, renvoie aux deux sous-secteurs historiques identifiés par Devetter, Jany-Catrice & Ribault (2008). Selon eux, le Plan visait à unifier via un « coup de force politique » visant à créer un secteur unique des services à la personne. Cette distinction entre les différents types de services se retrouve également dans le vocable mobilisé par les associations d'aide à domicile. La distinction est cependant quelque peu différente : pour elles, il y a les services relevant du code de l'action sociale et des familles, i.e. du médico-social, et les services relevant du confort, parmi lesquels on va retrouver les services d'entretien du logement, de coaching, de soutien scolaire... des services qui à leurs yeux sont marchands. Cependant, ce n'est pas le type d'activité qui est en jeu dans le vocable des associations mais le public cible, et implicitement, le rattachement à ce qu'elles considèrent relever de leurs missions d'action sociale. Un service de ménage, selon qu'il est effectué chez une personne à mobilité réduite ou chez un couple de cadres sera considéré comme service social dans le premier cas et comme service de confort dans le second. Il s'agit ainsi d'analyser ex-post si certains segments des services à la personne / de l'aide à domicile apparaissent strictement marchands, réciproquement, strictement non marchands.

Traiter ces questions a nécessité de mobiliser, construire et mettre en cohérence un ensemble de matériaux hétérogènes afin de développer une analyse de la régulation sectorielle de l'aide à domicile. La prochaine section fait un retour sur le cadre analytique mobilisé à cet effet (3.5.).

3.5 Retour sur le cadre analytique

Le cadre analytique de la régulation sectorielle permet d'analyser des régulations de secteur institutionnels et de mettre en évidence l'existence d'acteurs en interrelations, de mécanismes qui s'articulent et qui régulent un espace de pratique. Les approches régulationnistes définissent le mode de régulation sectorielle comme le processus de combinaison entre des dispositifs institutionnels sectoriels spécifiques et le régime économique de fonctionnement du secteur (Bartoli & Boulet, 1990 ; du Tertre, 2002 (1995) ; Laurent & du Tertre, 2008). Les dispositifs institutionnels correspondent à une codification institutionnelle, au niveau de chaque secteur, des rapports sociaux caractéristiques : relation salariale, organisation de la concurrence, normes de qualité, etc. De façon spécifique au cas étudié, il s'agit également de qualifier les dispositifs de subvention publique à l'activité d'aide à domicile/de services à la personne dans leur dimension de soutien à un marché émergent ou de protection sociale pour analyser l'importance relative des dispositifs de marché ou des dispositifs de redistribution via la protection sociale.

Le régime économique de fonctionnement correspond à l'ensemble des mécanismes économiques et sociaux assurant la reproduction d'une sphère d'activité. Ces mécanismes sont caractérisés par des logiques de consommation, de production et d'échange. Ces trois éléments sont interreliés dans le cas de services. Les travaux de Gadrey (1990, 2001, 2003) offrent un cadre pour décrire et analyser l'évolution des relations de services afférentes.

Les questionnements stratégiques de l'Uriopss et de l'Uniopss, les interrogations quant à la place de l'aide à domicile dans un secteur reconfiguré des services à la personne, mais également en tant qu'acteur du champ social et médico-social, invitent également à caractériser la place de ces organismes dans ces dispositifs institutionnels. Le cadre des modèles productifs⁶⁸, développé par Boyer & Freyssenet (2000) permet de traiter de ce niveau d'organisation tout en tenant compte des spécificités du secteur analysé (Gallois 2012d ; 2013c)⁶⁹.

⁶⁸ Le modèle et les aménagements réalisés en vue de caractériser les organismes d'aide à domicile est présenté de façon détaillée dans Gallois (2012d, chapitre 1).

⁶⁹ L'intégration des spécificités des organisations d'aide à domicile est développé dans Gallois (2012d, chapitre 1 ; 2013c). Dans cette perspective, les modèles productifs constituent des compromis de gouvernement d'entreprise qui, dans un mode de croissance donné, permettent de mettre en œuvre durablement une stratégie de soutenabilité économique de l'organisation viable et acceptable par les acteurs, grâce à des moyens cohérents : relation salariale, politique-produit, organisation productive interne et externe à la firme, en particulier son lien avec des organisations productives nationales (siège, fédération). Les liens avec les filières et réseaux de santé, en lien avec la politique produit, permettent également de qualifier l'orientation ou non d'une stratégie d'organisation vers la prise en charge de la dépendance.

3.6 Données

Les travaux sur l'aide à domicile reposent sur un important travail de terrain. Le travail et les observations faites à l'Uriopss ont permis de recueillir et construire un ensemble de données et d'observations (3.6.1.). Toutefois les matériaux ainsi recueillis n'étaient pas suffisants pour traiter des questions de recherche formulées pour mon travail doctoral et les travaux qui ont suivi. De ce fait d'autres données ont été mobilisées et construites (3.6.2.).

3.6.1 *Données mobilisées et construites dans le cadre de la recherche-action menée pour l'Uriopss*

La mise en œuvre d'une recherche-action sur la structuration des services à la personne à l'Uriopss (Dubois, Ardoise & Gallois, 2007 ; Gallois, 2008, 2011b ; Gallois, Didi & Dubois, 2008 ; Gallois, Guélard & Rousselet, 2008 ; Gallois & Guerry, 2010 ; Gallois & Villez, 2010), a conduit à recueillir un premier ensemble de données visant à documenter l'offre existante et le cadre institutionnel des services à la personne. Cet ensemble comporte :

- Des textes juridiques et la presse professionnelle pour rendre compte des dispositifs institutionnels et de leur évolution
- Des données sur les services à la personne produites par la Direction de l'animation de la recherche et des études statistiques du ministère du travail (DARES) et par l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) afin de rendre compte des dynamiques de l'offre de services à la personne. Publiée annuellement, ces données ont été compilées afin de former des données sur une période allant aujourd'hui de 2004 à 2018 et certains éléments remontent jusque 1994. Le périmètre de ces données est celui de l'emploi direct et des organismes agréés de services à la personne (mandataire et prestataire). Leur objectif est la mesure du dynamisme du secteur en termes de création d'entreprise et de création d'emplois. Peu précises pour l'emploi direct, elles permettent de distinguer les modes d'intervention et, de mesurer des volumes horaires pour les différentes activités de services à la personne réalisées par des organismes. Elles permettent également d'analyser l'activité selon les statuts juridiques des organisations (associatifs, publics, entreprises, auxquels sont venu s'ajouter les auto-entrepreneurs). Cependant, ces données souffrent de plusieurs problèmes : une mauvaise qualité de remplissage/remontée par les organismes agréés, des doubles comptes pour les emploi direct et mandataire (voir prestataire). En outre, elles ne permettent pas d'observer les dynamiques associées spécifiquement aux organismes d'aide à domicile de façon précise. Un travail sur ces données a donné lieu à une publication (Gallois, 2008)
- Des données issues de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques du ministère en charge de la santé (DREES) pour caractériser les évolutions des bénéficiaires de l'APA (allocation pour l'autonomie), et estimer les évolutions en termes de demande d'aide à domicile

- Les données relatives aux services à la personne ne permettent cependant pas d'isoler les organisations ayant pour activité principale l'aide à domicile. De ce fait, j'ai participé à la construction de données spécifiques à l'aide à domicile (sur la base de source ACOSS et de la classification NAF de l'INSEE) dans le cadre d'un partenariat de l'Uriopss avec Recherches & solidarités. Issues de sources administratives avec une meilleure qualité de remplissage que celles provenant de l'ANSP et de la DARES ; ces données permettent de disposer d'éléments sur le nombre d'établissements, le nombre de salariés et la masse salariale distribuée selon les catégories juridiques (pour lesquelles le niveau de précisions est plus fin que celui de la DARES). Elles éclairent la dynamique de l'offre de l'aide à domicile (taille des structures selon les statuts et répartition par taille, estimation de l'activité par la masse salariale, mais aussi suivi des créations et disparitions). L'analyse a donné lieu à publication en 2010 (Gallois & Guerry, 2010).
- Un travail sur les données des services à la personne en Champagne-Ardenne a aussi été réalisé, l'Uriopss étant partenaire de l'étude menée par le Secrétariat général aux affaires régionales de la préfecture de Champagne-Ardenne (SGAR) et la Direction régionale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP)⁷⁰.
- 23 entretiens semi-directifs avec un objectif de recherche, auprès de représentants d'enseignes, de l'ANSP, de collectivités ou chambres et du Medef. Ces entretiens visaient à recueillir des éléments de positionnement des stratégies de ces différents acteurs, qui ne sont pas directement des offreurs (Gallois, 2012d).

Ces données ont été triangulées avec un ensemble d'observations réalisées lors de mes activités au sein de l'Uriopss sous différents statuts : stagiaire (avril-août 2007) ; CDD de chargée de mission (septembre 2007-janvier 2008), salariée en Cifre (février 2008-janvier 2011) puis bénévole participant à l'animation de la commission aide à domicile (jusqu'au délitement de la commission en 2014).

Mes missions de recherche-action et d'accompagnement (terme utilisé à l'Uriopss pour qualifier la mission de consulting) m'ont amené à interagir régulièrement avec des associations d'aide à domicile, plus largement du sanitaire, social et médico-social (adhérentes ou non), mais aussi des collectivités locales, des représentants de l'État en région, des financeurs, et de façon plus rare, des entreprises ou représentants d'entreprise (certains travaux, en particulier sur la formation, ont été menés en partenariat avec le Medef). J'ai travaillé ainsi directement avec les directeurs et présidents d'associations, des directeurs et les chefs de services dans les collectivités, des chargés de missions dans les chambres et syndicats professionnels au sein de groupes de travail. Grâce à cette position, j'ai pu identifier plusieurs éléments qu'il m'est apparu nécessaire de documenter plus spécifiquement : l'importance des relations entre sanitaire et social, des jeux de concurrence entre organisations, les tensions que posaient l'idée d'une diversification des services dans les instances associatives de l'aide à domicile...

⁷⁰ Préfecture de la Région Champagne-Ardenne & DRTEFP (2008)

3.6.2 *Autres données mobilisées et construites*

Le travail mené au sein de l'Uriopss a permis de recueillir un premier ensemble de données relatives aux dispositifs sectoriels des services à la personne et de l'aide à domicile et des régimes de fonctionnement associés. Pour documenter les dynamiques de prises en charge des personnes âgées, et des différents organismes participants à cette prise en charge, j'ai mobilisé des données permettant de caractériser les filières de soins destinés aux personnes âgées, allant de l'hôpital aux soins à domicile, auxquels j'ai associé l'aide à domicile. Les données de la DREES, via la base éco-santé, permettent de documenter la dynamique de cette offre. Elles comportent des informations sur le nombre de places (ou nombre de lits) ainsi que sur les durées de séjour pour les différents organismes que sont les hôpitaux (distingués selon qu'il s'agit de court séjour, de moyen séjour ou de long séjour), les EHPAD, l'hospitalisation à domicile et les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les évolutions de l'offre et de sa dynamique ont ensuite été interprétées en mobilisant les analyses annuelles des enjeux et évolutions du domaine réalisée par l'Uriopss dans le document de rentrée sociale (période 1990-2010), complétées et recoupées avec des rapports ministériels. Ces éléments relatifs aux filières de prise en charge par le sanitaire et le médico-social ont enfin été croisés avec les éléments de la dynamique de l'aide à domicile. Les résultats sont présentés en section 3.6.3 et ont donné lieu à publication (Gallois, 2012a, 2013b).

Enfin, le travail de terrain à l'Uriopss a été complété par la construction de 21 monographies de modèles productifs d'établissements d'aide à domicile implantés en Champagne-Ardenne (Gallois, 2012d ; Gallois & Nieddu, 2015). Elles permettent de décrire le modèle productif de 11 associations (M-A1 à M-A11), une coopérative d'activité et d'emploi (M-C) et de 9 entreprises commerciales (M-E1 à M-E9).

Parmi ces monographies, l'ensemble des organismes d'aide à domicile du bassin de vie de Reims est pris en compte selon le référencement proposé par les pages jaunes (internet) pour l'entrée aide à domicile et la commune de Reims. Cette méthode a été préférée à une source administrative car elle permet plus de réactivité qu'une recension administrative (où il aurait été possible que des organismes ne soient pas encore référencés, ou ne soient pas remontés comme ayant cessé leur activité). Elle permet par ailleurs de repérer des organismes non localisés à Reims mais y intervenant (proche banlieue).

Ces monographies ont été réalisées pour leur majorité en 2011, après la fin de mon contrat de travail à l'Uriopss, à partir d'entretiens semi-directifs en face à face avec les directeurs ou responsables d'agence. Les entretiens ont duré de 1h à 2h. Ils ont été complétés lorsque cela était possible par des documents sur l'activité (rapports d'activité des associations, éléments comptables, brochure de présentation, devis et contrats types, etc.).

Outre des éléments de cadrage de l'activité, les monographies documentent la politique produit développée (types de services, niveau de diversification), la manière dont s'organise la division du travail au sein de la structure (et hors de la structure, avec sa

fédération, son siège), les spécificités de sa relation salariale et l'organisation du service. Elles documentent également l'articulation des organisations avec le médico-social en termes de filières de soins (liens avec les autres organismes du médico-social et du sanitaire) et en termes de tarification.

3.7 Résultats

Quatre grands résultats ont été obtenus. Le premier est une caractérisation des évolutions de l'offre et de la structure concurrentielle dans les services à la personne et l'aide à domicile observée à la suite du plan Borloo (3.7.1.). Actualisé pour cette Hdr, ce résultat est en cours de valorisation (Gallois, 2022a, b) et constitue un prolongement de Gallois (2008, 2012d). Le deuxième résultat est le rejet de l'hypothèse dualité sectorielle (3.7.2.), qui repose sur une articulation de plusieurs résultats (Gallois, 2010, 2011a, 2012b, d ; Gallois & Nieddu, 2014, 2015). Sur la base de ces deux premiers résultats, la manière dont le plan Borloo a contribué à transformer la régulation de l'aide à domicile est mise en évidence (3.7.3). Le dernier résultat est la caractérisation de l'espace de régulation de l'aide à domicile, qui montre les effets systémiques du plan Borloo sur le système de santé (3.7.4.) Ce résultat a donné lieu à plusieurs publications (Gallois, 2012a, 2013b ; Gallois & Nieddu, 2014, 2015).

3.7.1 Une transformation de l'offre dans les services à la personne et l'aide à domicile aux personnes âgées⁷¹

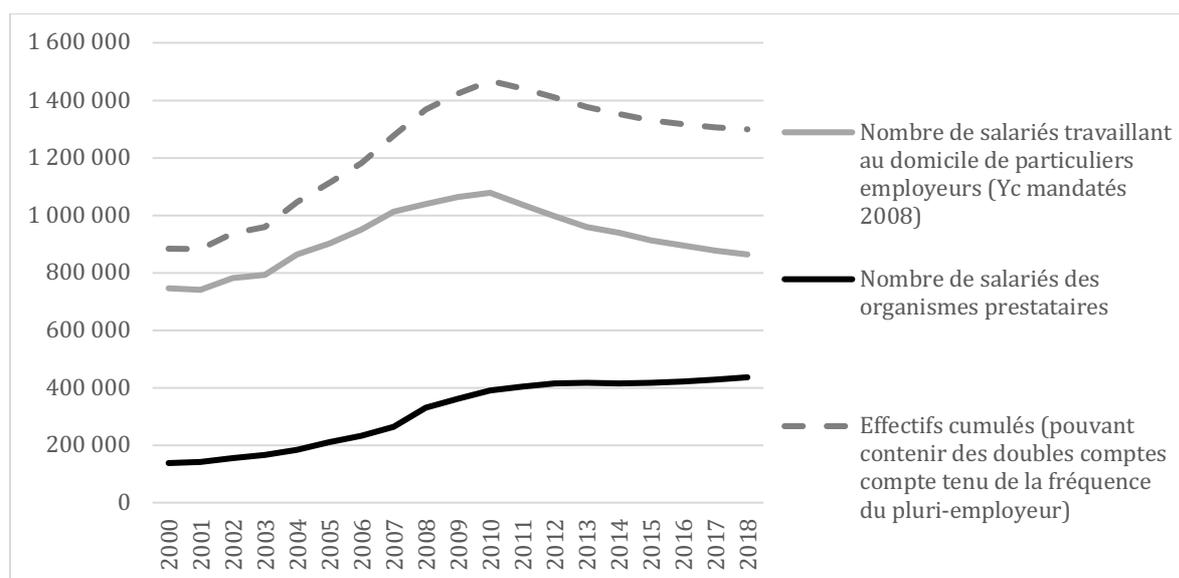
Une relative stabilité de l'emploi et de l'activité globale de SAP

Le Plan Borloo de développement des services à la personne a été conçu comme une politique d'emploi. Les effectifs employés dans les SAP ont effectivement connu un accroissement à la suite du Plan puisque 209 197 emplois ont été créés entre 2006 et 2008⁷². Toutefois, la dynamique de croissance des effectifs amorcée au début du Plan s'est interrompue à partir de 2010. Globalement, les effectifs salariés diminuent de façon continue depuis. Cette diminution est due à la baisse du nombre de salariés de particuliers-employeurs (emploi direct et mandataire) puisque les effectifs employés par des prestataires connaissent une croissance ininterrompue à l'exception de l'année 2014 (cf. Figure 4).

⁷¹ Sauf mention contraire, l'ensemble des données mobilisées ici provient des séries reconstruites à partir des publications annuelles de la DARES.

⁷² Il n'existe pas d'étude économétrique permettant d'évaluer les liens de causalité entre le plan et les créations d'emplois. Il y a en revanche de nombreux débats sur la manière dont un emploi créé est mesuré et nombres d'écarts de mesure. Pour une synthèse, se référer à Gallois (2009).

Figure 4 – Évolution des effectifs salariés dans les services à la personne



Données DARES, via ANSP Nova

Note méthodologique

Les effectifs correspondent à la moyenne des effectifs sur le 2^e trimestre.

Ce graphique comporte de nombreuses ruptures de série. De 2003 à 2007, les effectifs salariés de particuliers employeurs comprennent l'emploi direct et le mandataire, ils ne sont plus distincts à partir de 2008 ce qui conduit potentiellement diminuer l'emploi total puisque ce changement de série limite le risque de double compte pour des salariés exerçant selon les deux modes d'intervention. Par ailleurs, à partir de 2015, un changement de sources concernant les salariés du particulier employeur conduit à une rupture de série en 2014. Enfin entre 2007 et 2008, le champ est modifié, passant de la France métropolitaine à la France.

Les effectifs cumulés sont établis en additionnant les différentes catégories, toutefois, compte tenu de l'existence de situations de multi-employeur dans les services à la personne, ce chiffre contient des doubles comptes. Il n'existe pas de données permettant de ne pas avoir de double compte sur les emplois pour des prestataires et particulier employeur. Sur l'estimation de ces doubles comptes, un travail de la DARES indique que 10 % des salariés des SAP combinent emploi pour un prestataire et auprès de particulier-employeur en 2014 (Kulanthaivelu & Thiérous, 2018, p. 1).

Cette baisse des effectifs employés observée au global depuis 2010 peut s'expliquer de deux façons, soit une baisse de l'activité, soit une augmentation du temps de travail moyen, qui répondrait à un des objectifs du Plan de développement des services à la personne. Les conditions d'emploi dans les services à la personne ont en effet été qualifiées d'objectivement mauvaises (Devetter & Barrois, 2012). Les rémunérations horaires assez faibles, combinées à des emplois à temps partiel et à des situations de multi-employeur en sont les principales caractéristiques. Ces emplois sont occupés en grande majorité par des femmes (87 % en 2015). Plus particulièrement à l'aide à domicile, l'emploi se caractérise également par des horaires de travail atypique, une forte amplitude horaire et des temps de trajet important entre chaque client/employeur. Cependant, la situation de ce point de vue a évolué⁷³. Le temps de travail annuel moyen d'un salarié de particulier employeur était de 595 heures en 2004. En 2018, le temps de

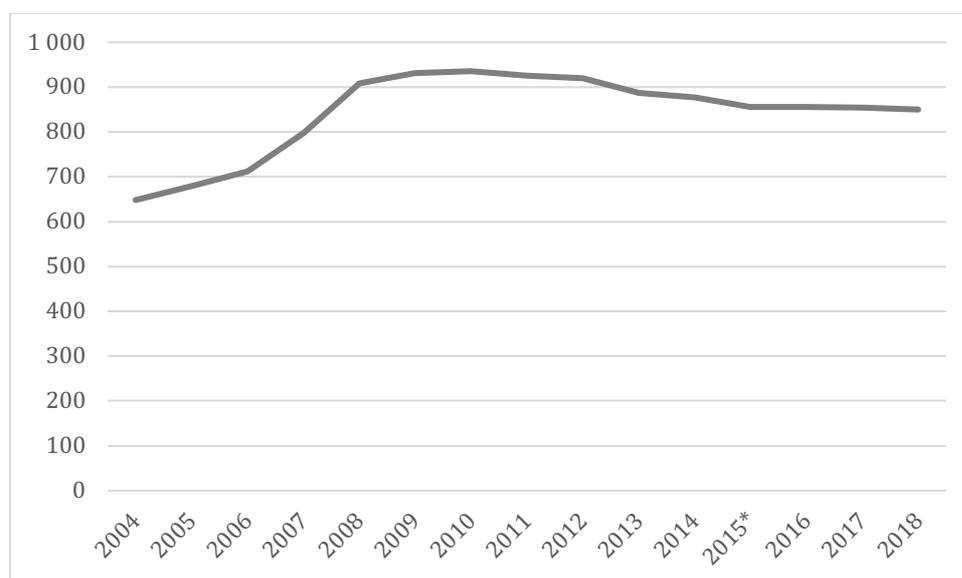
⁷³ Une récente étude de la DARES souligne que au global « depuis 2004, [les] conditions de travail et d'emploi [dans les services à la personne] évoluent de manière assez défavorable en comparaison avec la population en emploi salarié » (Kulanthaivelu & Thiérous, 2018, p. 1).

travail moyen a diminué à 533 heures. Dans le cas des salariés de prestataires, le temps de travail moyen en 2004 était plus important que celui des salariés de particuliers employeurs avec 701 heures. En 2018, ce temps de travail annuel moyen a augmenté à 893,85 heures.

L'évolution de l'activité des SAP (Figures 5 et 6) a été différente. Après un fort accroissement de l'activité dans les années qui ont suivi le Plan, une stabilisation a été observée entre 2009 et 2011, suivie d'une légère baisse entre 2011 et 2015 puis une nouvelle stabilisation de l'activité. La consommation de services a de ce fait connu une augmentation dans la suite du plan, mais n'est pas pour autant devenue consommation de masse. La stabilisation (2009-11) puis baisse de l'activité (2011-15) observée peut s'expliquer de plusieurs façons cumulatives et non exhaustives. La première est celle d'un effet de la crise macroéconomique, conduisant à une baisse globale de la consommation de SAP. La seconde est associée à la crise observée sur le financement de l'aide à domicile et à une stagnation de l'APA avant la revalorisation des plafonds intervenue en 2015. En lien avec cette explication, il est important de rappeler ici que l'aide à domicile représente une part importante de l'activité de SAP (50 à 60 % de l'activité prestataire et concernerait 25 % des emplois directs). Compte tenu de ce poids important de l'activité de SAD, une dynamique favorable de développement de l'activité et des emplois avait été observée depuis le développement de dispositifs de protection sociale finançant l'aide et antérieurs au plan Borloo (dispositifs expérimentaux en 1994, prestation spécifique dépendance en 1997, étendue dans son ampleur avec l'APA en 2001)⁷⁴. Les dispositifs de financements de l'aide à domicile ont ainsi contribué favorablement au développement des services à la personne (Gallois, 2009) mais la contraction de ceux-ci a été associée à une contraction globale de l'activité de SAP.

⁷⁴ Entre 2005 et 2008, le taux de croissance annuel moyen de l'emploi est de 5,22% contre 7,14% sur la période allant de 1994 à 2008.

Figure 5 - Evolution de l'activité de SAP en volume, tous modes d'intervention confondus (millions d'heures)

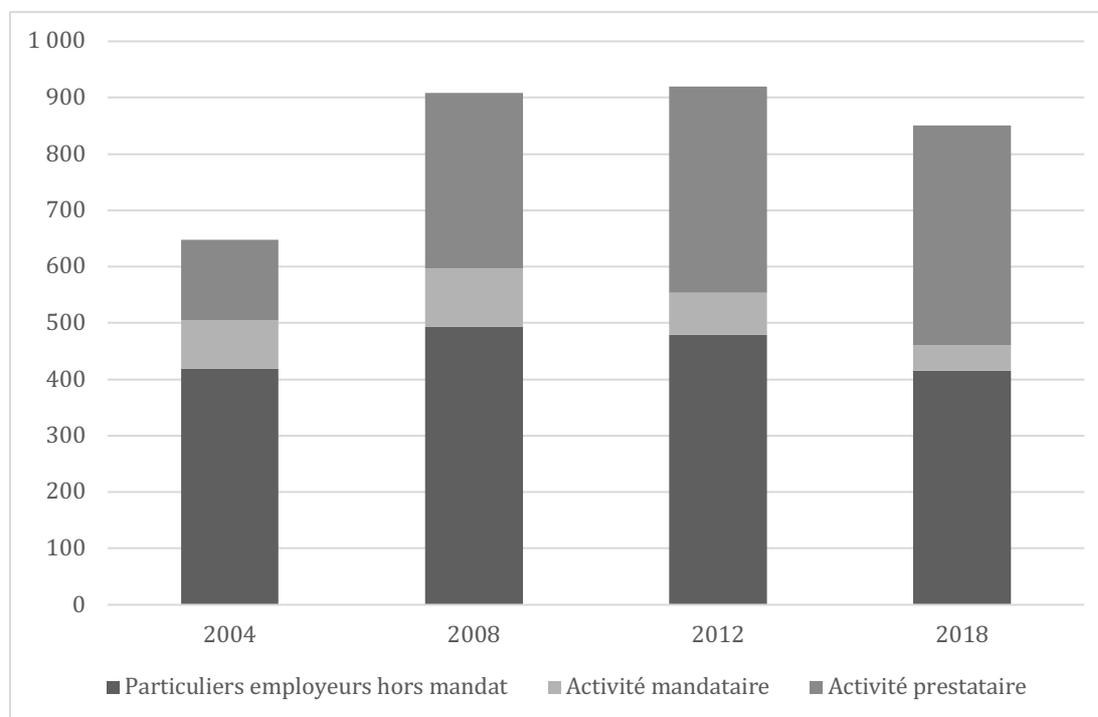


Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, le champ est modifié, passant de la France métropolitaine à la France.

La baisse de l'activité observée en 2010 est principalement à rechercher du côté de l'activité auprès de particuliers-employeurs, en particulier dans un cadre mandataire. Sur la période 2004-2018, les services à la personne réalisés dans ce cadre sont passés de 13 à 5 % de l'activité totale. Dans le même temps, la part de l'emploi direct a également décru fortement, passant de 64,7 % à 48,8 %, même si le volume d'activité en 2018 est quasi-similaire à celui de 2004, ayant connu une croissance continue jusqu'en 2010 puis une baisse continue. Enfin, le poids du volume d'activité réalisé par des prestataires a connu un accroissement continu sur toute la période (y compris quand l'activité globale diminuait). Il est passé de 22 % de l'activité à 48 %.

Figure 6 - Évolution des heures réalisées selon les modes d'intervention (en millions) : réduction de l'emploi direct



Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière

De ce fait, le Plan a contribué à réduire l'ampleur d'une forme d'emploi qui n'entre pas dans le processus de production capitaliste, celle de l'emploi direct.

Importance accrue des entreprises à but lucratif

On observe également une remise en cause des organisations non-lucratives. En effet, entre 2004 et 2018, le nombre total d'organismes a été multiplié par plus de 2,8 ; le nombre d'entreprises privées à but lucratif ayant été multiplié par près de 38, passant de 573 en 2004 à 21 750 en 2018 (parmi ces entreprises, 8440, soit près de 40 % sont des auto-entrepreneurs⁷⁵). Dans le même temps, le nombre d'organismes à but non lucratif (associations et organisations publiques) a connu une baisse d'un peu plus de 30 %. Cette diminution, amorcée avant la crise de 2009, s'explique en partie par une concentration de l'offre associative (des fusions entre association d'une même fédération ayant pu être observées), mais aussi par une disparition de nombreux organismes locaux fragilisés par la crise de 2009, le plus souvent avec reprise de l'activité par d'autres organisations (Tableau 3).

⁷⁵ Les auto-entrepreneurs partagent la caractéristique de non-séparation du travail et du capital associée aux salariés du particuliers employeurs, toutefois, les entrepreneurs ne sont pas insérés dans le salariat et leurs droits sociaux institués sont moindres que ceux de salariés.

Tableau 3 – Évolution du nombre d’organismes agréés de services à la personne

Type d'organismes	2004	2009	2012	2018
	Estimations	Nombre moyen sur l'année	Nombre moyen sur l'année	Nombre moyen sur l'année
Associations et organismes publics	9200	7612	7 100	6 260
Dont : associations	8000	6181	5 790	5 120
Dont : organismes publics	1200	1432	1 310	1 140
Entreprises privées	573	9742	16 560	21 750
Dont : entreprises privées hors autoentrepreneurs		8898	11 040	13 310
Dont : auto-entrepreneurs		844	5 520	8 440
Ensemble	9773	17354	23 660	28 000

Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière

La croissance du nombre d’entreprises s’accompagne d’une forte augmentation de leur activité dans les services à la personne. Au sein de l’activité prestataire, leur part de marché, proche de zéro en 2004, était de 41 % en 2018 (Tableau 4).

Tableau 4 - Évolution de l’activité prestataire en volume et part des entreprises

En millions d’heures	2004	2008	2012	2018
Activité prestataire	142,735	311,46	366,25	389,90
Part des entreprises privées dans le prestataire	0,45%	14%	27%	41%

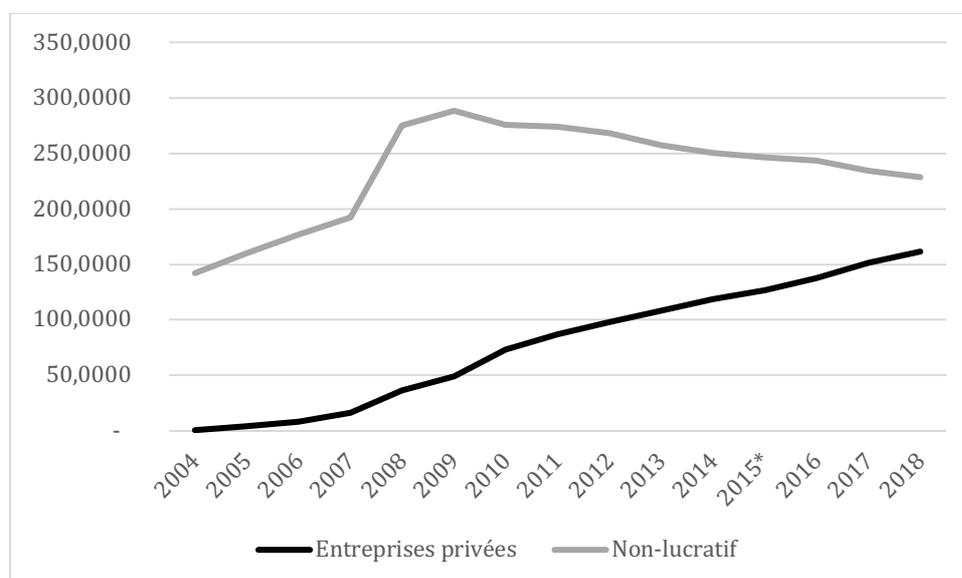
Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière

Pendant cette même période, le volume d’activité réalisé en prestataire a plus que doublé, ce qui invite à comparer les évolutions de l’activité des organismes à but non lucratif et de ceux à but lucratif (Figure 7).

Le volume d’activité des organismes à but non lucratif a connu une croissance de l’ordre de 10 % par an entre 2004 et 2007, une augmentation peu interprétable de 43 % en 2008 due en partie à une rupture de série, et un accroissement de 5 % en 2009. L’année 2010 constitue un point de retournement puisqu’à partir de cette date, le volume d’activité décroît de façon continue (de -1 à -4 % par an).

Figure 7 – Évolution de l'activité des prestataires de SAP selon le type de prestataire (en millions d'heures)



Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière

De leur côté, les entreprises à but lucratif ont vu leur activité augmenter en continu. Une partie de l'activité de services à la personne autrefois réalisée dans un cadre non lucratif semble désormais réalisée par des entreprises privées.

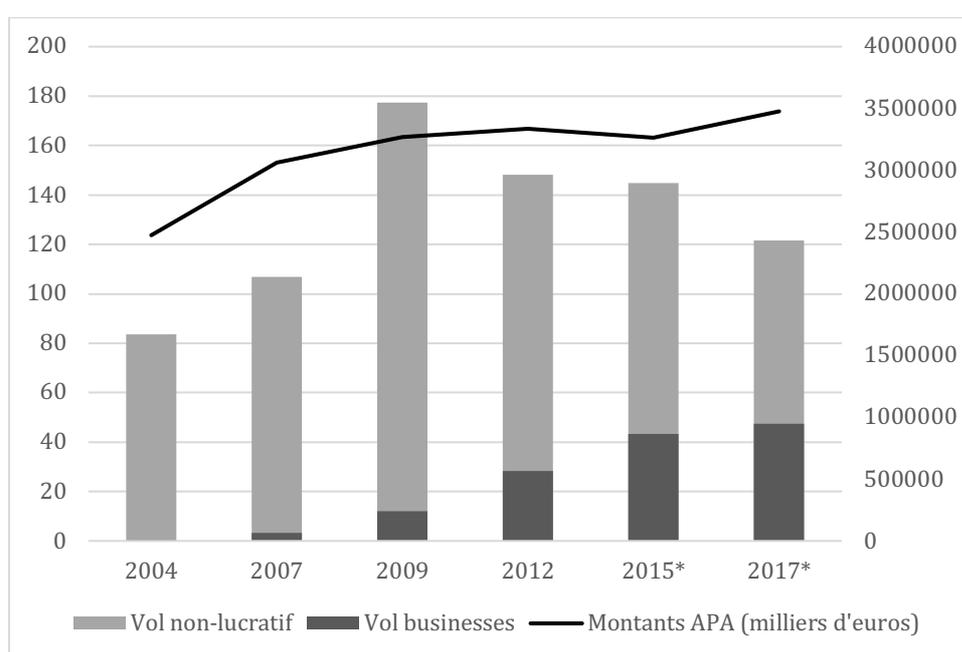
Cependant, ce transfert peut concerner différents types de services, il peut en effet y avoir une contraction des services principalement prestés par les organismes non lucratifs accompagnée dans le même temps d'un accroissement des services typiques des entreprises. Il importe donc de regarder la manière dont évolue la répartition des différents services dans l'activité globale.

Au niveau global de l'activité prestataire, l'activité de services à la personne se concentre sur l'assistance aux personnes (50 à 60 %) d'une part et sur le ménage/entretien du logement (environ 30 %), même si d'autres types de prestations existent et voient leur ampleur croître au fil des ans (cf. Annexe 2). L'activité d'aide à domicile aux personnes âgées représente 44% du total de l'activité des prestataires de services à la personne en 2017.

La composition de l'activité selon de type de prestataire connaît elle davantage de changement. Pour les organismes à but non lucratif, l'activité principale est l'aide à domicile (environ 60 % sur toute la période, bien qu'une chute soit à signaler en 2017 avec seulement 52% de l'activité qui est consacrée à l'aide à domicile aux personnes âgées), suivie par les services d'entretiens du logement, qui représentaient 33 % de leur activité en 2004 contre 21 % en 2007 et 22% en 2017. L'évolution de cette composition de l'activité peut suggérer que ce sont sur les activités de ménages et autres activités connexes que s'est fait l'extension des entreprises.

La composition de leur activité varie fortement au fil de la période : en 2004, leur activité d'assistance aux personnes âgées représente 38 % de leur activité, le ménage entretien du logement un peu plus de 30 %. En 2007, le ménage voit sa part augmenter fortement pour représenter 47 % de l'activité contre 20,1 % pour l'assistance aux personnes âgées en 2007. Il apparaissait donc que les entreprises nouvellement entrantes orientaient leur activité principalement sur de ménages auprès de personnes non fragiles. Mais cette configuration est inversée en 2017 : l'assistance aux personnes âgées représente désormais 31 % de l'activité et le ménage seulement 28 %.

Figure 8 - Évolution des volumes prestés pour de l'aide à domicile et des montants distribués d'APA



En millions d'heures et milliers d'euros

Les montants des plans d'aide APA peuvent concerner tout type d'intervenant, prestataire, mandataire ou emploi direct.

Données DARES pour l'activité, via ANSP Nova ; Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière ; les données relatives aux auto-entrepreneurs n'ont pas pu être prises en compte dans le calcul mais leur volume d'activité reste négligeable au global et au regard du poids (3%) dans leur activité.

Données Drees pour l'APA, France entière (hors Mayotte) pour toute la période.

Après une forte croissance jusque 2009, les volumes prestés d'aide à domicile ont connu une stabilisation, ceci malgré la hausse du nombre de bénéficiaires de l'APA (qui augmentent de 10 % entre 2009 et 2018)⁷⁶ et la revalorisation des plafonds intervenue à partir de 2016 (Figure 8), qui n'a pas empêché une contraction du volume total d'aide (-10% entre 2016 et 2017). Concernant les organismes non lucratifs, leur volume d'activité pour l'aide à domicile a diminué fortement depuis 2009, avec une contraction annuelle

⁷⁶ Au cours de la période 2009-2018, la population âgée de plus de 75 ans augmente elle de 12,7 % (calcul par l'auteur à partir des données Insee)

moyenne de l'activité de 4,6 %. En parallèle la croissance moyenne de l'activité des entreprises privées pour l'aide à domicile était de 22 % par an en moyenne, si bien qu'en 2017, elles occupent désormais 28 % du marché de l'aide à domicile aux personnes âgées prestées, 5 points de plus qu'en 2015.

Le régime économique de fonctionnement des services à la personne apparaît ainsi fortement modifié à la suite des deux dispositifs institutionnel mis en place par le Plan Borloo. Plus précisément, la simplification des barrières à l'entrée par le dispositif de droit d'option combiné à l'agrément qualité a largement modifié la configuration concurrentielle dans les services à la personne ainsi que dans l'aide à domicile. L'entrée d'entreprise a contribué à la transformation du régime de fonctionnement des services à la personne. Sur une période de 15 ans, on constate ainsi que ce qui apparaissait avec le plan comme une subtilité administrative, un dispositif incrémental conduit à une transformation importante de la configuration du secteur (Tableau 5).

Tableau 5 - Évolution de la régulation des SAP : formes d'insertion dans les logiques d'accumulation

Forme d'insertion dans les logiques d'accumulation	Variation observée
Emploi direct	Augmentation jusqu'en 2009 puis baisse en emploi et en volume d'activité (et durée d'emploi)
Non rémunération du capital (association à but non lucratif, organisme public)	Augmentation jusqu'en 2009 puis baisse en volume d'activité, y compris pour les services sociaux d'aide à domicile
Forme d'organisation permettant la profitabilité du capital (entreprises privées)	Croissance en nombre et en volume d'activité sur toute la période, y compris pour les services sociaux d'aide à domicile

3.7.2 Absence de dualité sectorielle

Pour discuter l'hypothèse d'une dualité sectorielle, entre d'un côté des services marchands de confort, non liés à un état de santé, et de l'autre des services sociaux d'aide à domicile, il est nécessaire de dessiner ce que serait ces deux sous-secteurs duaux. Il s'agit ensuite de caractériser précisément les services à la personne dans leurs points communs et leurs différences relativement à ce schéma de dualité, ce qui a été fait de deux façons principales : une caractérisation des dispositifs ; l'analyse de la manière dont ils sont hybridés au sein des modèles productifs des organisations d'aide à domicile.⁷⁷

Le schéma d'une dualité sectorielle

⁷⁷ Gallois (2012d) ; Gallois & Nieddu (2015) apportent d'autres éléments, en particulier, ils réfutent la possibilité du strictement marchand pour les services à la personne autre que l'aide à domicile. Ils montrent également que l'hybridation de dispositifs est une caractéristique structurelle.

L'interprétation du Plan Borloo selon laquelle les dispositifs génèreraient un régime de fonctionnement fondé sur une dualité sectorielle est la suivante. Il y aurait d'un côté (Figure 9 sous-secteur A) des dispositifs institutionnels de marché subventionné (réduction d'impôts), de grandes enseignes nationales⁷⁸ et une qualification de la qualité par la réputation des marques associées (accompagnés d'une relation salariale flexible). Ceci devait générer une production par des prestataires sous-traitants, une logique d'échange marchande et une consommation de masse d'un produit standardisé où l'implication du consommateur serait restreinte à l'achat de service. Le recours à ces services ne serait pas lié à un mauvais état de santé.

Ces nouveaux dispositifs et les logiques économiques associées permettraient le développement d'un secteur profitable et attractif pour les entreprises privées, et la création d'emplois.

Il y aurait de l'autre côté (sous-secteur B) des services sociaux d'aide à domicile financés *via* des dispositifs de protection sociale. Les services d'aide à domicile seraient réalisés préférentiellement par des organisations non-lucratives (associations ou organismes publics) autorisées à intervenir par le conseil départemental, même si l'aide à domicile peut également s'exercer dans le cadre de l'emploi direct (et que quelques entreprises sont également autorisées). En lien avec la procédure d'autorisation, les services sont tarifés par le conseil départemental, sur la base des coûts de production. Enfin, la relation salariale est flexible, cependant, une qualification est nécessaire pour certaines interventions auprès de public particulièrement dépendant. Le régime économique de fonctionnement qui en découle est celui d'une consommation de services correspondant à des besoins socialement validés et collectivement financés, avec une participation du bénéficiaire déterminée selon ses revenus. Comme la personne aidée constitue le support du service pour les activités d'aide à la vie quotidienne, son implication est nécessairement importante. La logique de production s'inscrit dans une logique sans but lucratif est rattachée à la logique associative.

⁷⁸ Les enseignes, qui devaient porter l'industrialisation des SAP et créer des marques, ont connu un échec rapide. 21 enseignes se sont créées à la suite du Plan Borloo, parfois portées par de grandes entreprises bien implantées avec un large réseau de distribution comme La Poste, Carrefour ou encore des banques. En 2009, les services induits par leur activité d'intermédiation représentaient 0,5% du volume d'activité des services à la personne (Agence Nationale des Services à la Personne, 2010). En 2012, il restait 6 à 7 enseignes en activité, qui toutes avaient développé de l'intermédiation non pas auprès de particuliers mais auprès de compagnies d'assurances ou autres apporteurs d'affaires.

Néanmoins, des marques connues nationalement se sont développées, elles reposent tantôt sur des systèmes d'agence, de franchises ou de fédérations.

Figure 9 – Schéma d’une dualité sectorielle

Sous-secteur A - Le Plan Borloo et régulation du secteur institutionnel des SAP

Dispositifs institutionnels spécifiques	→ → → → → →	Régime économique de fonctionnement
Marché subventionné Dispositif de grandes enseignes nationales distribuant l’offre Qualification de la qualité par la réputation et la crédibilité de grandes enseignes nationales Non-dit : Relation salariale flexible		Logique de consommation : Consommation de masse d’un produit standardisé Logique de production : Prestataires sous-traitants des grandes enseignes Logique d’échange : marchande, intermédiée par les enseignes

Sous-secteur B - Régulation de l’aide à domicile comme service social

Dispositifs institutionnels spécifiques	→ → → → → →	Régime économique de fonctionnement
Allocation pour l’autonomie Services contribuant au maintien à domicile des personnes Autorisation médico-sociale organisant un maillage territorial coexistant avec l’emploi direct non qualifié Relation salariale flexible au niveau sectoriel Associations, emploi direct et quelques entreprises		Logique de consommation : Consommation de services sociaux correspondant à un besoin socialement validé et financés, combinés à un ticket modérateur Logique de production : associations prestataires et mandataires ainsi qu’emploi direct Logique d’échange combinant marchand et non marchand

L’hypothèse d’une dualité est ainsi schématisée. Mais est-ce vraiment vers cela que tendent les évolutions ?

Un empilement de dispositifs de marché et hors marché

Les SAP ont la particularité de relever, au moins pour les services d’aide à domicile, du domaine du médico-social. De fait, un ensemble de dispositifs s’y rattachent. Le rattachement à la protection sociale, combiné à la volonté publique de développer des services marchands, appelle à caractériser finement les dispositifs associés : le marché et le quasi-marché (Gallois, 2012b). Le marché suppose une mise en concurrence de prestataires et une demande. Le quasi-marché correspond à une configurations où les prestataires sont mis en concurrence mais la puissance publique finance le recours au service (Le Grand, 1991). Les logiques marchandes associées au marché d’une part et au quasi-marché d’autre part ne sont donc pas les mêmes *a priori*. Cependant, dans les SAP, l’ensemble des activités bénéficie de dispositifs socio-fiscaux afin d’en diminuer le prix. Peuvent-ils pour autant tous être rattachés à la protection sociale et à ses dispositifs ? Dans quelle mesure ? Une revue de littérature (Gallois, 2012b) a permis d’identifier trois critères cumulatifs pour caractériser un quasi-marché et ainsi le distinguer du marché (Tableau 6). Le premier de ces critères est la mise en concurrence des offreurs. Ce critère se vérifie pour l’ensemble des services à la personne. Le deuxième critère renvoie à un financement public du service ou à une contribution au financement. Ce deuxième critère est également vérifié pour l’ensemble des services à la personne. Le troisième critère est que les services pouvant être alloués par le biais de quasi-marché présentent une utilité collective, au-delà de leur utilité individuelle, a minima, qu’ils répondent à un besoin ayant

été socialement validé, ce qui en justifie le financement par la puissance publique. L'ensemble des services à la personne remplit les deux premiers critères. Leur distinction repose donc sur le troisième critère. J.-L. Laville & Nyssens M. (2000) attribuent un caractère collectif à l'utilité des services d'aide à domicile avec la notion de biens collectifs. Il s'agit de biens (ici de services) dont la consommation n'est pas strictement divisible. Les services sociaux d'aide à domicile trouvent une dimension collective en termes de santé publique et dans la mesure où ils contribuent au maintien à domicile (évitant ainsi des prises en charge en établissement) et répondent à un besoin de santé. À travers l'évaluation de la dépendance associée à l'APA, ils répondent également à un besoin socialement validé. Les services d'entretien du logement sont eux plus délicats à traiter lorsque le recours est indépendant de l'état de santé. Le support du service étant un bien privé, l'utilité de ce type de service est individuelle. L'emploi qu'ils contribuent à créer présente lui une utilité collective qui en justifie le financement public. Cependant, dans cette perspective, ce ne sont pas les offreurs d'emplois (particuliers-employeurs, clients) qui sont en concurrence mais les demandeurs d'emploi, si bien qu'il s'agit d'un financement de l'offre et non de la demande. Ils ne peuvent alors être rattachés aux logiques quasi-marchandes mais relèvent d'un marché où l'offre est subventionnée. A contrario, pour l'aide à domicile, le financement constitue une traduction de la reconnaissance du besoin de santé.

Tableau 6 - Dimension de marché et de quasi-marché des services à la personne

	Service non lié à un état de santé : Ménage - repassage	Service lié à un état de santé : Aide à domicile
Mise en concurrence des offreurs	X	X
Cofinancement public	X	X
Service répondant à un besoin socialement validé		X

Dans la mesure où les SAP intègrent tout à la fois des services sociaux, lié à un état de santé, et des services qualifiés de confort, non liés à un état de santé, on a alors un empilement et une combinaison de dispositifs marchands et quasi-marchands. En particulier les dispositifs de baisse des prix par des avantages fiscaux peuvent se cumuler avec des dispositifs de quasi-marché. De ce fait, l'aide à domicile combine également dispositifs de marché subventionné et dispositifs de protection sociale de type quasi-marché.

Hybridation des dispositifs dans les modèles productifs

Cette combinaison de dispositifs se retrouve également à travers la caractérisation des modèles productifs des organisations (Gallois, 2012d ; Gallois & Nieddu, 2015). Les monographies de modèles productifs réalisées (cf. 3.6.2.) montrent que la quasi-totalité des organisations d'aide à domicile développent en parallèle des services autres : d'autres services à la personne, parfois combinés à d'autres services du médico-social (voir des établissements de type EHPAD). Leurs organisations développent des logiques de production des éléments typiques des services à la personne, notamment, une standardisation relative du service par les contraintes de l'agrément qualité. Au-delà, toutes développent des stratégies de mobilisation des dispositifs institutionnels de marché (en particulier issus du Plan Borloo) et des dispositifs hors marché. Cette mobilisation de dispositifs de marché et hors-marché indique que les organisations mettent en œuvre des stratégies d'hybridation en articulant des dispositifs et des logiques des services à la personne, notamment des dispositifs de marché, et des dispositifs et logiques hors marché. Plus exactement, elles hybrident des dispositifs des services à la personne (dispositifs de marché subventionné), et des dispositifs associés à la dépendance (quasi-marché), mais également dispositifs rattachés au système de santé afin de réaliser leur stratégie de soutenabilité du modèle économique. La mise en évidence de cette hybridation de dispositifs au sein des modèles productifs infirme l'hypothèse d'une dualité sectorielle. Elle contribue également à rendre compte de la forme de régulation. En effet, si l'examen des modèles productifs post-plan Borloo montre que des dispositifs de marché sont hybridés avec des dispositifs non marchand, ce mécanisme de régulation se retrouve également dans l'histoire longue de l'aide à domicile (Gallois, 2010).

3.7.3 Transformation de la régulation de l'aide à domicile

Depuis le Plan Borloo, les logiques de marché ont été renforcées et étendues à l'accumulation du capital.

Les logiques de marché ont été renforcée en premier lieu par le développement de logiques concurrentielles. Elles ont également été renforcée par le développement quasi généralisé de politiques produit comprenant services d'aide à domicile auprès de personnes dépendantes et services non liés à un état de santé. Les organisations développent ainsi des activités liées à la fois à des dispositifs de protection sociale mais aussi des dispositifs de marché.

L'entrée des entreprises, dont l'activité était quasi-inexistante avant le Plan Borloo et représente désormais 28 % de l'activité des prestataires, a également contribué à modifier la logique de recours au *care* professionnel associée à l'aide à domicile. En effet, les modalités de calcul de l'APA diffèrent selon que l'organisation fournissant le service relève de l'autorisation médico-sociale (organisation non lucratives historiques) ou de l'agrément (nouveaux entrants). Dans le cadre du recours à une organisation autorisée, le

chiffrage du plan se fait sur la base du tarif de l'autorisation alors que pour le recours à une organisation agréée, le chiffrage se fait sur la base d'un forfait national, inférieur au prix de vente réel du service. La personne doit alors s'acquitter d'une partie « hors-forfait ». Il en résulte une proportion moindre de la prise en charge collective du plan d'aide, *in fine*, une modification du rapport de protection sociale afférent à la dépendance.

Figure 10 - Régulation du secteur institutionnel de l'aide à domicile post Plan Borloo

Dispositifs institutionnels spécifiques	Régime économique de fonctionnement
Dispositifs de marché ; marché subventionné et quasi-marché (Allocation pour l'autonomie) se combinent	Logique de consommation de services sociaux correspondant à un besoin socialement validé et financés, avec participation du bénéficiaire selon ses revenus
Services contribuant au maintien à domicile des personnes	Mais désocialisation du financement (plafonnement des plans, prestations « hors forfait »)
Présence croissante de marques nationales portées par des organisations lucratives ou non	Logique de production : prestataires associatifs et entreprises ainsi qu'emploi direct
Réglementation de la qualité	Logique d'échange combinant marchand et non marchand
Relation salariale flexible au niveau sectoriel	
Organisations non-lucratives autorisées, entreprises agréées, emploi direct	

3.7.4 Rôle du Plan Borloo dans une logique de transfert du soin vers le care

Un accroissement des besoins de care à domicile

La mise en évidence des effets systémiques du plan Borloo prend pour point de départ que la dépendance survient (ou s'accroît) le plus souvent à la suite d'un problème de santé aigu appelant des soins médicaux, comme une chute, (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, 2011) et que soins et dépendance sont liés, tous deux répondant à un problème de santé (cf. section 1.1). Relier prise en charge de santé (soins) et dépendance invite alors à regarder les dynamiques du système de soins, d'autant que la gestion des sorties d'hôpital est une tension forte pour les organisations d'aide à domicile. Le système de soins français a pour caractéristiques d'être hospitalo-centré (Domin, 2013a, b), ce qui fait de l'hôpital un point d'entrée privilégié⁷⁹. Dans le même temps, les prises en charge en ambulatoire se développent fortement.

Si les progrès de la médecine contribuent à réduire la durée de prise en charge, l'analyse de la régulation de l'hôpital développée par Domin (2013) indique que l'introduction de logiques productives et marchandes fait pression sur la durée des séjours et conduit à une externalisation d'une partie des soins (Domin & Raully, à paraître). En effet, en permettant

⁷⁹ Depuis les années 1980, la durée moyenne de séjour y a connu une réduction forte. Pour l'activité de court séjour (services de médecine, chirurgie et obstétrique - MCO), la durée moyenne de séjour est passée de plus de 12 jours en 1974 à 5,2 en 2009 (5,1 en 2012) soit une réduction de 57 % en 25 ans. De la même manière, les durées moyennes de séjour en soins de suite et réadaptation (SSR) ont également connu sur longue période une réduction significative, passant de 71,2 jours en 1974 à 33 jours en 2012, avec toutefois une stabilisation depuis la fin des années 1990, époque où sont apparus les financements publics sur la dépendance (Données DREES, base Eco-santé France 2016).

un *turn-over* plus rapide des lits, la durée des séjours constitue un élément de la rentabilité de l'hôpital. Mais l'organisation de prises en charge de courtes pour des personnes dont la dépendance relève d'un état de santé fragilisé nécessite une offre de relais de soins à domicile ou encore dans des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La prise en charge des patients à leur domicile, par des services d'hospitalisation à domicile (HAD) et par des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), constitue pour les pouvoirs publics une solution crédible et souhaitable pour assurer la performance du système de soins, tant en termes de qualité de soins que de qualité de vie pour la personne. Elle permet de décharger les charges d'hôtellerie (repas, linge) de l'hôpital vers l'entourage du patient, ce qui permet à l'Assurance maladie de réaliser des économies relativement aux hospitalisations à temps complet tout en assurant des soins de même qualité (Sentilhes-Monkam, 2005). Ces formes d'offre d'hospitalisation, comme de soins à domicile, augmentent en même temps que l'offre hospitalière diminue.

Néanmoins, les capacités créées en hospitalisation à domicile ne compensent pas les fermetures de lits au sein de l'hôpital. Mon travail au sein de l'Uriopss a permis d'observer qu'il est communément admis, tant par la puissance publique que par les associations du social et médico-social, que les services de soins infirmiers à domicile sont amenés à compenser les défaillances de l'offre d'HAD en prenant en charge des patients qui devraient être hospitalisés à leur domicile compte-tenu de leur état de santé et de leurs besoins de soins (Sentilhes-Monkam, 2005). Or, ces services de soins sont également trop peu développés au regard des besoins. La conséquence de ce rationnement de l'offre par les instances en autorisant la création et l'extension (Ministère de la santé, Direction régionales des affaires sanitaires et sociales, Agences régionales d'hospitalisations, puis agences régionales de santé) est la création de listes d'attente pour la prise en charge des patients (Jeandet-Mengual & de Reboul, 2008). Ceux-ci sont alors transférés sur l'aide à domicile dont l'offre n'est pas contingentée⁸⁰, mais au contraire encouragée à se développer, en particulier par le Plan de développement des SAP.

Enfin, pour ce qui est de l'organisation de prises en charge dans des établissements autres que l'hôpital, l'insuffisance de l'offre et l'existence de files d'attente dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) conduit également à un transfert sur le domicile et l'aide à domicile.

Des rapports de protection sociale différents : de la prise en charge des besoins au plafonnement des aides

Au regard de ces différents éléments, l'aide à domicile s'inscrit dans les structures productives du système de santé et le plan Borloo, en soutenant le développement d'une offre de *care* professionnel contribue à la faisabilité du transfert. Or les dispositifs de protection sociale rattachés à l'aide à domicile diffèrent de ceux du soin.

⁸⁰ Depuis mi-2019, on commence cependant à observer des refus de prise en charge par les associations d'aide à domicile, qui rencontrent d'une part des difficultés de recrutement et d'autre part, en situation de sous-tarifcation, peuvent être amenées à refuser des interventions coûteuses en termes de déplacement.

La sortie des patients de l'hôpital vers des prises en charge à domicile induit une modification des modalités de financement par les dispositifs de socialisation de la protection sociale (Tableau 7). En effet, on passe de financements rattachés à l'Assurance maladie obligatoire vers des modalités de prises en charge du *care* complexes et offrant une moindre couverture des dépenses engagées (peu structuré, fonction de l'âge, de l'état de santé et du revenu), avec des plafonds ne permettant pas la mise en place de services couvrant les besoins. L'analyse du dispositif de l'APA à domicile montre cette différence entre deux logiques de prise en charge.

Tableau 7 - Dispositifs de couverture des soins et de l'aide

	Soins	Aide à domicile (APA)
Conditions d'accès au dispositif	Sans condition d'âge ni de revenus, traduction du besoin de soins par la consultation d'un médecin	Fonction de l'âge et d'une évaluation standard des besoins (exclusion des Gir 5, ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas, le ménage)
Financier	Assurance maladie obligatoire (barème unique)	Conseils départementaux (barème unique mais ressources différentes selon les départements)
Logique de protection sociale associée	Logique d'assurance sociale (étendue à des non-contributeurs et à un cofinancement par l'impôt)	Logique assistancielle
Cofinancement par le bénéficiaire	Reste à charge (l'AMO prend en charge environ 80% de la CSBM)	Ticket modérateur (jusque 90%) Reste à charge possible si recours à un prestataire non habilité à l'aide sociale Reste à charge éligible aux crédits d'impôts services à la personne
Seuil	Pas de seuil, fonction des besoins	Plafonnement et saturation des plans, i.e. insuffisance objective au regard des besoins évalués (30% pour les Gir 1)

Pour ce qui est de la prise en charge des incapacités de personnes âgées de plus de 60 ans par le système de l'aide, l'action de la puissance publique prend la forme d'une allocation destinée à l'achat de services d'aide à la vie quotidienne sur un marché, que ce soit auprès de prestataires ou dans le cadre de l'emploi direct d'un salarié. Dans le système de soins, les financements sont générés sans conditions d'âge ni de revenu. Ils ont lieu à partir du moment où des soins sont consommés (les montants sont alors fonction du type de soins et de leurs tarifs). Plus précisément, la consultation d'un médecin et la prescription

constituent une traduction d'un besoin de soins permettant d'engager des transferts monétaires. Les financements du *care* sont eux plus restrictifs dans leurs conditions d'accès. Le bénéficiaire doit effectuer une demande d'aide⁸¹. En effet, l'accès aux allocations pour l'achat d'aide est conditionné conjointement à l'âge et à une évaluation l'état de santé par le conseil départemental (qui finance également l'allocation, cf. Encadré 3 dans le 3.1). Le montant de ces allocations destinées à prendre en charge un problème de santé est fonction du niveau mesuré de dépendance et de la traduction de ce besoin dans le cadre d'un plan d'aide, avec un montant maximal défini par niveau de dépendance. Le montant final est également dépendant d'un « ticket modérateur » fonction du revenu. La prise en compte du besoin et des revenus pour l'accès à l'allocation pour l'autonomie lui donne ainsi des caractéristiques d'un dispositif d'assistance sociale alors que le soin relève plus amplement de l'assurance sociale⁸².

Qu'il s'agisse du soin ou de la dépendance, le transfert monétaire (remboursement ou allocation) ne suffit pas à couvrir l'ensemble de la prise en charge découlant d'un problème de santé. Dans le cadre du système de soins, les comptes de la santé (Adjerad, & al., 2019) indiquent que des assurances complémentaires et un reste à charge pris en charge par les patients persistent (représentant respectivement 13,4 % et 7 % de la Consommation de soins et biens médicaux en 2018)⁸³. De la même manière, dans le système de *care*, les allocations sont insuffisantes pour couvrir l'ensemble de la prise en charge⁸⁴. Ainsi, en 2017, les plus dépendants sont 30 % à avoir un plan saturé, c'est-à-dire objectivement reconnu comme insuffisant pour couvrir les besoins. Pour l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, 12,5 % des plans sont saturés (Latourelle & Layla, 2020).

Le transfert d'une partie de la prise en charge du système de soins vers le système d'aide induit ainsi le passage d'un système où la couverture socialisée des dépenses n'est pas plafonnée à un système où celle-ci est plafonnée avec des montants reconnus insuffisants pour financer l'aide estimée nécessaire à près d'un tiers des personnes les plus

⁸¹ Le non-recours est estimé à 28 % (Ramos-Gorand, 2016).

⁸² L'hybridation des sources de financements, combinant cotisations et impôts, ainsi que l'extension de la couverture des soins par des dispositifs comme la couverture maladie universelle et l'implication du parlement dans le contrôle des dépenses, éloignent toutefois les soins de la stricte assurance sociale.

⁸³ Les frais pris en charge par les assurances complémentaires et les restes à charge sont variables selon les types de soins (les prises en charge lourdes -pathologie lourdes, affection longues durées, ... - étant mieux couvertes par l'assurance maladie obligatoire que les prises en charge plus courantes).

⁸⁴ les travaux récents de la DREES montrent pourtant que les volumes d'aide notifiés ne sont pas nécessairement intégralement dépensés (Arnault, 2020 ; Arnault & Roy, 2020). Les explications apportées quant à la non-utilisation des montants attribués pour l'aide humaine sont de deux ordres : le reste à charge, dont le montant peut conduire à une renonciation à l'utilisation de la dotation, et la présence d'aidants, en particulier de conjointe. La présence d'un conjoint est pourtant statistiquement associée à une attribution de montants plus faibles. Ainsi, pour l'année 2017, la DREES souligne que à caractéristiques identiques (de dépendance), « le montant notifié aux hommes en couple est 54 euros moins élevé que celui proposé aux femmes en couple, et il est inférieur d'environ 130 euros à celui notifié aux bénéficiaires vivant seuls » (Arnault & Roy, 2020, p. 1). Il est également intéressant de noter que malgré une revalorisation des allocations par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les explications relatives à la non-utilisation des montants attribués restent similaires entre 2011 et 2017.

dépendantes. La participation des personnes au cofinancement de l'allocation en fonction de leur revenu, combiné au phénomène de saturation des plans constitue une modification majeure de la régulation du système de santé.

Un rôle croissant du marché et des familles

Dans cette configuration de saturation des plans – comme en cas de non-recours- la personne peut alors soit décider de consacrer une partie de ses revenus à l'achat de services complémentaires⁸⁵, soit solliciter son cadre familial pour la prise en charge⁸⁶. En effet, la réponse à un problème de santé n'est pas une réponse à une demande comme une autre dans la mesure où la santé relève de capabilité de base (ici nécessaire à la survie), la réponse est ainsi une réponse à un besoin.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes repose donc largement sur l'entourage familial. Ainsi, une note du conseil d'analyse économique souligne plus de trois-quarts des personnes âgées dépendantes bénéficient d'une aide informelle, le plus souvent issue du conjoint ou des enfants (Bozio, & al., 2016). Tous niveaux de dépendance confondus (Gir 1 à 4), la durée médiane de l'aide est estimée à 1h40 par jour contre 35 minutes pour l'aide formelle. L'implication s'accroît pour les prises en charge des personnes les plus dépendantes (Gir 1 et 2) avec une aide informelle estimée à environ 5h15 par jour (contre 2h10 d'aide professionnelle). En outre, les conseils départementaux, en charge de l'attribution des droits à l'APA ont des politiques d'attribution différentes selon les territoires. Certains considèrent que les allocations pour l'aide à domicile ne doivent intervenir que de façon complémentaire à des prises en charge familiale (Billaud, & al., 2013 ; Devetter, Horn & Jany-Catrice, 2011)⁸⁷. Il y a alors un principe de subsidiarité de l'aide professionnelle.

⁸⁵ Notons toutefois que la participation du bénéficiaire au montant de l'allocation fait qu'il consacre déjà une partie de ses revenus à l'achat de services.

⁸⁶ Le fait que les plans d'aide sont plus fréquemment saturés chez les femmes que chez les hommes et chez les personnes non-mariées que chez les personnes mariées traduit d'une certaine façon l'importance de l'aide informelle apportée par le conjoint, et surtout la conjointe, dans la prise en charge.

⁸⁷ L'importance de cette production d'aide par les familles, si elle n'est pas officiellement encouragée par la puissance publique est néanmoins reconnue par celui-ci, comme en témoigne le développement de l'outil statistique pour en mesurer le poids (Mormiche, 2001), la reconnaissance progressive du rôle joué par l'aidant familial dans la prise en charge (ANSEM, 2014 ; Haut Conseil de la Famille, 2011), le souhait exprimé un temps par l'agence nationale des services à la personne de soutenir le développement de services d'aide aux aidants (Gallois & Villez, 2010) ou encore l'attention accordée à cette aide dans les travaux du conseil d'analyse économique. On notera également l'extension récente des possibilités de congé pour aider un proche très dépendant. Ces congés, et leur indemnisation, peuvent durer 3 mois (renouvelable jusqu'à un an maximum dans la durée d'activité de l'aidant) alors que la dépendance lourde peut survenir bien avant la fin de vie. Ainsi alors que les Ehpad concernent principalement des personnes très dépendantes, la durée moyenne de séjour y est de 3 ans et 4 mois (Muller & Roy, 2018). Par ailleurs, ces congés pour les aidants ne sont pas rémunérés mais indemnisés pour un montant maximal de 1288,98€ par mois (montant en mars 2022), un montant inférieur à celui du maximum de l'APA pour les Gir 1 et 2 (sans compter la participation du bénéficiaire. Le montant de l'APA peut également être mobilisée pour rémunérer la personne aidante comme salariée, mais il comprend une partie financée par les conseils départementaux et participation du bénéficiaire au plan, le total étant au maximum de 1807,89€ pour les Gir 1 ; de 1462,08€ pour les Gir 2 et

3.8 Les enseignements de l'analyse régulationniste du *care* par le secteur institutionnel de l'aide à domicile

L'analyse a mis en évidence que le plan Borloo a contribué tout à la fois à modifier la régulation du secteur institutionnel de l'aide à domicile, mais également à la dynamique de marchandisation du système de protection sociale associé à la santé. À ce titre, la mise en place de nouvelles règles administratives, le droit d'option, dispositif central du Plan, constitue un exemple de ce que Mahoney & Thelen (2009) caractérisent comme des changements institutionnels incrémentaux, c'est-à-dire des évolutions institutionnelles discrètes *a priori* mais qui vont avoir des effets importants. Ce type de changement institutionnel est d'ailleurs caractéristique du changement de configuration du système de protection sociale français. Ainsi, dès les années 1990 des dispositifs d'assistance combinés à un financement par l'impôt ont été progressivement introduits pour étendre les couvertures centrées sur les assurances sociales. Ces changements ont fait prendre une trajectoire beveridgienne à un système initialement organisé de façon bismarckienne (Palier, 2005), ce qui s'observe également plus récemment.

Cet ensemble de travaux sur la régulation de l'aide à domicile montre ainsi que ce n'est pas seulement l'emploi et le chômage (à échelle macro) qui sont concernés par les dispositifs associés aux services à la personne mais également la soutenabilité du système de santé dans un contexte de pression sur les dépenses sociales.

Les principaux travaux en économie sur les SAP (Bailly, Devetter & Horn, 2013 ; Devetter, Jany-Catrice & Ribault, 2008 ; Devetter & Rousseau, 2007a, b) ont souligné le coup de force de la construction politique d'un secteur avec des services issus de la domesticité et ceux de l'action sociale. L'analyse de la régulation sectorielle de l'aide à domicile vient compléter l'analyse de cette construction sectorielle. Elle met en évidence trois mécanismes principaux.

1/ L'opération de soutien au développement d'entreprises dans un secteur initialement associatif et public d'une part et associé à de l'emploi direct d'autre part, a contribué à fournir de nouveaux débouchés pour l'accumulation du capital (ou à tout le moins pour la création d'entreprises). Il y a ainsi une entrée importante d'entreprises dans le secteur.

2/ L'analyse de la régulation sectorielle de l'aide à domicile met également en évidence une hybridation des modèles économiques qui concerne tous les types d'acteurs, ce qui réfute l'hypothèse de dualité sectorielle. Ce résultat converge avec les travaux portant plus spécifiquement sur l'analyse des organisations qui ont montré une diversité de stratégie au sein des associations ou au sein des entreprises (Devetter & Rousseau, 2007a, b ; Petrella & Richez-Battesti, 2010), témoignant de cette hybridation⁸⁸. Ce résultat d'une hybridation comme caractéristique des modèles économiques développés dans le secteur vient nuancer les enseignements des travaux relatifs à l'aide à domicile antérieurs au plan Borloo (et à l'entrée d'entreprises) qui montraient que l'hybridation est une

de 1056,57€ pour les Gir 3 (montants de mars 2022). En parallèle, le niveau de vie médian était de 1837€ par mois pour une personne seule en 2019, le seuil de pauvreté à 1102€ (Guidevay & Guillaneuf, 2021).

⁸⁸ Les monographies détaillées et analysées dans ma thèse montrent une diversité des modèles productifs ; sans pour autant que les statuts associatifs ou d'entreprise ne soient des déterminants à ces modèles.

caractéristique des associations (Laville & Nyssens, 2001 ; J. L. Laville & Nyssens M., 2000).

3/ L'analyse de la régulation du secteur institutionnel de l'aide à domicile permet également de mettre en évidence une évolution non perceptible a priori des mécanismes de répartition des transferts sociaux qui repose sur le transfert du soins vers le *care*.

Ce résultat a une portée multi-niveaux puisqu'il contribue à identifier des contradictions du capitalisme et des sources d'inégalités qui ne sont pas perceptibles directement si l'on raisonne à l'échelle macro. Ceci confirme l'intérêt du développement d'analyse régulationnistes au niveau mésoéconomique des secteurs et des territoires. Le niveau territorial, qui reste encore peu développé dans mon analyse, est présent par le travail sur les monographies de modèles productifs et dans le cadre des actions de coordination et accompagnement réalisés à l'Uriopss. La mise en complémentarité de dispositifs et logiques associées aux services à la personne d'une part et à la protection sociale de l'autre constitue la forme de la régulation de l'aide à domicile. Pour les associations, cette complémentarité vise certes à répondre à une logique de soutenabilité économique, mais aussi à constituer une solidarité horizontale sur le territoire afin de répondre aux tensions issues des pressions politiques sur l'organisation de solidarités nationales instituées, tensions qui découlent de la volonté stricte de maîtrise des dépenses publiques. Cette forme de régulation à laquelle participent les des organismes d'aide à domicile contribue ainsi à répondre localement aux tensions liées aux sorties rapides d'hôpital et au rationnement de l'offre de soins, mais également aux tensions sur le financement des prises en charge de la dépendance. Outre ce caractère général de l'hybridation de dispositifs issus de divers secteurs institutionnellement définis, la régulation de l'aide à domicile prend des formes différentes selon la caractéristique du territoire, que l'on retrouve dans la diversité des modèles productifs. Ainsi, dans des territoires très ruraux, où les coûts de production sont élevés du fait des distances, la présence de bénévoles est accrue. Les bénévoles y jouent en outre un rôle opérationnel alors que dans les structures urbaines, ils s'impliquent principalement dans la gestion. Un ensemble de travaux a par ailleurs mis en évidence des différenciations entre les territoires départementaux pour les modalités de financement de l'APA. Ainsi certains territoires préfèrent intervenir en complément d'une aide familiale ; d'autres favorisent une prise en charge par des organisations autorisées (Devetter, Horn & Jany-Catrice, 2011). L'analyse des régulations territoriales dans l'aide à domicile constituerait ainsi un prolongement à ce travail sur la régulation de l'aide à domicile.

Le second niveau où apparaissent des contradictions nouvelles est le système de santé. En effet, ce système évolue dans un contexte de vieillissement de la population et d'accroissement des maladies chroniques, ce qui toutes choses étant égales par ailleurs, devrait conduire à une augmentation des dépenses publiques. Mais, celles-ci sont limitée par un report de l'assurance maladie obligatoire sur la dépendance dont le financement est plus faiblement socialisé. J'ai mis ce report en évidence par la reconstruction de l'espace de la régulation. L'hybridation de dispositifs sectoriels et extra-sectoriels par les organismes contribue à la maîtrise des dépenses sociales mais se fait cependant au prix de conditions de travail objectivement mauvaises pour les intervenants à domicile

(Devetter & Barrois, 2012). Enfin, des observations récentes de refus d'intervention dans l'aide à domicile tendent à interroger la soutenabilité des prises en charge par des organismes d'aide à domicile strictement inscrits dans l'action sociale par la tarification⁸⁹. En considérant la prise en charge de la dépendance comme un besoin, au même titre que les soins, deux possibilités subsistent. La première est de recourir à des services non soumis aux règles de la tarification et de l'action sociale (pour la plupart, services proposés par des entreprises), mais cela suppose pour les clients d'être en capacité financière de payer un reste à charge accru et/ou de recourir à de l'emploi direct, pour lequel la continuité de service n'est pas assuré, de même que la qualification des intervenants. La seconde possibilité est celle de l'autoproduction dans un cadre domestique.

La reconstruction de l'espace de régulation au moyen de la filière de soins indique que le déversement du sanitaire sur le social, et en dernier ressort sur les familles, permet de maîtriser les dépenses sociales en limitant la couverture socialisée des dépenses de santé. Ce résultat de l'analyse de la régulation de l'aide à domicile permet d'identifier que les effets de la marchandisation du système de soins ne se restreignent pas à celui-ci mais font système avec le *care*. Ce résultat appelle aussi à rattacher explicitement la réponse à la dépendance au domaine de l'économie de la santé. L'analyse de la régulation de l'aide à domicile a permis d'identifier un mécanisme de déversement du système de soins vers le *care*. Pour faire suite à ce résultat, j'ai souhaité tester s'il se retrouvait dans un autre domaine de la santé, la télémédecine.

⁸⁹ Les évolutions relatives à la tarification induites par la loi 2015-1776 d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, si elles ont permis une amélioration du montant des tarifs en modifiant la prise en compte de certains frais dans la tarification et ouvert la possibilité de dotation globale, restent insuffisantes au regard des besoins exprimés par les structures. Une nouvelle réforme de l'aide à domicile et de sa tarification en cours (de mise en œuvre selon les documents ministériels, même si elle reste en attente de clarifications) depuis la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

4 Régulation de la télésurveillance dans le système de santé : le cas français

La télémédecine consiste en une activité de production de soins réalisée à distance au moyen de technologies de l'information et de la communication (OMS, 1997). Son développement est de fait concomitant à celui des technologies de l'information (les prémices de la télémédecine remontent aux prémices de ces technologies, le télégraphe ayant été mobilisé pour la réalisation de diagnostic). La pratique de la télémédecine reste cependant très peu développée en France jusque à la crise du covid. Les mécanismes de régulation analysés sur la période pré-covid sont alors en émergence.

Très concrètement, la télémédecine peut prendre par exemple la forme d'une consultation à distance *via* un logiciel de visioconférence courant (par exemple *Skype* pour le suivi psychiatrique des vétérans aux USA) ou encore la forme d'un logiciel dédié (*via* une plateforme comme *Doctolib*). Elle peut prendre également la forme dite de téléexpertise qui consiste en la sollicitation d'un médecin par un autre médecin pour un éclairage relevant de sa spécialité. Il y a alors transmission d'éléments de dossier médical (radio, analyse...) *via* des messageries dédiées. Enfin, la télémédecine peut contribuer à suivre des maladies chroniques, par le biais de la télésurveillance. Cette forme de télémédecine repose le plus souvent sur des équipements dédiés et spécifiques. Dans le suivi par télésurveillance des problèmes cardiaques, certains implants cardiaques envoient directement des données à un cardiologue *via* une messagerie sécurisée. La communication s'opère ainsi entre le lieu de vie du patient et le cabinet/hôpital du cardiologue en charge du suivi.

La télémédecine constitue un domaine dont l'étude permet de continuer à explorer les mécanismes concernant les articulations entre le sanitaire et le social, entre soins et *care*. En effet, la partie précédente met en évidence un mécanisme de déformation de l'espace productif du soin vers le *care*. C'est dans cette perspective d'analyse des articulations entre système de *care* et de soins que j'ai investigué la régulation associée à la télémédecine, dans un travail conjoint avec Amandine Raully, spécialisée dans l'analyse de la politique française de télémédecine. Il en résulte un ensemble d'articles coécrits (Gallois & Raully, 2015, 2016a, c, 2017b, 2018, 2019a, b ; et Raully & Gallois, 2014a ; 2014b).

Cette partie se concentre sur l'analyse de la régulation d'une forme de télémédecine, la télésurveillance, dans le système de santé. Après avoir présenté les enjeux associés à la télémédecine (4.1) et précisé ma question de recherche (4.2), je présenterai spécifiquement la télésurveillance et les matériaux mobilisés pour cette analyse (4.3). Je soulignerai ensuite mes résultats (4.4) et en proposerai une mise en perspective (4.5).

4.1 Enjeux associés à la politique de développement de la télémédecine en France

Le développement de la télémédecine est fortement encouragé depuis le milieu des années 1990, aussi bien au niveau international qu'en France (OCDE, 2010 ; OMS, 1997, 2010b ; Simon & Acker, 2008). Toutefois, elle se développe de façon morcelée en France (Gallois & Rauly, 2020), au moins pour la période pré-covid qui a été analysée. Le développement de la télémédecine repose sur des conventions de projets entre établissements, qui ont alors des financements dédiés aux projets (non inclus dans la classification commune des actes médicaux, base des remboursements par l'assurance maladie obligatoire). Avant la mise en place d'une politique de soutien en 2009⁹⁰, une centaine de projets expérimentaux locaux étaient concernés. Ils étaient destinés à un nombre restreint de patients. Il n'existe pas de recensement strict des patients concernés avant 2009. Pour un ordre d'idées, en 2011, un partenariat de télémédecine entre le CHU et un EHPAD de Toulouse génère 2 téléconsultations par mois alors que le dispositif est en place depuis 1998, environ 200 patients sont suivis (en 2011) par télésurveillance pour un problème cardiaque par le CHU de Rennes, etc.⁹¹

Les objectifs associés à la politique de développement de la télémédecine sont nombreux. Ils renvoient au fait que les dimensions de la performance dans la santé sont multiples (Arah, & al., 2006)⁹². En France, il s'agit en premier lieu de développer des soins de qualité. Il s'agit de gérer la rareté de la ressource médicale (Martin & Rivoiron, 2012) en particulier, dans les territoires peu denses en population ou dans ce qui est connu sous l'appellation de désert médical (Thorigny, 2021). La télémédecine doit ainsi favoriser l'accès aux soins pour les patients en supprimant (ou réduisant) les temps de trajet. Dans la mesure où elle vise également à gérer la rareté de la ressource médicale⁹³, elle doit contribuer à faciliter l'accès aux soins en termes de délais. Outre la gestion de la rareté de médecins et la réduction des distances, la télémédecine doit également contribuer à la maîtrise de la dépense publique, et par extension, à l'efficacité du système de santé.

Dans les travaux de la Direction générale de l'offre de soins, la maîtrise de la dépense publique résulte de la réduction des recrutements de médecins intérimaires pour des périodes courtes en permettant des couvertures territoriales plus importantes, par

⁹⁰ Cette politique s'inscrit dans le cadre de la loi 2009-879 du 28 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatives aux patients, à la santé et aux territoires et de ses décrets d'application.

⁹¹ La sortie du cadre expérimental pour les téléconsultations et leur remboursement en 2018, combinée à la crise du covid a fait fortement augmenter le nombre de celles-ci, passant de 40 000 consultations mensuelles en février 2020 à 650 000 en août 2020 après un pic de 4,5 millions lors du premier confinement en avril 2020 (Assurance maladie, 2020). Il n'existe cependant pas de données publiques permettant d'estimer le nombre de téléconsultations au-delà de cette date où la crise sanitaire était encore très fortement présente.

⁹² Arah, & al. (2006), à partir d'une revue de littérature, identifient huit critères de performance attribuables au système de santé : l'accessibilité (en termes de distance et de file d'attente), l'acceptabilité, la continuité des soins, l'amélioration des soins, la réduction des coûts, l'efficacité, l'équité, la sécurité.

⁹³ La rareté est associée à l'accès aux études de santé qui est conditionné au *numerus clausus*, fixé de façon faible en vue de limiter la demande qui serait induite par la présence d'une offre médicale importante

exemple lors des gardes en radiologie (Martin & Rivoiron, 2012). Les travaux émanant des industriels indiquent également des économies en termes de dépense publique avec des transports sanitaires évités, des hospitalisations évitées, des complications ou décès évités.... (Syntec Numerique, 2011, p. 21).

Il est attendu de ces dimensions qu'elles contribuent également à améliorer la qualité des soins pour les patients, et à limiter les contraintes de déplacements qui pèsent sur eux et leurs proches.

En première analyse, la télémédecine apparaît ainsi bénéfique à tous.

4.2 Question de recherche et hypothèse

Du point de vue de l'analyse économique, la télémédecine ainsi conçue repose sur des solutions matérielles et logicielles permettant la communication à distance. La télémédecine consiste donc en l'introduction d'une nouvelle forme de capital (les solutions logicielles et/ou matérielles dédiées) pour la réalisation de soins selon de nouvelles modalités. L'optimisation du système de santé associée, en particulier, la maîtrise de la dépense publique reposerait alors sur une hypothèse de substitution de temps de travail par du capital.

Mais la politique visant le développement de la télémédecine s'inscrit dans un ensemble plus large de politiques de santé visant le renforcement de l'ambulatoire et les prises en charge hors de l'hôpital, dont l'analyse de la régulation de l'aide à domicile a montré que les effets ne se limitaient pas aux soins mais concernaient également le *care*. Je vais ainsi chercher à explorer les articulations entre soins et *care* que la télémédecine, en tant que pratique médicale émergente, induit.

Ces différents éléments sont particulièrement marqués dans un type de télémédecine, la télésurveillance, qui consiste en un monitoring à distance du patient. C'est donc sur la télésurveillance que mon analyse s'est focalisée, ceci pour trois raisons.

En premier lieu, la télésurveillance relie les soins médicaux et le domicile. Il s'agit en effet de permettre à un praticien, dans un lieu de soins, de surveiller au moyen de dispositifs dédiés l'état de santé du patient à son domicile.

Ensuite, elle vise la surveillance de maladies chroniques, associées pour partie au vieillissement de la population, qui conduit toutes choses étant égales par ailleurs à un accroissement des dépenses de santé. Enfin, c'est sur la télésurveillance que les économies les plus importantes pour la dépense publique de santé sont envisagées. Le syndicat des industriels du numérique évoque que « *le déploiement généralisé des outils de télémédecine au bénéfice des patients souffrant de [...] maladies chroniques*⁹⁴ (qui représentent 38% des dépenses ALD) permettrait, à l'échéance 2020, une économie potentielle de 2,6 milliards d'euros chaque année » (Syntec Numerique, 2011, p. 21). Au regard des dépenses évitées (transport sanitaire, ré-hospitalisation, complications

⁹⁴ Les maladies mentionnées sont le diabète insulino-traité, l'hyper-tension artérielle, l'insuffisance cardiaque, et l'insuffisance rénale. Peu après l'écriture du rapport, l'hyper-tension artérielle est sortie du périmètre des affections longues durées.

médicales ...) cette économie potentielle se réaliserait en totalité au sein des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire.

Les parties suivantes vont permettre de discuter et vérifier l'hypothèse de substitution capital-travail. Je soulignerai alors des implications de la réarticulation *care*-soins induite par la télésurveillance en termes de régime économique de fonctionnement du secteur institutionnel du *care*. Toutefois, préalablement, il convient de présenter plus spécifiquement ce qu'est la télésurveillance et les matériaux mobilisés.

4.3 Caractérisation de la télésurveillance et matériaux

L'analyse repose sur l'étude spécifique du cas de la télésurveillance, un type de télé médecine qui relie hôpital/lieu de soins et domicile (4.3.1.). Elle mobilise un ensemble de matériaux (4.3.2.) visant à documenter si la télésurveillance peut être contenue dans l'espace du soin ou si elle déborde sur le *care*, et à en analyser les effets.

4.3.1 Une analyse centrée sur la télésurveillance

La télésurveillance médicale relève de la télé médecine⁹⁵. Elle consiste en un suivi régulier et à distance de l'état d'un patient ayant une problématique de santé chronique. Il peut s'agir du suivi d'une problématique d'insuffisance cardiaque, rénale, de diabète ... Ce suivi est réalisé par un médecin ou une équipe médicale. Les dispositifs varient selon le type pathologie, voir pour un même type de pathologie, mais ont en commun le suivi à distance de constantes médicales. Des exemples issus de monographies réalisées par l'Agence nationale d'amélioration de la performance en santé (ANAP) permettront de mieux appréhender la télésurveillance. De façon générale, le patient transmet *via* un dispositif ses constantes qui sont ensuite interprétées par un professionnel de santé infirmier et/ou médecin.

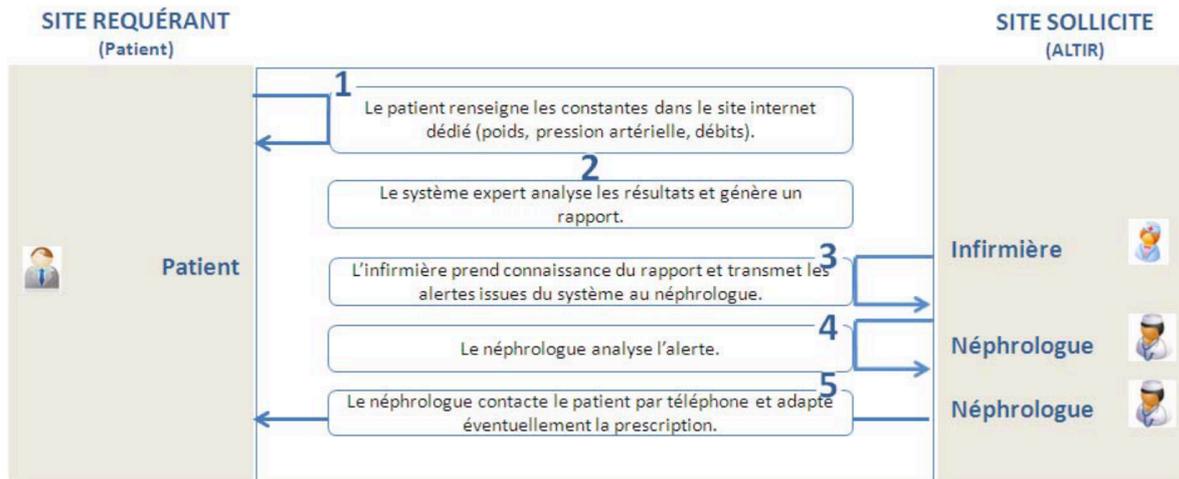
Par exemple, le dispositif du projet ALTIR permet une télésurveillance de l'insuffisance rénale pour des patients déjà pris en charge par dialyse péritonéale à domicile. Il est développé en Lorraine depuis 1999. Le protocole de remonté d'information est représenté dans la Figure 11. Le patient renseigne quotidiennement ses constantes sur

⁹⁵ Le terme de télésurveillance renvoie à deux dispositifs et services différents : la télésurveillance comme outil de l'aide à domicile et la télésurveillance médicale, à laquelle je m'intéresse ici.

La télésurveillance comme outil de l'aide à domicile prend la forme d'un médaillon porté autour du cou par une personne le plus souvent âgée, qui en cas de chute, peut prévenir une centrale téléphonique en appuyant sur le médaillon. L'interlocuteur alertera alors un proche qui viendra l'aider. Des complications médicales associées à une chute prise en charge tardivement (comme une déshydratation, une dénutrition, une hypothermie ... voir un décès) seront ainsi évitées. Ce dispositif, dans la mesure où il contribue à la santé de la personne constitue un dispositif de télésanté, mais pas de télé médecine. En effet, la télésanté est plus large que la télé médecine. Elle désigne l'ensemble des mobilisations de technologies de l'information et de la communication en vue de la santé. Outre la télé médecine, la télésanté comprend également les sites d'information médicale (proposés ou non par des professionnels de santé, il n'y a pas nécessairement de vérification de la qualité de l'information), des sites de prise de rendez-vous avec des médecins, mais aussi des applications destinées au suivi individuel de sa santé (calendrier de suivi des menstruations) ou de son activité sportive, de son alimentation ...

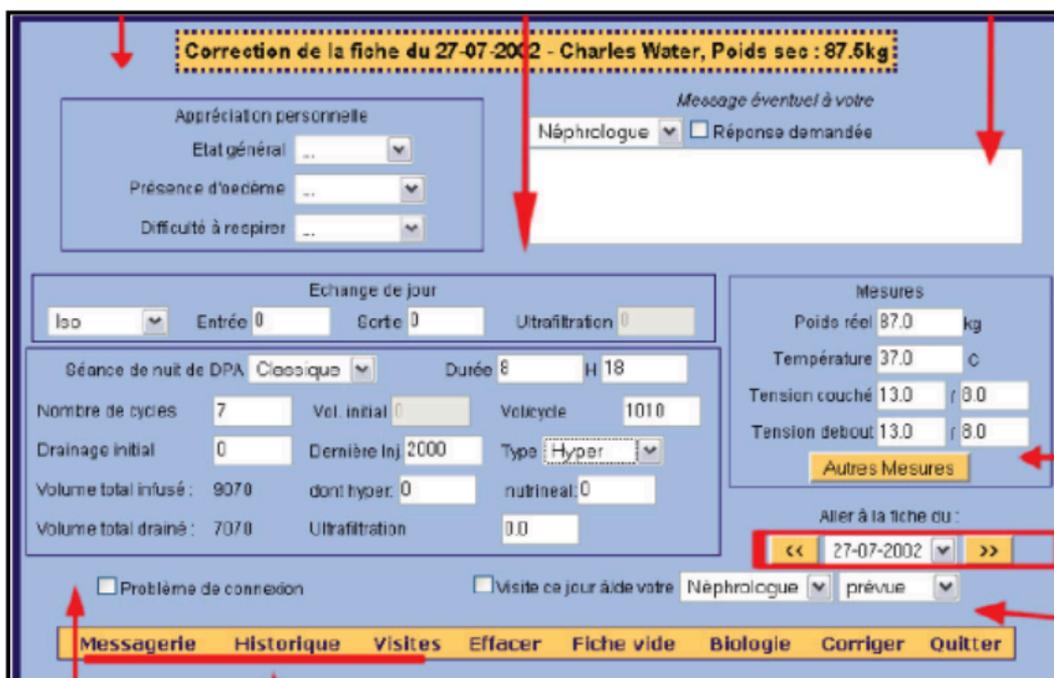
un site internet dédié⁹⁶ (cf. l'interface présentée en Figure 12). Le système transmet les informations et génère automatiquement une analyse de celles-ci (au moyen d'un algorithme). Le rapport d'analyse est ensuite examiné par une infirmière qui remonte les alertes au médecin néphrologue. En cas de besoin, le néphrologue contacte le patient par téléphone et ajuste le traitement.

Figure 11 – Exemple de protocole de télésurveillance



Monographies de l'agence nationale d'appui à la performance (Martin & Rivoiron, 2012, p. 111)

Figure 12 – Exemple d'interface patient pour de la télésurveillance



Monographies de l'agence nationale d'appui à la performance (Martin & Rivoiron, 2012, p. 114)

⁹⁶ Le matériel informatique (ordinateur) et la connexion internet sont pris en charge dans le cadre de ce projet de télésurveillance.

Ainsi, le dispositif associé à ALTIR repose sur une interface et un algorithme dédié. La télésurveillance n'est pas nécessairement toujours aussi complexe. Ainsi dans le cadre de DIABGEST, un dispositif de télésurveillance du diabète gestationnel, la remontée des informations s'opère *via* un fichier Excel (appelé carnet électronique dynamique, Figure 13) que la patiente doit remplir pour y noter ses 4 à 6 glycémies quotidiennes et transmettre par messagerie électronique à un diabétologue qui répond selon les besoins (au moins deux fois par semaine).

Figure 13 – Exemple de tableau de suivi

	Madame DG			Dr Télémedecin								hypoglycémie
	Petit déjeuner			Déjeuner			Diner					
	Avant		Après	Avant		Après	Avant			Après		
	Glycémie	Dose rapide	dose lente	Glycémie	Dose rapide	Glycémie	Glycémie	Dose rapide	dose lente	Glycémie		
jeu 21 janv 10												
ven 22 janv 10	0,87	12		1,24	0,81	6	1,28	0,75	10		1,60	
sam 23 janv 10	0,90	12		1,33	0,77	6	1,15	0,80	10		1,25	
dim 24 janv 10	0,82	14		1,01	0,80	6	1,23	0,78	12		1,30	
lun 25 janv 10	0,89	14		0,78	0,80	6	1,32	0,75	12		1,22	
mar 26 janv 10	0,88	14		1,22	0,73	8	1,16	0,80	14		1,21	
mer 27 janv 10	0,90	14		1,10	0,78	8	0,99	0,81	14		0,95	
jeu 28 janv 10	1,11	14		1,22	0,74	8	1,24	0,80	14		1,04	

Monographies de l'agence nationale d'appui à la performance, p. 144 (Martin & Rivoiron, 2012, p. 144)

La télésurveillance peut également reposer sur un dispositif de mesure et transmission, comme une balance connectée, mais le dispositif est le plus souvent complété par une interface de *reporting* que le patient doit remplir.

4.3.2 Matériaux

Pour analyser dans quelle mesure la télésurveillance se limite ou non au périmètre des soins et de l'assurance maladie, j'ai mobilisé plusieurs types de matériaux :

- Les sources juridiques relatives à la télémedecine, qui en définissent les conditions d'exercice, permettront de délimiter l'espace réglementaire,
- Des protocoles de soins de télésurveillance (issus de monographies réalisées par l'ANAP et la DGOS et d'articles scientifiques relevant de la littérature télémedicale),
- Des travaux issus de la sociologie du travail qui documentent précisément les modifications du travail et de la division du travail induites par la télésurveillance pour documenter l'espace de production.

Pour éclairer les modifications que la télésurveillance induit en termes de régimes de fonctionnement et de relations de protection sociale, l'analyse repose sur une documentation des dispositifs de protection sociale relatifs aux soins d'une part et au *care*

d'autre part. Ces dispositifs ont été documentés à partir de sources juridiques et administratives, en particulier les données associées produites par la DREES.

4.4 Résultats

Trois résultats ressortent. Le premier est une complexification du travail et un accroissement de la présence d'acteurs du *care* (4.4.1.). Le deuxième est que cette présence de *care* n'est pas prise en compte dans la réglementation de la télésurveillance, et dans l'espace productif ainsi défini (4.4.2.). Enfin, le troisième est que cette réarticulation *care*-soins dans le système de santé induit une modification de la forme de la socialisation de la dépense de santé (4.4.3.).

4.4.1 Une complexification du travail et présence accrue du *care*

La télémédecine, en modifiant les lieux de soins, modifie également les conditions de production des soins. Les travaux menés en sociologie permettent d'identifier des évolutions sur trois aspects : la coordination des soins, l'implication du patients et l'implication de tiers aidants.

De façon relativement générique à la télémédecine, les modifications des conditions de productions de soins appellent à besoin accru de coordination au niveau des soins (Esterle, Mathieu-Fritz & Espinoza, 2011), comme l'évoquent les débats autour de l'idée création d'un statut d'infirmier coordinateur de parcours en santé ou de *télémédecin*. Ceci fait écho à la vision architecturale de la télémédecine comme innovation de service. En effet, dans le cadrage des services architecturaux (Djellal & Gallouj, 2007 ; Djellal, Gallouj & Gallouj, 2004 ; Djellal & Gallouj, 2006), le contenu d'une offre de service est appréhendé comme un assemblage de services principaux et de services élémentaires. Le service *élémentaire de base* de l'hôpital y est constitué de la médecine, des soins ; les *services élémentaires périphériques* incluent eux la maintenance, la gestion-administration, le nettoyage, etc. Dans cette optique, une partie de la réalisation des services proposés par l'hôpital peut se trouver localisée en dehors de l'hôpital, en s'appuyant sur des réseaux « *formels ou informels, intégrés ou non, appuyés ou non sur les NTIC* » (Djellal, Gallouj & Gallouj, 2004, p. 242). La télésurveillance puisqu'elle rend possible la réalisation de soins hospitaliers en dehors de l'hôpital *via* l'organisation d'un réseau de soins, constitue ainsi un élément du service proposé par l'hôpital. Cependant, en ajoutant un service supplémentaire dans l'offre hospitalière, la télésurveillance induit une modification de l'organisation des conditions de la coordination des services élémentaires dans le « package » de services de soins hospitalier. Cela explique le besoin de coordination renforcé et un travail accru, travail qui n'est pas clairement assuré par l'hôpital, en laissant donc une partie à la charge du patient.

Comme cela a été mis en évidence avec les exemples précédents, la télésurveillance nécessite une production et une transmission d'informations sur l'état de santé du patient. Oudshoorn (2008 ; 2011), pointe le rôle actif du patient dans la réalisation de son

propre diagnostic. À partir d'un exemple d'un dispositif de télésurveillance cardiaque, destiné à faciliter le diagnostic sur des irrégularités cardiaques complexes, l'auteur montre que le patient réalise deux types de travail, un travail visible et un travail invisible. Le travail visible représente les actions de production d'information telles qu'elles sont explicitées dans la notice du dispositif de télésurveillance. La notice faisant office de marqueur de visibilité du travail. Le travail invisible est absent des discours et des représentations sur les technologies de télésurveillance⁹⁷ ainsi que des notices pour l'usage du matériel de télésurveillance. Il s'agit en particulier, dans le cas étudié, du choix du moment au cours duquel l'information doit être relevée (les informations étant à enregistrer lorsque le patient sent des anomalies dans son rythme cardiaque). Pour pouvoir décider de ce moment, le patient doit réaliser une surveillance de son corps. Il y a dans ce cas un transfert de responsabilités du médecin vers le patient. Il s'agit également de l'apprentissage de la « bonne technique » pour réaliser la mesure, qui est variable d'un patient à l'autre, et pour laquelle la notice est trop évasive. Le travail du patient lors de la production d'information servant au diagnostic n'est pas une nouveauté liée à la télésurveillance. Ainsi, dans le cadre d'une consultation traditionnelle, pour qu'un médecin diagnostique un rhume ou une angine, il est nécessaire que le patient l'informe qu'il a le nez qui coule, une légère fièvre, des maux de gorge ... (Strauss, & al., 1997). Dans la gestion d'une maladie chronique, le travail du patient est bien plus complexe, et comporte également une dimension explicite (visible), par exemple de suppléer une infirmière dans la gestion de sa machine de dialyse lorsque ce type de soins est fréquent, et une dimension implicite (invisible), prise pour acquise par le corps médical. Parmi ce travail implicite se trouvent des tâches de transmission d'informations sur l'état de santé, et d'adapter sa corporelle durant l'examen (ibid.)⁹⁸.

L'enquête sociologique menée par Bili (2012) met en évidence que la télésurveillance et le travail de remontée d'information associé ne concerne pas que le patient mais également son entourage familial. « *Bien que la visée de nos entretiens concernait initialement les patients, nous n'avons pu faire l'impasse sur le point de vue des conjoints* » (p. 343). Pour ces proches, la télésurveillance a un côté rassurant : en cas de problème le médecin est « là ». Elle contribue également à limiter les déplacements (et la gestion de ceux-ci) vers le centre de soins. Nonobstant, de la même manière que le patient voit son implication accrue avec la télésurveillance, Bili met en évidence une délégation de l'usage du dispositif vers le conjoint. L'implication de l'entourage aidant dans les soins n'est pas une nouveauté induite par la télésurveillance, et les conjoints (essentiellement des conjointes dans l'échantillon de Bili) s'impliquent déjà dans les soins (prise de médicaments, gestion des rendez-vous médicaux...). La télésurveillance modifie cette implication et tend à la renforcer. Bili pointe ainsi que « *ce rôle ne semble pas s'atténuer*

⁹⁷ Plus précisément, l'auteur parle de « *telecare technologies* », ces dernières sont plus larges que la télémédecine au sens où elles ne sous-tendent pas nécessairement une prise en charge médicale, toutefois, le cas qu'elle étudie correspond à ce que la législation française nomme de la télésurveillance.

⁹⁸ Sur cet aspect Loute (2019) évoque l'idée d'un transfert de responsabilité du médecin vers le patient.

avec la télémédecine. Nous avons pu saisir une participation active des conjointes dans la prise en charge de l'usage des dispositifs. Certaines saisissent les données sur l'interface Diatélic, d'autres surveillent le boîtier et appellent le centre... Elles ajoutent d'autres tâches à leur vie quotidienne et on s'éloigne petit à petit de l'idée même d'une technologie permettant de « délester » les proches de certaines activités de vigilance. » (2012, p. 344)

La capacité du patient à effectuer le travail de prise d'information est intégrée dans certains protocoles médicaux qui excluent les patients trop dépendants (Eschalière, & al., 2014). Toutefois, la présence des aidants est également prise en compte dans les protocoles médicaux. Certains ne sont possibles que si des aidants sont présents (Antonicelli, & al., 2008) et peuvent appuyer le patient dans l'usage de la technologie le cas échéant. Ainsi, si le patient n'est pas en condition de réaliser les mesures de façon autonome, l'aidant pourra y suppléer. Par ailleurs, la DGOS, organe public en charge du déploiement de la télémédecine, intègre la présence d'acteurs « opérationnels de soutien », c'est à dire d'aidants, dans la production des actes dans les schémas des protocoles de télésurveillance qu'elle propose (Barge, & al., 2012).

Ces éléments montrent une réarticulation du travail entre soins et *care*, avec une participation accrue des acteurs du *care*, ce qui a été plus particulièrement développé dans (Gallois & Raully, 2018, 2019a ; Raully & Gallois, 2014b).

4.4.2 Une réglementation centrée sur le soin et silencieuse sur le care

La réglementation de la télésurveillance cherche à définir les normes et conditions de production de cette activité. Cette réglementation est centrée sur le soin et les acteurs du soin. Ainsi, le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine définit les actes sous le seul angle du soin. D'après ce décret, la télésurveillance a « pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé » (Art. R 6316-1 du Code de la santé publique).

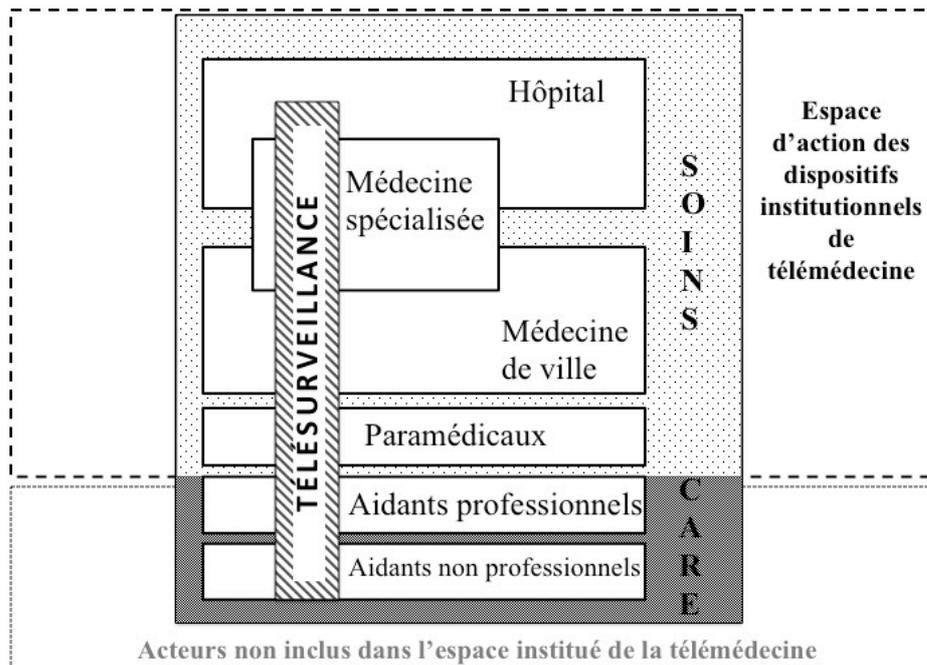
Du point de vue de la réglementation, la configuration de production de la télésurveillance implique seulement le patient qui devient actif en tant que support de soins, un professionnel médical (médecin, sage-femme ou chirurgien)⁹⁹, qui n'est pas physiquement présent au domicile, et éventuellement un professionnel de santé. Les professionnels de santé incluent les professionnels médicaux, mais également les infirmiers, ambulanciers, aides-soignants ... L'inclusion d'une profession en tant que profession de santé est liée à un financement des prises en charge assurées par le professionnel, en tout ou en partie, par l'assurance maladie obligatoire. Les professionnels de santé relèvent donc du seul domaine du soins et n'intègrent pas les professionnels de la prise en charge de la dépendance (plus largement les professions du social). À l'exception du patient, ils n'intègrent pas non-plus les non-professionnels (c'est-

⁹⁹ D'un point de vue légal, seuls les médecins, les chirurgiens et les sage-femmes peuvent bénéficier du statut de professionnel médical (Art L 4111-1 du Code de la Santé publique).

à-dire les personnes dont ce n'est pas l'activité professionnelle) intervenant dans la prise en charge.

L'espace ainsi défini est ainsi strictement inclus dans l'espace du soin et de l'assurance maladie obligatoire (Figure 14).

Figure 14 - La télésurveillance relie care et soins



Réalisé par nos soins

Toutefois, la section précédente a mis en évidence que la production de télésurveillance implique également des acteurs du *care*. Ces acteurs, dont la participation peut être rendue nécessaire par l'état de santé du patient, développent une aide à la réalisation d'un geste médical mais leur participation n'est pas prise en compte dans la manière dont la télésurveillance est réglementairement définie. Leur implication est ainsi mise en invisibilité. Et comme il s'agit d'actes relevant également de l'aide à la vie quotidienne, je considère qu'ils relèvent du *care* et de l'espace du *care* tel que je l'ai défini.

La télésurveillance participe ainsi d'une réarticulation entre soins et *care* dans le système de santé (Gallois & Raully, 2018). De ce fait, l'hypothèse de la maîtrise de la dépense publique par une substitution capital-travail au sein de l'espace du soin est à nuancer, il s'agit également d'une substitution soins-care.

4.4.3 Une modification de la forme de socialisation de la couverture santé

En favorisant la prise en charge médicale à domicile, en lieu et place de l'hôpital, la télésurveillance contribue à une redéfinition du rôle du système de *care* dans la production de soins, en particulier celui joué par les familles, principaux acteurs de *care*. Il ressort ici que les familles se voient impliquées dans le système de santé non seulement

par la réalisation d'un travail d'aide aux gestes de la vie quotidienne, c'est-à-dire de *care*, mais aussi en contribuant à la réalisation des soins, leur présence étant nécessaires à ceux-ci. La mobilisation des familles concerne ainsi les soins et le *care*.

Dans cette perspective, la maîtrise de la dépense publique dans le système de santé repose sur une implication croissante des familles, sans y associer de transferts monétaires ou de droits sociaux. La technologie qu'est la télésurveillance ne contribue ainsi pas à l'efficacité du système de santé par une simple substitution capital/travail.

Par ailleurs, cette reconfiguration du système de santé repose sur une présence renforcée d'entreprises capitalistiques, dont l'activité est financée par la puissance publique en tout ou partie (fabricants de solutions matérielles ou logicielles de télésurveillance, que la solution soit directement destinée à de la télésurveillance ou bien qu'il s'agisse d'un outil plus générique comme Excel dans le cas de Diabgest). Je n'ai pas analysé directement ce nouveau marché ni sa configuration. Toutefois, dans la mesure où l'outil technologique est nécessaire, il apparaît que la maîtrise de la dépense publique de santé s'associe à un renforcement des acteurs marchands dans ce domaine.

Dans la mesure où l'introduction de capital que représente la télésurveillance nécessite la mobilisation d'une autre forme de travail que celui du médecin, à savoir le travail du patient et/ou de ses aidants, qui est associée à une moindre socialisation de la réponse au risque, l'efficacité du système de santé repose sur un renforcement des complémentarités entre l'espace du soin et l'espace du *care*, dans lequel les familles constituent le principal producteur. J'ai montré dans la section 3, en me focalisant sur l'aide aux personnes âgées, que cette reconfiguration s'accompagne d'une modification du rapport de protection sociale associée à une moindre socialisation des dépenses de santé. L'analyse de la télésurveillance vient renforcer ce résultat : elle contribue à limiter la couverture par l'assurance maladie, cette fois-ci pour des éléments de prises en charge relevant de soins, mais qui viennent se combiner à l'aide. Quant aux possibilités de couverture socialisée de l'aide, elles dépendent de l'âge du patient ainsi que de son niveau d'incapacité (APA pour les personnes âgées ou dispositifs handicap), et restent associées à une logique d'aide sociale, où le besoin doit être validé par le financeur. Elles sont en outre limitées par un principe de plafonnement des aides (cf. partie 3).

4.5 Mise en perspective de l'analyse de la régulation de la télésurveillance

L'analyse de la télésurveillance corrobore l'évolution des articulations entre soins et *care* préalablement identifiés sur les services d'aide à domicile. Le resserrage des activités du sanitaire (les seuls soins, réduits pour le cas de la télésurveillance à l'acte intellectuel de diagnostic) génère un transfert du soin vers le *care* pour une partie des éléments de la prise en charge. Ce transfert contribue au développement d'activités marchandes nouvelles (développement des services à la personne dans le cas de l'aide à domicile ou développement de solution logicielle et/ou matérielle pour la télésurveillance). Le transfert se traduit aussi, et de façon cette fois invisible, par une implication accrue des familles, que ce soit directement dans les opérations de production ou bien pour la coordination de celle-ci.

Ce travail sur les mécanismes de régulation associés au développement de la télésurveillance prolonge et conforte celui sur l'aide à domicile. Il contribue à nourrir les approches régulationnistes en mettant en évidence des mécanismes de régulation impliquant la sphère domestique à part entière, implications qui restent peu ou pas visible au niveau macroéconomique global. Les éléments de régulations et mécanismes ainsi mis en évidence sont peu perceptibles à l'échelle des systèmes de santé compte tenu du fait que l'appareil statistique permettant de documenter ces systèmes se focalise sur le soin, les activités de *care* étant peu et mal décrites et mesurées.

Les économistes de la santé, dont l'analyse est focalisée sur les soins et leur financement, ont montré que le resserrement de la dépense publique de santé a conduit au développement des assurances maladies complémentaires (Abecassis, & al., 2017 ; Abecassis, Coutinet & Domin, 2018 ; Domin & Gallois, 2015) et ont montré qu'une des conséquences de ce mécanisme était l'accroissement des inégalités en termes d'accès à la santé (et de fait des inégalités de santé). Prendre en compte le *care* comme partie intégrante du système de santé permet d'identifier des mécanismes qui ne sont pas visibles lorsque l'analyse est centrée sur le système de soins.

La contraction du système de soins et des prises en charge par la dépense publique de soins induit un déversement vers le système de *care* et d'autres types de droits sociaux, associés à une moindre socialisation de la dépense. Ce transfert participe à une mise en invisibilité et une non-rémunération du travail de *care* lorsqu'il se fait dans la sphère domestique. Cette combinaison contribue à contenir la dépense de santé, et ainsi, à ne pas accroître les cotisations sociales et/ou la fiscalité. La mise en évidence de ce mécanisme trouve écho dans les travaux féministes qui indiquent que le travail des femmes (dans l'ordre domestique ou en reproduisant les inégalités de genre au regard des rémunération dans l'ordre économique) vient contrebalancer la baisse des dépenses publiques (Piovani & Aydiner-Avsar, 2015). Dans le domaine de la santé, il n'y a pas de baisse des dépenses en valeur absolue mais une réduction de celles-ci par rapport aux besoins. Si la dépense publique ne vient pas répondre à ce besoin, les inégalités de revenu et la manière dont elles sont associées à l'accès aux soins et la santé ont d'autres effets, qui concernent non seulement le patient/la personne dépendante, mais aussi sa famille. Le principe de responsabilité conjointe pour les besoins de *care* (Davis & McMaster, 2017) fait que le coût de cette aide peut peser sur les aidants et introduire des inégalités spécifiquement associées à cette prise en charge (contraintes sur les déplacements et loisirs, surtout lorsqu'ils impliquent un éloignement de la personne aidée, contraintes pour l'accès à l'emploi, etc.).

5 Politique de télémédecine et régulation : une comparaison internationale

Les enseignements de la section précédente sont géographiquement et institutionnellement situés au cas français. Or les travaux en approches RST ont montré que les dimensions sectorielles de la régulation sont souvent reliées à des dimensions territoriales. Cette section se focalise sur la dimension territoriale, qui est analysée dans une perspective de comparaison internationale.

L'objectif de la comparaison est d'apporter des éléments d'explication au développement très inégal de la télémédecine d'un pays à l'autre alors que ces pays ont des niveaux de dépenses de santé comparables. En effet, la télémédecine est une pratique assez courante dans les pays du Nord de l'Europe, mais elle reste confidentielle en France à l'époque où ce travail est réalisé (2015-18), alors que le pays a mis en place une politique dédiée au développement de la télémédecine depuis 2009. La comparaison vise ainsi à proposer des éléments d'explications à la situation française¹⁰⁰.

L'intervention publique porte sur l'ensemble de la télémédecine, entendue comme une forme de production de soins médicaux à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication. Par conséquent, l'analyse ici développée intègre non seulement la télésurveillance, mais aussi les téléconsultations, la téléexpertise (lorsqu'un professionnel de santé fait appel par le biais de TIC à un confrère pour qu'il l'appui dans l'établissement d'un diagnostic), etc.

Ce travail sur la comparaison internationale de la télémédecine a été mené avec Raully et a donné lieu à un ensemble de publications conjointes (Gallois & Raully, 2015, 2016a, b, 2017a, b, 2018, 2019b). Le pronom *je* sera utilisé pour rendre compte de la relecture proposée ici de ces travaux, le pronom *nous* sera mobilisé pour rendre compte de la dimension collective de ce travail et de ses enseignements. Après avoir rappelé le contexte et les enjeux associés, je présenterai la question de recherche et l'hypothèse afférente (5.1). Je présenterai ensuite la démarche méthodologique adoptée (5.2) et les principaux résultats (5.3) qui seront ensuite mis en perspective (5.4).

5.1 Enjeux, question de recherche et hypothèse

Au niveau international, l'OMS voit dans le développement de la télémédecine une manière de réduire la mortalité infantile et de contribuer à la performance des systèmes de santé des pays où l'espérance de vie reste peu élevée (WHO, 2015). De façon plus générale, la télémédecine, forme de production des soins, est perçue comme un outil améliorant l'efficacité et la performance des systèmes de santé. Son développement est fortement encouragé et les instances internationales support de la télémédecine prônent des modalités dont les grandes lignes sont similaires pour tous les pays en vue de la diffusion de la technologie et de la pratique de la médecine à distance ainsi que pour ce qui est de configuration institutionnelle liée à la télémédecine. Pour la Commission

¹⁰⁰ La thèse de Raully (2016) questionne cet échec de la politique française au regard des motivations des médecins. Elle met en évidence que l'échec de la politique ne semble pas tenir à un manque de motivation des médecins.

européenne, le développement de la télémédecine contribue également au développement de l'économie dans l'Union européenne (Commission des communautés européennes, 2008). Dans cet objectif, elle en soutient le développement notamment à travers des programmes d'actions (en particulier le programme d'action de l'union européenne en matière de santé). Cette stratégie est un des fondements des politiques publiques nationales d'aide au développement de la télémédecine (Commission Européenne, 2012)¹⁰¹.

La santé n'étant pas une compétence centrale de l'Union européenne, les pays membres ont un rôle très important dans la déclinaison locale (nationale, régionale) des recommandations et les politiques de soutien mises en œuvre. De fait, tant dans l'organisation institutionnelle que dans l'organisation de la télémédecine, des trajectoires variées de développement coexistent. La variété des configurations institutionnelles est associée à des niveaux de développement différents. La Commission européenne pointe que la pratique est courante dans certains pays pionniers comme le Danemark et le Royaume-Uni alors que dans d'autres pays, comme la France, la télémédecine peine à se développer (European Commission, 2012, 2014). L'organisation institutionnelle et le niveau de développement de la télémédecine peuvent ainsi être reliés. Notre travail sur la comparaison internationale de la télémédecine propose une interprétation de ces différents niveaux de diffusion de la pratique afin d'expliquer le faible développement de ces pratiques en France au regard des configurations institutionnelles.

La section précédente montre que la télémédecine et les dispositifs institutionnels qui lui sont dédiés s'insèrent dans des systèmes de santé déjà existants. Plusieurs travaux proposant des comparaisons internationales mettent en évidence que la cohérence des configurations institutionnelles est un élément majeur de la performance d'un système (Amable, 2005, 2016 ; Joumard, Christophe André & Nicq, 2010). Est-ce que les exigences de l'outil et les dispositifs qui lui sont spécifiques sont compatibles avec l'organisation institutionnelle du système de santé.

¹⁰¹ Le point de départ de ces initiatives date de 2004 et s'intitule « Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne ». Le document propose une feuille de route commune aux pays membres pour qu'ils suivent une trajectoire cohérente de développement de la télémédecine afin de construire un marché concurrentiel européen de production de soins à distance (European Commission, 2014). Cette feuille de route commune à la diffusion de la technologie, dont la construction est détaillée dans Gallois & Raulo (2019b), repose également sur des dispositifs institutionnels que la Commission souhaite voir converger en vue de la structuration du marché unique, en particulier sur les questions de soins transfrontaliers (libre circulation des citoyens), d'interopérabilité des systèmes d'échanges de données et de sécurisation des données.

L'action de l'Union est essentiellement structurée autour de groupes de travail et programmes de financements, seule la question des soins transfrontaliers a donné lieu à une directive européenne (Directive 2011/24/UEE du Parlement Européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers).

5.2 Méthode et données mobilisées

Tester cette hypothèse suppose de caractériser les trajectoires nationales de développement de la télémédecine et de les mettre en perspectives avec les configurations institutionnelles associées des systèmes de santé et des systèmes de télémédecine.

La comparaison nécessite ainsi un ensemble de données pour rendre compte des dispositifs et des configurations institutionnelles de systèmes de santé (5.2.1). Elle nécessite également des données permettant de caractériser les dispositifs liés à la télémédecine et le niveau de développement de la télémédecine pour le territoire étudié. La construction de ces données a été réalisée par le biais de plusieurs méthodes d'investigations dont les enseignements ont permis d'établir une méthodologie de recueil et construction de données permettant la comparaison internationale (5.2.2).

5.2.1 Données pour la comparaison des systèmes de santé

Un travail de l'OCDE (Joumard, Christophe André & Nicq, 2010) compare l'efficacité de différentes configurations institutionnelles des systèmes de santé. Il repose sur enquête auprès de ses pays membres. L'analyse se concentre sur la partie du système de santé que j'appelle système de soins mais intègre également du *care*. Le découpage institutionnel entre *care* et soins varie toutefois selon les configurations institutionnelles des différents pays, en conséquence je parlerai de système de santé. Les systèmes sont ensuite classés. Cette classification repose sur une dimension principale : l'organisation du système y est réglée soit par le marché, soit de façon hiérarchique à travers une organisation largement publique. L'analyse intègre également les modalités assurantielles de couverture des frais de santé, ainsi que la liberté de choix du patient et la force des pratiques de *gatekeeping*¹⁰². Pour rendre compte de l'efficacité d'un système de soins, l'OCDE met en perspective les différentes configurations institutionnelles des systèmes avec leurs capacités respectives à produire de la bonne santé, principalement évaluée par l'espérance de vie. Il apparaît que les pays les plus performants ne relèvent pas des mêmes configurations institutionnelles. Dans chaque groupe de configuration se trouvent des pays « efficaces » et des pays qui le sont moins. Il n'existe donc pas un modèle organisationnel unique de performance. *A contrario*, un nombre important de facteurs externes explique les résultats de chaque pays.

Au-delà de ce résultat, la comparaison proposée par l'OCDE et les données de l'enquête associée offrent un ensemble de données institutionnelles permettant de caractériser les systèmes de santé, en particulier sous l'angle des systèmes de soins. En revanche, elles n'apportent aucun élément sur la télémédecine.

¹⁰² Le *gatekeeping* réfère au travail de filtre (ou de portier) effectué entre les soins primaires et soins de spécialiste. Le dispositif de médecin traitant en France en est une forme assez légère puisque l'accès reste permis mais les modalités de remboursement des soins diffèrent (et peuvent être prises en charge par certaines assurances maladie complémentaires).

5.2.2 Un processus itératif pour caractériser l'organisation institutionnelle et le développement de la télémédecine

Nous avons exploré différents protocoles de recherche de données jusqu'à trouver une méthodologie satisfaisante en vue d'une comparaison internationale de la télémédecine (cf. Tableau 8). Ces protocoles ont en commun de reposer sur des revues de littérature, inspirée des méthodes de revues systématiques menées dans le champ médical. La démarche que nous avons adoptée s'en distingue cependant dans la mesure où la sélection des articles retenus pour l'analyse s'opère principalement au regard des informations contenues dans l'article ; en particulier, traite-t-il de télémédecine ? si oui, l'analyse contient-elle des éléments qui ne soient pas strictement médicaux et/ou technologiques et qui pourraient venir nourrir une caractérisation des usages de la télémédecine et de l'organisation institutionnelle de la télémédecine ?

Tableau 8 – Sources de données explorées et matériaux dégagés de ces pistes

Méthode d'investigation	Principaux matériaux identifiés	Éléments de valorisation/publications liée
Base 1 - Revue systématique de la littérature économique portant sur la télémédecine	Une littérature (très) pauvre, centrée sur la mise en évidence de succès stories à visée normative Recension de méthodologies standardisées d'évaluation de la performance de projets de télémédecine Absence de convention de définition de la télémédecine	Gallois & Raully (2015, 2016a)
Analyse d'une enquête menée par l'OMS	Apports et limites de l'enquête OMS pour notre objectif	
Base 2 - Revue systématique de la littérature télémédicale	Validation de la littérature télémédicale comme source Identification de pays moteurs, ayant une pratique développée de la télémédecine Mise en évidence d'écarts entre les résultats de l'enquête OMS, remplie par des experts, et les praticiens de la télémédecine concernant les freins au développement de la télémédecine Relativisation forte de la conception de la performance à travers la seule efficience	Gallois & Raully (2016c)
Base 3 - Revue systématique de la littérature télémédicale complétée de littérature institutionnelle	Importance pour le développement de la télémédecine de l'adéquation avec le système de santé, la politique publique de santé et la forme d'organisation des soins	Gallois & Raully (2017b) ; (Gallois & Raully, 2019b)

Plusieurs sources de données ont été investiguées. La première est celle de la littérature économique (pour la méthodologie, cf. Gallois & Raully, 2015). Cette littérature émergente reste focalisée sur des cas, principalement des analyses coûts-bénéfices, ou repose sur des *success stories*, ce qui ne permet pas de caractériser les systèmes de télémédecine.

En parallèle, nous avons identifié une base de données internationales comprenant des éléments sur la télémédecine issue de l'OMS (Encadré 6). Il s'agit d'une enquête réalisée

en 2009¹⁰³ dans le cadre de l'Observatoire de la *e-health*¹⁰⁴, un domaine plus large que la télémédecine (OMS, 2010a).

Encadré 6 – Informations de la base de données de l'OMS sur la *e-Health*

Orienté sur les dispositifs, le questionnaire, soumis à un groupe d'experts de chacun des pays, vise le recueil d'informations relatives à la fois aux pratiques en termes de *e-health* et à l'environnement de ces pratiques. Elle interroge notamment les cadres juridique et éthique de la *e-health* ainsi que les actions mises en œuvre par la puissance publique dans les différents pays. L'évaluation des pratiques de télémédecine est réalisée dans une approche qualitative. En effet, il est demandé aux experts d'indiquer si des actes courants de télémédecine (téléradiologie, télédermatologie, etc.) sont offerts dans leur pays et dans quel cadre (pratique informelle, projets pilotes ou bien services établis, fonctionnant en routine). Enfin, la base rend compte de freins à la pratique de la télémédecine. Des freins institutionnels sont documentés : l'absence de politique de télémédecine, l'absence de cadre juridique organisant la pratique et la culture organisationnelle constituent des freins institutionnels. La base documente également d'autres freins comme l'insuffisance des infrastructures numériques et internet.

Les dimensions liées aux régimes économiques de fonctionnement et aux dynamiques de la télémédecine sont plus difficiles à caractériser. En particulier, la caractérisation du recours à la télémédecine reste très ténue.

Cette base de l'OMS permet de recenser l'existence de télémédecine au sein des pays, mais l'information reste binaire. En effet, il est possible de dire si la télémédecine existe ou non, mais pas de préciser si elle est développée ou bien si elle reste confidentielle.

Afin de compléter ces premières données, nous avons analysé la littérature télé médicale portant sur des pays de l'OCDE (pour la méthodologie, cf. Gallois & Raully, 2016c). En effet, même si la télémédecine est inégalement développée selon les pays, quatre grandes revues structurent une communauté de recherche pluridisciplinaire sur la télémédecine et plus largement la *e-Health*, ce qui traduit une certaine forme d'institutionnalisation de la télémédecine. Ces quatre grandes revues de télémédecine sont : *European Journal of Telemedicine* (La Recherche Européenne en Télémédecine) ; *International Journal of Telemedicine and Applications* ; *Journal of Telemedicine and Telecare* et *Telemedicine and eHealth*. Les principales informations liées sont présentées dans l'Encadré 7.

¹⁰³ L'OMS a réalisé une autre enquête en 2013. Elle se focalise sur les problématiques liées à la prise en charge des enfants et des mères mais n'apporte pas de complément d'information dans la mesure où les pays de l'OCDE n'ont pas répondu à l'enquête. Une dernière enquête a été publiée en 2016 mais ne couvre que peu de pays de l'OCDE.

¹⁰⁴ La *e-Health* intègre la télémédecine mais également la formation médicale dématérialisée, les applications de rappel de rendez-vous médicaux, les sites internet d'information médicale (comme Doctissimo)...

Encadré 7 - La littérature télé-médicale

À travers l'examen de la littérature télé-médicale, nous avons cherché à construire une base de données complémentaire à celle de l'OMS. Aux côtés des variables supposées être des freins à la pratique identifiées par l'OMS, nous avons pris en compte des variables de territorialisation, de niveau d'activité, et de mesure de la performance. Les articles qui traitent spécifiquement de pays de l'OCDE ont ensuite été analysés à l'aide de cette grille, chacun des articles étant renseigné au regard des informations qu'il comporte. Des écarts entre les résultats de l'OMS et ceux de notre base ont alors été mis en évidence. Il apparaît ainsi que les freins à la pratique de la télé-médecine diffèrent pour un même pays en fonction de l'acteur qui identifie ces freins : des experts dans la base OMS, la sphère académique de la télé-médecine dans notre base. Par exemple, certains freins, liés aux infrastructures et à l'expertise technique, qui semblent levés pour les experts tendent alors à persister dans la sphère des praticiens de la télé-médecine. *A contrario*, l'efficacité supposée de la télé-médecine semble une question largement mise de côté par les acteurs de la télé-médecine, qui semblent développer une version plus large de ce que peut être la performance pour un système de santé. Il est alors nécessaire de rendre compte dans l'analyse des différentes dimensions de la performance en santé. De ce fait, la grille d'analyse a été étoffée pour prendre en compte les différentes dimensions de la performance identifiées par Arah, & al. (2006). Ces derniers, en se basant sur une revue de la littérature visant à mesurer la performance des systèmes de santé, identifient huit critères de performance attribuables au système de santé : l'accessibilité (en termes de distance et de file d'attente), l'acceptabilité, la continuité des soins, l'amélioration des soins, la réduction des coûts, l'efficacité, l'équité, la sécurité. Dans notre codage, efficacité est mobilisé lorsque l'article y réfère explicitement.

À partir des enseignements tirés de l'analyse de ces deux ensembles de données, une troisième méthode, de construction d'une base de données permettant la réalisation de monographies mobilisant tout à la fois la littérature télé-médicale et la littérature institutionnelle de chacun des pays, a finalement été adoptée pour réaliser la comparaison.

L'objectif de construction de cette troisième base était de caractériser les systèmes de santé et télé-médecine, ainsi que l'articulation entre les politiques publiques de santé, de télé-médecine et les pratiques dans trois pays que sont le Danemark, la France et le Royaume-Uni (Encadré 8).

Ces pays sont choisis sur la base des critères suivants. En premier lieu, la présence des pays dans la base de l'OCDE sur les caractéristiques de systèmes de santé (ce critère exclu les États-Unis qui n'ont pas répondu à l'enquête de l'OCDE). En deuxième lieu, l'accessibilité de la littérature administrative sur la télé-médecine. En troisième lieu, le périmètre devait comprendre des pays moteurs et des pays où la pratique peine à se développer. Pour ces derniers, la Commission européenne considère comme moteur le Danemark et le Royaume-Uni (European Commission, 2012). Nous avons choisi de faire porter notre comparaison sur ces deux pays auxquels s'ajoute la France, où la pratique peine fortement à se développer au moment de notre recueil de données (fin 2016).

Encadré 8 - Base de données constituée pour le Danemark, la France et le Royaume-Uni

Pour construire base de données et monographies, nous procédons à nouveau à une revue systématique de la littérature télé-médicale¹⁰⁵.

Le ciblage des revues de télé-médecine vise à recueillir le point de vue des parties prenantes, acteurs de la télé-médecine et la façon dont ils se positionnent par rapport aux politiques publiques en œuvre dans leurs pays respectifs ainsi que des éléments de qualification des systèmes de santé et de télé-médecine. L'analyse est limitée à une période de 5 ans (2011-16). Cette méthodologie induit néanmoins un biais possible dans la mesure où les recherches en télé-médecine qui sont publiées rendent compte d'une innovation, d'une nouveauté ou discutent d'un apport, la méthodologie rend donc difficilement compte des pratiques de routine en télé-médecine. Ces pratiques routinières sont cependant identifiées à partir de la littérature institutionnelle des différents pays. En effet, la bibliographie des articles permet d'isoler pour chacun des pays les éléments fondateurs de la littérature institutionnelle du territoire.

Tableau 9 - Synthèse du recueil bibliographique

	Danemark	France	Royaume-Uni	dont Écosse	TOTAL
Nb. Réf. recueillies	62	381	492	134	935
dont hors doublons, articles sans résumés, ...	50	365	401		831
Cas retenus à partir de l'examen du résumé	6	34	22	7	62

935 articles ont été collectés (cf. Tableau 9). 104 ont été exclus, car ils ne comportent pas de résumé et/ou consistent en un édito ou une présentation de poster. Les cas retenus par pays ont été sélectionnés à partir de l'examen du résumé selon trois grands types de critères d'exclusion. (i) Les articles ayant une problématique strictement médicale ou technologique ont été exclus. (ii) De même les articles traitant explicitement d'un territoire ne relevant pas du pays considéré ont été exclus. (iii) Enfin, les articles traitant de *eHealth* et non spécifiquement de télé-médecine (au sens de l'OMS) ont été exclus¹⁰⁶.

La base présente une surreprésentation de la France qui tient au fait que la Revue Recherche Européenne en Télé-médecine est portée par des acteurs français de la télé-médecine et était, lors de sa création en 2012, publiée seulement en Français. Ce biais n'est cependant pas problématique dans une perspective qualitative de caractérisation des pratiques.

¹⁰⁵ Les quatre principales revues de télé-médecine ont ainsi été investiguées : *European Journal of telemedicine* (La Recherche Européenne en Télé-médecine) ; *International Journal of Telemedicine and Applications* ; *Journal of Telemedicine and Telecare* et *Telemedicine and eHealth*. Le recueil a été réalisé le 16 décembre 2016. La base Scopus, où sont référencées toutes ces revues, a été interrogée pour la période 2011-2016 avec les quêtes suivantes :

1 "Nom de la revue" AND "Pays"

Un traitement spécifique est appliqué au Royaume-Uni avec les requêtes suivantes

1 - "Nom de la revue" AND "United Kingdom"

2 - "Nom de la revue" AND "England"

3 - "Nom de la revue" AND "Scotland"

4 - "Nom de la revue" AND "Wales"

5 - "Nom de la revue" AND "Northern Ireland"

Pour être exhaustifs, une quête spécifique "Nom de la revue" AND "Ireland" est manuellement comparée avec "Northern Ireland".

¹⁰⁶ La méthode d'inclusion ou exclusion d'article est plus amplement précisée dans (Gallois & Raully, 2017a, 2019b)

L'analyse des articles a été effectuée en deux temps. Dans un premier temps, l'examen de leurs références bibliographiques permet d'identifier la littérature institutionnelle. Celle-ci est ensuite recueillie et examinée afin de documenter les dispositifs et le rapport à la performance. Dans un second temps, les informations des articles (des études de cas en général) sont codées manuellement de façon à disposer des éléments nécessaires à l'analyse. La grille de codage est en Annexe 3.

L'analyse et le codage des articles documente le territoire sur lequel est développée la télémédecine (rural/urbain/insulaire...), ainsi que le niveau d'échelon territorial dont il s'agit. Ce niveau territorial est ensuite mis en perspective avec la présence ou non d'une politique publique dédiée à la télémédecine et visant cet échelon. Des critères liés au financement de la télémédecine sont également renseignés. Ces critères, de même que ceux destinés à rendre compte de l'organisation de l'activité télémédicale visent à rendre compte de la façon dont la télémédecine s'insère dans le système de santé. Enfin, les articles sont codés afin de documenter les formes de la performance auxquelles l'article réfère, ceci afin notamment de distinguer si l'accent est mis sur l'efficacité ou sur une autre dimension que la télémédecine pourrait contribuer à améliorer (accès aux soins, liste d'attente, ...).

Dans la mesure où la télémédecine s'insère dans le système de santé, l'analyse se doit d'être réalisée à une même échelle territoriale que celle du système de santé. Or, le Royaume-Uni a plusieurs systèmes de santé aux caractéristiques très proches, qui couvrent les quatre nations constitutives de ce pays : l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord. Il existe ainsi trois *National Health Service* (NHS), le premier concerne l'Angleterre et le Pays de Galles, le deuxième l'Irlande du Nord et le dernier l'Écosse. Les NHS du Royaume-Uni ont une certaine uniformité dans leurs modalités de financement et d'organisation, et sont de fait le plus souvent regroupés en un seul système de santé, qui serait commun aux quatre nations du pays, dans les comparaisons (Journard, Christophe André & Nicq, 2010). Toutefois, la séparation du pays en quatre nations constitutives et trois NHS propres indique que l'échelle pertinente d'analyse des politiques dans la santé et la télémédecine n'est pas celle du pays, mais celle du NHS. En effet les textes institutionnels mobilisés dans la littérature télémédicale diffèrent selon le NHS de rattachement. La littérature télémédicale sur l'Écosse nous a semblé exemplaire des initiatives de télémédecine développées au Royaume-Uni. C'est par ailleurs le territoire le plus représenté dans la base (33 % des articles). Nous avons donc choisi de nous concentrer sur l'Écosse comme territoire d'analyse de la télémédecine au Royaume-Uni. La monographie est ainsi réalisée sur l'Écosse. Nonobstant, l'analyse de la base de données permet de remettre l'Écosse en perspective par rapport au reste du Royaume-Uni.

5.3 Résultats

Pour analyser le niveau de développement de la télémédecine dans différents pays européens, nous avons caractérisé les systèmes de santé et de télémédecine, dans les trois nations considérées (5.3.1.). Ces éléments permettent d'identifier les principales caractéristiques de la configuration institutionnelle de la télémédecine dans les trois nations, et ainsi d'en discuter l'articulation avec les systèmes de santé (5.3.2.). Avec cela, il est possible de proposer une interprétation des différences de niveau de développement de la télémédecine (5.3.3.).

5.3.1 Organisation des systèmes de santé et de télémédecine au Danemark, en Écosse et en France

Cette section présente les principales caractéristiques des systèmes de santé et de télémédecine au Danemark, en Écosse et en France.

Organisation des systèmes de santé

Le système de santé danois est dominé par le secteur public, tant dans la fourniture des soins que dans les modalités de financement, ce qui est également le cas pour la télémédecine (Olejaz, Annegrete & Rudkjøbing, 2012). Le système de santé est organisé en trois niveaux politiques et administratifs, ce qui reflète une forte décentralisation de la mise en œuvre des politiques. À l'échelle nationale, le ministère de la Santé initie et coordonne les politiques de santé. Les principaux services du système de santé s'organisent au niveau des régions, dont les responsabilités incluent tous les services hospitaliers et une partie des soins primaires (Krag, Hansen & Nielsen, 2012). Le troisième échelon de l'organisation du système de santé est la municipalité. Les communes sont responsables des soins à domicile, des établissements d'accueil pour personnes âgées avec structures de soins, des soins de santé publique et de la prévention. Elles jouent ainsi un rôle important dans l'organisation des prises en charge intégrant une forte dimension de *care* à leur échelon.

La décentralisation du système de santé danois et les principales réformes de l'action publique s'apprécient à cette échelle. Les communes financent environ 20 % des dépenses de soins régionales (*Ibid.*). Cette contribution finance en grande partie l'utilisation des hôpitaux régionaux par les citoyens des communes. L'objectif des réformes de ce système de santé est donc d'inciter les communes à mettre en œuvre des actions afin de réduire le nombre d'hospitalisations en vue de réduire les coûts du secteur hospitalier¹⁰⁷.

Tout comme le système de santé du Danemark, celui de l'Écosse est quasi-exclusivement public. Le système de santé écossais, le *National Health Service Scotland* (NHSS) est organisé en 14 commissions (*Boards*) régionales, auxquelles s'ajoutent 7 commissions

¹⁰⁷ Cela pose cependant la question de l'articulation *care*-soins, en particulier si des prises en charge sont réalisées au domicile au lieu de l'hôpital. Cet aspect n'a pas été approfondi dans le cadre de cette analyse qui est focalisée sur la comparaison des systèmes de télémédecine et des dispositifs afférents.

spéciales, dédiées à la gestion d'une mission de santé à l'échelle nationale. À titre d'exemple, l'une d'entre elles développe un centre d'appel proposant des conseils sur la santé et orientant les patients vers le type de prise en charge appropriée. C'est principalement à l'échelle régionale que s'organisent les services de santé. Les objectifs régionaux, qui se traduisent dans des *Local delivery plan*, sont établis par les NHS régionaux sur la base de recommandations nationales, et doivent être validés par le Parlement Ecossais (Connaghan, 2016). De fait, si les grandes orientations sont prises à l'échelon national, la gestion est locale.

Contrairement aux deux systèmes précédents, celui de la France est caractérisé par la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé (38 % des lits) et l'importance de l'exercice libéral (DGOS, 2011). Par opposition aux deux autres pays, la production de soins ne se fait pas au sein d'une même organisation publique de santé, au contraire, les problématiques de coordination ville-hôpital et public-privé sont marquées. Il existe en France deux grandes échelles territoriales pour la santé qui sont les mêmes que celle de la télémédecine. La première est l'échelle nationale, où sont élaborées les politiques publiques de santé et la stratégie nationale. La seconde échelle est celle du niveau régional. Les Agences régionales de santé (ARS), des agences déconcentrées de la puissance publique, doivent mettre en place un programme régional de santé en cohérence avec les politiques nationales de santé (DGOS, 2012). La mise en œuvre à l'échelle de la région s'exerce par le biais de contrats.

Organisation de la télémédecine : une inégale intégration territoriale¹⁰⁸

Au Danemark l'introduction de la télémédecine n'a pas nécessité de modifier l'organisation des soins qui est historiquement pratiquée en réseaux, c'est-à-dire que les différents types de professionnels de santé se coordonnent (de façon non marchande) en vue de la production de soins. En outre, les généralistes consacrent quotidiennement un temps de téléconsultation (consultation à distance) pour les patients des territoires isolés. La télémédecine répond ainsi à un objectif de meilleur accès aux soins. La première politique de télémédecine date de 1994 et 81 programmes de télémédecine sont mis en œuvre dans le cadre de la politique publique (Kierkegaard, 2015). Entre 1994 et 2016, cinq stratégies nationales en faveur de la télémédecine ont été mises en place. Ces stratégies ont engendré la création du *National Board of E-Health*. Cette organisation est chargée de développer et de maintenir un catalogue national des normes relatives aux technologies médicales devant être utilisées dans le système de santé danois (Krag, Hansen & Nielsen, 2012). Les régions ont quant à elles formé une organisation d'intérêt qui coordonne leurs objectifs communs au niveau national. Au niveau local, la Fédération des Municipalités au Danemark accompagne les villes qui sont responsables de la majorité des services de télésanté. Les communes sont les partenaires principaux de MedCom (infrastructure de communication et de partage de données de santé interopérable au

¹⁰⁸ Les termes caractérisant la télémédecine ne sont pas harmonisés entre les trois nations étudiées ; télémédecine ; télésanté et *e-health* sont ici utilisé comme synonyme.

niveau national) et organisent la mise en œuvre de l'hospitalisation à domicile autour de la télémédecine (Doupi, & al., 2010). En effet, le développement de l'hospitalisation à domicile est la principale mesure mise en œuvre par les communes pour réduire le temps d'hospitalisation. Cela s'explique par le fait que les communes paient une taxe annuelle aux régions au prorata du nombre d'habitants de leur territoire qui sont hospitalisés. En cas d'hospitalisation à domicile, cette taxe ne s'applique pas. La télémédecine est alors identifiée comme le moyen d'éviter l'hospitalisation ou le cas échéant de mettre en place une hospitalisation à domicile, moins onéreuse pour les communes.

Le système de télémédecine au Danemark est marqué par une production de soins de télémédecine quasi exclusivement publique. Toutefois, la mise en œuvre des programmes se fait à l'échelle locale, le pouvoir central ne donnant que les grandes orientations. Les soins à domicile et la télémédecine sont ainsi gérés au même échelon territorial. Concernant la réglementation, la télémédecine n'entraîne pas un réaménagement de la production de soins, qui est déjà organisée en réseau de production, ce qui signifie que différents types de professionnels (du soin et du *care* notamment) sont habitués à travailler ensemble pour les prises en charge, ce qui est favorisé par l'existence d'outils de partage d'informations (*Medcom*).

Ainsi, la télémédecine modifie le lieu de soins, néanmoins, elle s'insère dans un système où les professionnels de *care* et de soins sont organisés en réseau et travaillent déjà ensemble de façon territorialisée. Ils disposent à cet effet d'outils facilitant leur coordination (communication) pour la prise en charge d'une même personne.

En Écosse la politique de télémédecine est bien plus récente qu'au Danemark puisqu'elle date de 2006. En 2016, 55 programmes de télémédecine sont mis en œuvre en Écosse dans le cadre de la politique publique (NHS Scotland & The Scottish Government, 2011). La stratégie de l'Écosse en faveur de la *eHealth*, est établie conjointement par le Gouvernement écossais, le NHSS et les commissions du NHSS (*Ibid.*). Cette stratégie s'intègre dans une perspective plus large de développement d'un système de santé intégré. La nature des programmes de *eHealth* est fortement variable mais deux grands types se distinguent : les services de *self-management disease*, via des applications internet ou sur smartphone, et les services de vidéoconférence, entre plusieurs centres de santé et/ou entre patient et médecin. Ces deux grands types de services répondent à deux dimensions de la performance du système de santé auxquelles sont associées les services de *eHealth* : (i) faciliter l'accès aux soins, en particulier dans les territoires ruraux, dans un contexte d'engorgement du système de santé et (ii) favoriser le *self-management* dans la perspective de rendre soutenable la réalisation de soins dans la communauté/à domicile et la perspective du système de santé intégré. Ces projets ou services sont portés, le plus souvent par des commissions du NHSS, mais la taille de leur territoire varie

Le système télémédecine en Écosse est également marqué par une production de soins de télémédecine publique, même si les équipements peuvent être financés par des dons (*charities*) (Kulshrestha, & al., 2010). La mise en œuvre des programmes se fait aussi bien à l'échelle locale que nationale, mais les articles analysés dans notre base traitent de cas développés à l'échelle locale, ce qui en montre l'importance.

Le pouvoir central ne donne que les grandes orientations de la politique de télémédecine tout en s'appuyant sur les *local delivery plans* émis par les différents NHS via leurs commissions. La réglementation de la télémédecine ne modifie pas l'organisation de la production des soins qui se fait déjà en réseaux. Par ailleurs, le NHSS dispose déjà d'un réseau internet à même de soutenir les échanges d'informations entre professionnels de santé et/ou patients dans le cadre de la télémédecine (Allen, 2011). La *eHealth* vise toutefois à faciliter l'intégration des systèmes de soins et de *care*, c'est-à-dire à améliorer la coordination entre ces deux systèmes. La réglementation semble avoir trait davantage au système de santé qu'à la télémédecine elle-même. En outre, il semble que la télémédecine facilite la prise en charge d'une même personne par des professionnels relevant de spécialités différentes (associées soit au *care* soit au soins).

Des trois pays étudiés, la France est le seul qui ne compte en 2018 aucune pratique de la télémédecine en phase de routine dans le cadre prévu par la politique nationale. Afin d'encourager le développement de la pratique dans le cadre légal, trois grandes mesures politiques ont été mises en œuvre. En 2004 tout d'abord, la télémédecine est pour la première fois reconnue et définie juridiquement. Cette reconnaissance fait suite aux demandes de l'Ordre des médecins de donner un cadre juridique à la pratique de la médecine à distance. Dans cette première définition, la télémédecine est appréhendée comme un outil technologique permettant la réalisation de l'acte médical à distance. Les rôles et responsabilités de chaque intervenant ne sont pas spécifiés, laissant la coordination de la pratique médicale se faire de façon informelle.

Ensuite, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) marque la transition entre l'outil et la pratique de la télémédecine. La télémédecine n'est plus un outil permettant de réaliser des actes médicaux, elle devient une pratique médicale à distance qui doit apporter une solution aux déficiences de l'offre de soins et à l'enclavement géographique.

Enfin, l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 stipule que « Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine peuvent être menées à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de quatre ans. (...) Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, [...] Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016 ». Or, en 2019, aucun projet n'avait été réalisé dans le cadre de l'application de l'article 36. Les projets existants sont développés en dehors de cette stratégie nationale et de son cadrage. La stratégie nationale apparaît ainsi séparée des initiatives impulsées localement.

La littérature recensée permet d'identifier deux caractéristiques principales de la configuration institutionnelle de la télémédecine. En France, la télémédecine correspond à une volonté politique d'externaliser une partie de la production hospitalière vers la médecine de ville. (Commission Européenne, 2012 ; Mergnac, & al., 2012). Or, médecine de ville et médecine hospitalière sont institutionnellement très séparées et travaillent usuellement peu ensemble.

La deuxième caractéristique est le renforcement du rôle de l'État en tant qu'entité émettrice de règles, dans les mécanismes de coordination de la production médicale (Raposo, 2016). En effet, l'externalisation d'une partie de la production hospitalière ne peut pas se faire sans l'encadrement, par la puissance publique, de la production et de l'utilisation des technologies télémédicales. Le déploiement de la télémédecine dépend alors de la réglementation de ces technologies.

Cette caractérisation de l'action publique nationale en faveur de la télémédecine permet à présent de discuter de l'articulation entre les dispositifs de santé et de télémédecine.

5.3.2 Articulation entre les dispositifs de santé et de télémédecine

L'analyse de la littérature relative aux transformations de l'action publique présentée dans Raully (2016) et Gallois & Raully (2017a) permet d'identifier cinq éléments caractéristiques de la configuration institutionnelle du système de santé et de télémédecine : les partenariats public/privé ; le niveau de réglementation ; le transfert de tâches dans le système de santé ; les échelles géographiques de mise en œuvre de la politique publique combinées à la prise en compte de l'organisation spatiale des systèmes de santé ; la contribution de la télémédecine à la performance du système de santé. L'articulation des dispositifs relatifs à la télémédecine avec la configuration institutionnelle préexistante du système santé est exposée ci-dessous pour les trois nations étudiées.

(i) Dans les nations considérées comme pionnières en matière de télémédecine (Danemark et Écosse) la fourniture des soins télémédicaux est principalement publique. En revanche, en France, l'objectif même de la politique de télémédecine est de transférer une partie des soins réalisés à l'hôpital vers la médecine libérale et donc privée et quasi-marchande. La stratégie française est la seule à axer son modèle sur le développement de la télémédecine en médecine libérale.

Le Danemark et l'Écosse proposent à l'inverse un modèle dans lequel la télémédecine se développe autour de la production publique de soins et plus particulièrement dans l'hospitalisation à domicile, dans la continuité de la structure historique de la production de soins. Sur ce point, la politique de télémédecine dans ces deux nations s'éloigne de la politique française. Le niveau de distinction public/privé est ainsi une première caractéristique qui distingue la France des autres pays étudiés. Parmi la littérature recensée et analysée (cf. supra), les modalités de partenariats public/privé ne sont abordées que dans le cas français.

(ii) Le niveau de réglementation de la pratique de la télémédecine est également une des caractéristiques qui différencie les trois pays. Au Danemark, la réglementation concernant la télémédecine est peu abondante et renvoie davantage aux directives européennes concernant les systèmes d'informations qu'à l'organisation des soins en tant que telle. Dans la littérature recensée, aucune référence n'aborde la question du cadre national de la politique, celui-ci est systématiquement mis en perspective avec le cadre européen.

En France et en Écosse, au contraire, le niveau de réglementation est élevé. Plus de 80 % des références recensées pour la France abordent la question de la réglementation régionale et nationale de la télémédecine, principalement pour y évoquer les limites de ce cadre réglementaire qui semble être un frein au développement de la pratique (Williatte, 2014).

(iii) Si le niveau de réglementation est élevé en France et en Écosse, il est néanmoins possible de distinguer la forme de réglementation. En France, la réglementation qui s'applique à la télémédecine lui est spécifiquement dédiée et fait référence à un changement important dans la production des soins. Le transfert de tâches entre les professionnels médicaux de l'hôpital et de la ville renvoie à des situations nouvelles de production de soins qui n'existent pas dans la forme historique du système de santé où médecine de ville et hospitalière travaillent peu ensemble. Il y a une séparation forte et des difficultés de coordination marqués entre soins et *care*¹⁰⁹. Ces transferts sont particulièrement évoqués dans la littérature recensée.

En Écosse, si le niveau de réglementation est élevé, cela renvoie aux règles préexistantes du NHSS qui viennent s'appliquer à la télémédecine et non à une nouvelle forme de réglementation qui vient modifier l'organisation séculaire du système de santé.

Au Danemark et en Écosse, contrairement à la France, les soins sont historiquement produits dans le cadre d'un réseau de santé et les professions paramédicales participent de façon active au réseau et à la production de soins. Dans ces deux pays, la réglementation de la télémédecine se fait dans un cadre qui prolonge les dispositifs de santé préexistants pour les adapter à l'outil. La littérature recensée met en évidence que, les transferts des tâches du médecin vers le patient ou vers un autre professionnel de santé, qui sont rendus possibles par la télémédecine, sont considérés comme des facteurs d'amélioration de la qualité des soins et de la performance du système.

En France, à l'inverse, la littérature recensée sur le sujet met en évidence que le système français fonctionne sur le modèle du « médecin isolé » par opposition aux réseaux de soins.

(iv) Un autre élément clé de l'action publique en faveur du déploiement de la télémédecine concerne l'échelle de mise en œuvre des projets. Au Danemark comme en Écosse, l'échelle nationale n'apparaît pas comme un territoire de mise en œuvre des projets de télémédecine. La littérature écossaise pointe que les territoires télémédicaux sont ceux des échelles régionales et locales. De la même façon, la littérature sur le Danemark met en évidence que les actions de télémédecine sont mises en œuvre sur des territoires de soins

¹⁰⁹ Les difficultés de coordination entre des acteurs à la culture et au secteur différents sur les prises en charge sont un problème récurrent en France. Des centres de ressources et de coordination ont été mis en place en vue d'y remédier. C'est le cas des Clic (personnes âgées en général), des Maia, spécialisées sur les problématiques de coordination pour les malades Alzheimer, etc. L'objectif de ces centres est de créer des réseaux de production, favorisant des prises en charge complexes, et impliquant des professionnels attachés à des secteurs différemment régulés (avec des régimes économiques et dispositifs différents). Sur la question des réseaux articulant soins et *care*, le lecteur pourra se référer à Gallois (2012d, p. 350-56)

à une échelle géographique de proximité qui préexiste au développement de la télémédecine. En France, en revanche il n'existe pas réellement de tels territoires de santé. La mise en œuvre de programmes régionaux de télémédecine et le plan national issu de l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (DGOS, 2014) sont des aspects nouveaux de l'organisation des soins, particulièrement pour la médecine libérale. *A contrario*, pour les deux pays leaders, la politique de télémédecine ne vient pas modifier le cadre historique de la pratique des soins. L'introduction de la télémédecine ne vient pas y perturber l'organisation séculaire du système de soins.

(v) La dernière caractéristique concerne la définition de la performance du système de télémédecine. Si la performance est une justification de l'intervention de la sphère publique, elle est toutefois appréhendée différemment selon les pays.

La littérature qui aborde le plus la question de la performance est celle de l'Écosse. Cela renvoie au cadre général du NHSS où les critères de performance sont prégnants. Les principaux critères de performance recensés dans la littérature sur l'Écosse sont ceux d'efficacité (critère mobilisé en tant que tel) et d'accessibilité aux soins. Ici encore cela renvoie au fonctionnement historique du NHSS.

Au Danemark, les principaux critères de performance associés à la télémédecine sont l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des coûts.

La littérature française est celle qui aborde le moins les dimensions de la performance. La principale caractéristique de performance, dans la littérature télé-médicale, est l'amélioration de la qualité des soins, un élément différent de la littérature administrative qui voit la performance de la télémédecine sous l'angle de l'efficacité (via la combinaison de l'augmentation de la productivité, la baisse des coûts et l'amélioration de la qualité). Une des particularités du cas français est le fait que la réglementation, en particulier, l'existence d'un cadre réglementaire claire, apparaît en tant que tel dans la littérature comme un critère de performance du système de télémédecine, venant ainsi dénoncer les carences du cadre.

5.3.3 Une interprétation des niveaux de développement de la télémédecine

Les configurations institutionnelles ainsi décrites peuvent être mises en perspective par rapport aux niveaux de développement fort (Danemark et Écosse) et faible observés sur les pays analysés.

Le Tableau 10 ci-après synthétise ces différentes caractéristiques et leur articulation santé-télémédecine.

Tableau 10 - Configuration institutionnelle des systèmes de santé et de télémédecine

	Danemark	Écosse	France
Partenariat public/privé	Non marqué dans la configuration danoise	Non marqué dans la configuration écossaise	Repose sur un transfert d'activité entre différents acteurs dont du public (hôpital) vers le privé (libéral)
Réglementation de la télémédecine et forme de la réglementation	Faible et concentrée sur les systèmes d'information (directives européennes)	Importante, et prolongeant une réglementation importante préexistante	Réglementation importante mais instable et floue + modifie l'organisation de la production de soins
Transfert de tâches	Courant indépendamment de la télémédecine	Courant indépendamment de la télémédecine	Induit par la télémédecine et contraire aux habitudes de travail (modèle du médecin isolé)
Échelle géographique des politiques	Forte régionalisation et gestion par les communes préexistantes	Forte régionalisation	Politique nationale déclinée régionalement, faiblesse des territoires de santé
Caractéristiques de la performance	Centré sur la qualité des soins et la baisse des coûts	Fortement présentes et orienté sur l'efficacité (caractéristique du système de santé) et l'accès aux soins	Différente selon les politiques (augmentation de la productivité, baisse des coûts puis qualité des soins) et les professionnels de santé (qualité des soins et réglementation)

Pour le Danemark et l'Écosse, le niveau de développement de la télémédecine apparaît relié à celui de la cohérence entre configuration institutionnelle des systèmes de santé et de télémédecine.

A contrario, en France, les politiques publiques en faveur du déploiement de la télémédecine entrent en contradiction avec la configuration institutionnelle du système de santé national. L'organisation des soins qui y est associée ne correspond pas à la représentation qu'à, en France, la profession médicale de l'organisation des soins, qui repose sur une pratique individuelle de la médecine libérale. Le transfert de tâches, la mise en réseau des professionnels de santé et l'intégration de la question de performance sont autant d'éléments associés à la politique de télémédecine qui s'écartent des pratiques des médecins libéraux et ne se retrouvent pas dans la configuration institutionnelle du système de santé français. La pratique de la télémédecine peine ainsi à se développer.

Ce résultat suggère que le niveau de développement de la télémédecine apparaît relié à la façon dont la télémédecine s'insère dans le système de santé de la nation considérée : l'insertion de la télémédecine dans le système de santé est aisée lorsqu'elle coïncide avec la configuration institutionnelle nationale du système de santé (Danemark, Écosse). *A contrario*, lorsque les formes organisationnelles historiques du système de santé entrent en contradiction avec la politique de télémédecine, celle-ci peine à se développer (France).

5.4 Mise en perspective et développements suggérés

Ce travail de comparaison internationale visait à proposer une explication possible au faible développement de la télémédecine en France en 2018 alors que cette forme de pratique médicale bénéficie d'une politique de soutien depuis 2009¹¹⁰.

La démarche comparative occupe une place importante dans les travaux régulationnistes, comme dans le domaine de la protection sociale. Pour Théret, « la comparaison internationale est un objet de recherche soi » (2005, p. 1) à construire aussi bien théoriquement¹¹¹ qu'empiriquement au regard des types de comparaisons existants, de leurs objectifs et de leur rapport aux données (Théret, 2008). Les comparaisons menées dans le champ de la santé présentent des objectifs et méthodes différents. Le classement des systèmes de santé proposé par l'OMS repose principalement sur des données préexistantes et s'effectue sur la base d'un critère d'efficacité du système (OMS, 2000). Cela correspond à ce que Théret qualifie de comparaisons à visée directement politique. Un autre type de comparaisons, celles visant à discuter des politiques et de leurs effets sur la base d'un ensemble d'enseignements théoriques¹¹² s'interroge sur la comparabilité des variables dans des environnements institutionnels complexes (Christine André, 2007 ; 2015 ; Christine André, Batifoulie & Jansen-Ferreira, 2016). Ce questionnement a été central dans ma démarche.

La télémédecine est une forme de soins en émergence et au périmètre non stabilisé par des définitions internationales. Par conséquent, il n'existe pas de base de données relatives à l'activité ou à l'offre comme on en peut en trouver pour des activités plus anciennes des systèmes de santé (il existe des données sur le nombre de médecin par habitant, le nombre de lits d'hôpital ...). Par ailleurs, au regard de l'hypothèse de cohérence des dispositifs de télémédecine avec ceux de santé comme élément nécessaire

¹¹⁰ Le cadre réglementaire de la télémédecine (en particulier relatif aux données santé et à leur sécurisation) a été largement levé pendant le premier confinement, ce qui, combiné aux possibilités réduites de soins en présentiel, en a favorisé le développement, au moins sous la forme de téléconsultations. La prise en charge de ces téléconsultations par les assurances maladies obligatoires et complémentaires a également été facilitée.

¹¹¹ Ce que Théret propose avec la méthode structurale, mobilisée pour caractériser les structures élémentaires de protection sociale, (Théret, 1996a, 1997a, 2000)

¹¹² Ces comparaisons se situent à l'intersection de deux catégories de la typologie proposée par Théret (2005), celles des comparaisons visant à faire avancer la connaissance des faits sociaux, et celles des comparaisons reposant sur une base théorique et permettant en retour le progrès de cette théorie.

au développement de la télémédecine, une première étape s'imposait : mettre en perspective activité de télémédecine et configuration institutionnelle des systèmes de santé et de télémédecine. Nous avons donc dû construire des données permettant cette comparaison.

La comparaison internationale de la télémédecine dans sa dimension institutionnelle permet d'identifier un mécanisme institutionnel pour expliquer le niveau de développement de la télémédecine : l'organisation intégrée¹¹³ du système de santé, c'est-à-dire ici gérée par un seul organisme (public), favorise le développement de la télémédecine. En effet, le Danemark et l'Écosse ont tous deux historiquement ce type de système, ce qui facilite le développement d'infrastructures et de réseaux de communication propres et partagés entre les professionnels de santé. Ces systèmes de santé intégrés reposent sur des routines de coopérations entre médecins et autres soignants, et facilitent le développement de la télémédecine qui les requiert. Toutefois, parmi les pays leaders en matière de télémédecine se trouvent des pays aux systèmes de santé davantage fondés sur l'exercice libéral (comme l'Allemagne ou les Pays-Bas) ce qui interroge le degré de généralité de ce mécanisme et invite à élargir le périmètre d'analyse. L'organisation intégrée du système de santé n'est en effet pas la seule forme de d'organisation de la coopération nécessaire au développement de la télémédecine. Les réseaux le permettent également dans la mesure où ils visent la coordination des différents intervenants de la prise en charge et entre eux. La présence de ces réseaux pourrait être un autre facteur explicatif. Ce facteur est lié à l'organisation et à la régulation sectorielle de la santé.

La comparaison montre l'importance de la manière dont les politiques prennent en compte la dimension territoriale concrète de l'organisation des soins. Cet aspect n'a pas été spécifiquement étudié mais d'ores et déjà il est possible de faire plusieurs observations. Dans le cas français, la télémédecine semble perçue comme un outil permettant de faire disparaître les difficultés liées aux problématiques d'éloignement et plus généralement d'éluder toutes les problématiques matérielles du territoire (distance d'accès aux soins, problématiques de désert médical, qui ne sont pas uniquement liées à la ruralité, la Seine-Saint-Denis étant un désert médical bien connu en économie de la santé). Thorigny (2021) montre en ce sens que « la politique [française] de télémédecine ne développe pas de réelles considérations concernant la notion de territoire » (p. 447) et qu'elle « ne s'inscrit pas dans une démarche territorialement différenciée » (p. 447). Or les patients restent localisés dans des espaces concrets, dans lesquels les possibilités de prise en charge par des professionnels ou des non professionnels dépendent de l'offre existante et accessible. Nous avons pu identifier que dans la configuration écossaise, la télémédecine est un outil facilitant cette gestion de la contrainte territoriale. Par exemple,

¹¹³ Dans un système de santé intégré, la coordination s'effectue au sein d'une même organisation. Cette forme d'organisation est caractéristique des systèmes *beveridgiens*. À l'opposé se trouvent des systèmes de santé où les relations de coordination sont davantage dans une perspective d'échange entre acteurs n'appartenant pas à une même organisation mais pratiquant un exercice libéral. Cette forme de coordination se rapproche de la coordination marchande. Cette distinction est essentielle dans la classification des systèmes de santé proposée par l'OCDE (Joumard, *et al.*, 2010).

le développement de la télémédecine permet de limiter le déplacement de spécialistes sur des îles isolées, les soins étant alors réalisés à distance pour la partie diagnostique et localement pour la dimension matérielle des examens à réaliser (van der Pol & McKenzie, 2010). De même, dans le cas danois, la télémédecine est impulsée largement au niveau communal pour faciliter des prises en charge à domicile.

Le rapport à la matérialité de la contrainte territoriale de la politique publique et de santé et de télémédecine semble ainsi un élément essentiel. Une régulation territoriale localisée et visant le maintien des populations sur les territoires et leur offrant un accès aux soins dans ce cadre semble alors jouer un rôle clé dans le développement de la télémédecine. Or, dans le cas français, c'est une régulation sectorielle et organisée à partir du niveau national qui semble primer (le *numerus clausus* est nationalement défini¹¹⁴, la politique de télémédecine est nationalement impulsée, les tarifs des soins et actes médicaux sont définis au niveau national etc.) malgré le rôle des ARS pour la mise en œuvre de cette politique. La régulation sectorielle s'articule ainsi à la régulation territoriale (Laurent, & al., 2008). Mais pour les nations analysées, on observe une variété de configurations. Bien que peu étudié par les travaux institutionnalistes en économie de la santé, le rapport au territoire des politiques de santé et télémédecine apparaît ainsi être une des dimensions importantes pour discuter les politiques publiques et leurs effets, ce que la comparaison internationale vient mettre en évidence et éclairer.

¹¹⁴ Dans les termes de la loi, la réforme de études de santé mise en œuvre à partir de 2019-20 a mis fin au *numerus clausus*, toutefois, les capacités de formations des futurs médecins restent définies nationalement à travers les politiques de l'enseignement supérieur et de la recherche et reste contraint également par les politiques hospitalières qui permettent les stages. A l'Université de Reims Champagne-Ardenne, le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études de santé n'a ainsi pas foncièrement évolué.

6 Conclusion et perspectives

Au fil de ce manuscrit, j'ai proposé une relecture de mes travaux portant sur la marchandisation des systèmes de santé, que j'analyse sous l'angle du *care*. Dans cette dernière partie, je conclurai en revenant sur ma contribution (6.1.) ainsi que sur les perspectives ouvertes (6.2.).

6.1 Conclusion

L'objectif de mes recherches est de mettre en évidence les mécanismes par lesquels les rapports sociaux de production et de protection sociale associés au *care* sont modifiés par la marchandisation de la santé.

La marchandisation des systèmes de santé comme évolution du mode de régulation

Cette marchandisation intervient en réponse à une crise du modèle de protection sociale, construit dans la période fordiste. Le faible taux de chômage et une population jeune, combinés à une redistribution de la valeur ajoutée plus favorable aux salariés *via* un salaire direct et un salaire indirect, rendaient budgétairement soutenable un système d'assurances sociales, financées par cotisations¹¹⁵. Les évolutions socio-démographiques combinées aux changements de régulation au niveau macroéconomique sont venues mettre en tension ce système. Pour ce qui est de la santé, d'une part, le vieillissement de la population associé au développement de maladies chroniques devrait, toutes choses étant égales par ailleurs, accroître les besoins et dépenses de prises en charge. Le progrès technique contribue également à l'amélioration des prises en charge ainsi qu'à la croissance des coûts. La combinaison de ces éléments socio-démographiques contribue à l'accroissement de la dépense de santé globale et de la dépense publique de santé (Joumard, Christophe André & Nicq, 2010). Les politiques publiques vont chercher à contenir cette dépense.

Cette crise du modèle de protection sociale s'inscrit dans une évolution macroéconomique du mode de régulation. Les travaux régulationnistes montrent en effet que, d'une part, la concurrence est devenue la forme institutionnelle centrale ; d'autre part, la répartition entre salaires et profits se fait au détriment des salaires, y compris des salaires indirects finançant la protection sociale. L'intervention de l'État se fait en soutenant la compétitivité internationale des entreprises. Afin de favoriser cette compétitivité, les prélèvements sociaux sont limités, ce qui conduit à une individualisation des droits sociaux et à un rétrécissement de la base de financement du système (Petit, 2008).

C'est dans ce contexte macroéconomique global que l'on observe une marchandisation de la santé. Les travaux en économie de la santé permettent d'éclairer ces évolutions. Ils mettent en évidence que la marchandisation constitue une forme d'intervention qui est

¹¹⁵ Au-delà de ce schéma général, des assurances maladie complémentaires se sont développées conjointement à l'assurance maladie obligatoire dès les années 1950 pour la prise en charge d'une partie des soins (Elbaum, 2008).

mobilisée pour contenir la dépense publique (Christine André, Batifoulier & Jansen-Ferreira, 2016 ; Raully, 2016). Ils soulignent également que, si une dynamique de marchandisation est observée dans de nombreux pays (Christine André, 2015), la marchandisation n'est pas uniforme et prend des formes variées, y compris au sein d'un même pays. Une des formes de cette marchandisation est le passage vers des financements privé au lieu de financements socialisés de la dépense. Le développement des assurances maladie complémentaires (Domin & Gallois, 2015) de même que le développement d'offres marchandes parallèles à l'offre administrée (Artis & Gallois, 2022 ; Gallois, 2010) sont des exemples de ce type de marchandisation. D'autres formes reposent sur des mécanismes plus discrets mais tout aussi importants, comme la marchandisation incorporée découlant de l'introduction de règles marchandes dans des organisations non marchandes (Christine André, Batifoulier & Jansen-Ferreira, 2016). Toutefois, les systèmes de santé sont d'une grande complexité et leurs configurations sont ancrées dans des contextes institutionnels nationaux. De ce fait, les analyses portent le plus souvent sur un des éléments du système et sont institutionnellement situées dans un pays. Plus précisément, les travaux tendent à se concentrer sur la manière dont la marchandisation d'un élément du système (l'hôpital, le financement) opère et sur la mise en évidence des conséquences afférentes. Ces analyses contribuent à apporter un ensemble d'explications et de faits stylisés sur lesquels mon analyse du système de santé s'appuie. Des ouvrages (Batifoulier, Da Silva & Domin, 2018) ou numéros collectifs de revue (Revue de la Régulation, 2015)¹¹⁶ permettent de faire faire système à ces dimensions du soin pour souligner de façon plus globale les mécanismes et effets de la marchandisation des soins (et de leur financement). En effet le système de santé est un réseau complexe d'acteurs et institutions interreliés et combinés, comme dans d'autres domaines. L'analyse de ces dispositifs en termes systèmes conduit à en postuler une certaine cohérence. Toutefois, les études empiriques montrent que les agencements d'acteurs et d'institutions ne constituent pas nécessairement un système cohérent. Il est en effet possible d'observer un empilement de dispositifs non complémentaires. Ainsi des politiques de soutien au développement économique d'un secteur comme l'industrie pharmaceutique, peuvent aller à l'encontre de politiques sociales de santé (Srinivas, 2013). Ces éléments invitent à analyser de façon précise comment la marchandisation modifie la manière dont acteurs et institutions sont reliés.

Résultats – Cinq mécanismes de régulation du care

Mon analyse contribue à préciser les articulations entre secteurs du soins et secteur du *care* dans le système de santé. Il s'agissait d'identifier par quels mécanismes la marchandisation de la santé modifie la régulation du *care* et les articulations entre *care* et soins. J'ai pour cela construit et analysé deux secteurs institutionnels relatifs au *care* : le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées et celui du *care* associé à la télésurveillance.

¹¹⁶ Un numéro spécial de *Économie Appliquée* intitulé « Le patient et l'aidant dans les transformations du capitalisme sanitaire » est en cours d'élaboration (coord. Da Silva et Raully).

Cinq mécanismes de régulations du *care* dans le système de santé sont ainsi identifiés :

1/ l'entrée d'entreprises marchandes dans le secteur de l'aide à domicile où l'offre était constituée d'organisations où le capital n'était pas rémunéré (associations ou organismes publics) et dans une moindre mesure d'emplois directs.

2/ une hybridation de dispositifs marchands et non-marchands dans les modèles productifs de tous les prestataires d'aide à domicile. Il n'y a donc pas une dualité sectorielle qui séparerait les entreprises des organisations non lucratives.

3/ un basculement de l'activité du secteur du soin vers celui du *care*, qui s'accompagne de modalités de socialisation de la dépense plus restrictives, a été mis en évidence en étudiant le secteur de l'aide à domicile.

4/ la nécessité d'un engagement plus fort du *care* pour la réalisation des soins a été mise en évidence par l'étude de la télésurveillance.

5/ la comparaison internationale de la télémédecine fait ressortir qu'il existe des variations dans la coordination de l'articulation du *care* et du soin, et que la politique française élude cet aspect tant dans sa dimension sectorielle que dans sa dimension territoriale. Elle ne tient pas compte de la matérialité de la contrainte territoriale pour les prises en charge et de l'existence de *care* au niveau local. Au niveau sectoriel, elle se focalise sur les soins et ne gère pas la coordination pour la production de *care* et de soins.

L'articulation entre *care* et soins apparaît ainsi essentielle, d'autant que le *care* joue un rôle croissant dans le système de santé.

La mise en évidence de ces mécanismes permet de montrer une transformation majeure, mais peu visible, des relations de protection sociale. Dans le secteur institutionnel de l'aide à domicile aux personnes âgées, l'entrée des entreprises ayant un prix libre combinée à la baisse de l'activité des associations à prix administré conduit à une moindre socialisation du financement de la prise en charge compte tenu des modalités de calcul de l'APA et de son plafonnement.

En outre, le basculement d'une partie de l'activité de soin vers le *care*, renforcé par le rôle accru du *care* pour les soins, modifie les modalités d'accès aux financements de la prestation. Sont ainsi introduits un ciblage des bénéficiaires, qui passe par la validation du besoin par le financeur, un reste à charge fonction du revenu et un principe de plafonnement des financements. Lorsque les plans d'aide sont saturés, d'autres rapports de production et de protection sociale pour répondre au besoin d'aide interviennent. Deux logiques de production, associées à deux formes de protection sociale, sont alors possibles et coexistent. La première est le recours à un offreur de service par une relation d'achat (ou d'emploi direct), le recours étant fonction de la contrainte budgétaire de la personne, mais aussi de l'existence d'une offre au niveau local. La seconde possibilité est l'autoproduction dans le cadre du cercle familial, qui induit une implication croissante des familles sans que ne soit associé à cette autoproduction de transferts monétaires ou de droits sociaux. Le changement de socialisation des financements induit à la fois une extension du marché et un repositionnement dans la sphère familiale des prises en charge.

Apports des résultats

Ces résultats contribuent aux communautés de recherche dans lesquelles je m'inscris. Du point de vue de l'économie de la santé, ils contribuent à la caractérisation d'un nouvel espace d'accumulation pour le capitalisme sanitaire (Batifoulier, 2014 ; Batifoulier & Da Silva, à paraître), qui est à relier à la tendance du système de soins à externaliser une partie de son activité (Domin & Rauly, à paraître). Ces résultats mettent en évidence l'importance du *care* dans le système de santé. Ils montrent également que pour le *care*, une variété et une complexité des formes de marchandisation, qui se cumulent, est observée, de même que celle-ci a pu être montrée pour les soins (Christine André, Batifoulier & Jansen-Ferreira, 2016).

Les travaux sur les services à la personne interprétaient le Plan Borloo comme un coup de force consistant à construire un secteur combinant services sociaux de *care* et services de confort (Devetter, Jany-Catrice & Ribault, 2008). La mise en évidence de l'hybridation de dispositifs marchands et non-marchands dans les modèles économiques traduit une absence de dualité sectorielle et apporte des éléments dans le sens de cette construction sectorielle. L'ensemble des types d'organisation du secteur (associations, entreprises) combine désormais des éléments marchands et non-marchands. Cette hybridation était considérée comme une des caractéristiques propres aux organisations de l'économie sociale (Laville & Nyssens, 2001 ; J. L. Laville & Nyssens M., 2000) mais apparaît ici davantage comme une caractéristique sectorielle que comme une caractéristique des seules associations. Cette hybridation vient interroger la présence d'un phénomène d'isomorphisme, mais permet aussi d'identifier d'autres spécificités des associations, en particulier leur ancrage territorial qui contribue à révéler des demandes locales et organiser des réponses (Petrella, 2012 ; Petrella & Richez-Battesti, 2010).

Le Plan Borloo était destiné à soutenir les créations d'emplois dans les services à la personne, toutefois, la relation d'emploi y a été qualifiée d'objectivement mauvaise (Devetter, Messaoudi & Farvaque, 2012). De façon plus large, le travail de *care*, lorsqu'il est produit dans la sphère économique reste peu rémunéré (Daly & Lewis, 2000 ; Fraser, 2007, 2014 ; Nelson & Folbre, 2006). Dans la sphère économique, ce travail concerne le plus souvent des femmes : les emplois dans les services à la personne sont occupés à près de 90 % par des femmes (Kulanthavelu & Thiérus, 2018, p. 1). Toutefois, les faibles rémunérations qui y sont associées ne permettent pas l'autonomie économique de ces salariés et les rapports de genre caractéristiques de la sphère domestique sont reproduits dans cette sphère économique (Dussuet, 2005, 2016). Les inégalités de genre sont fortement marquées dans la sphère professionnelle.

Dans la sphère domestique, ces inégalités sont plus nuancées. Les femmes ne représentent que 53% des aidants non-professionnels, mais le volume de leur implication n'est pas documenté. Les rapports familiaux (imprégnés de genre, en particulier lors de fratries mixtes) semblent l'emporter puisque un tiers des aidants sont des conjoints ou conjointes et que la moitié des aidants sont des enfants (Roquebert, Fontaine & Gramain, 2018 ; Soullier & Weber, 2011).

Au point de vue théorique, mes travaux contribuent à l'analyse du changement institutionnel (Ebner, 2015 ; Hacker, Pierson & Thelen, 2015 ; Mahoney & Thelen, 2009, 2010 ; Streeck & Thelen, 2005). En particulier, ils apportent une contribution à l'analyse du changement institutionnel incrémental (Mahoney & Thelen, 2010). En effet l'analyse des régulations sectorielles permet une analyse du changement institutionnel qui combine évolution des dispositifs, des comportements des acteurs, des régimes de fonctionnement, des dynamiques concurrentielles entre des organisations portant des rapports sociaux différents. La prise en compte de ces éléments permet de faire ressortir des mécanismes de changement institutionnels qui ne sont pas perceptibles dans l'analyse des seuls dispositifs institutionnels existants (Laurent, & al., 2021). Ces mécanismes sont caractéristiques de la dynamique de marchandisation des soins, ce qui confirme l'intérêt analytique de relier *care* et soins dans les systèmes de santé.

L'analyse permet également d'identifier d'autres éléments de transformation du système que ceux perceptibles au niveau macro ou de la santé. Elle permet en particulier de mettre en évidence le rôle accru du travail de la sphère domestique, qui contribue à la compétitivité des entreprises au niveau macro. Ce travail gratuit permet en effet de ne pas accroître les salaires indirects. La mise en évidence de ce mécanisme confirme l'intérêt de ne pas restreindre l'analyse de la protection sociale à une couverture des risques sociaux étudiés relativement à une situation d'emploi.

Mon attention s'est plus particulièrement portée sur la relation de protection sociale en tant que lien entre le politique et le domestique. Toutefois, l'analyse ne porte pas sur les financements, mais sur les services nécessaires à la réponse à un problème de santé (*care* et soins) et appelle à observer la production. Elle engage des flux monétaires, mais ne peut se contenir dans les seuls flux monétaires. Ce faisant elle permet d'identifier d'autres relations contribuant à la protection sociale. En premier lieu, il y a une relation d'achat de services sur le marché ou quasi-marché. En second lieu, en me focalisant sur le travail de *care*, j'ai pu identifier deux autres relations : une autoproduction dans la sphère domestique, soutenue par une autre relation, celle d'un transfert de la sphère économique vers la sphère domestique de travail non payé.

Cette conception des relations de protection sociale vient enrichir la caractérisation régulationniste de la protection sociale (Théret, 1996b, 1997a) par la mobilisation des travaux portant sur le *care*. L'analyse du secteur du *care* contribue ainsi à enrichir l'analyse du capitalisme et de sa dynamique car elle permet d'introduire des éléments peu ou pas visibles au niveau macroéconomique, mais qui occupent une place importante dans les travaux sur le *care* (Daly & Lewis, 2000 ; Fraser, 2007, 2014 ; Nelson & Folbre, 2006) : le rôle de la sphère domestique. Ceci appelle à introduire de façon pleine la sphère domestique dans les analyses régulationnistes, en particulier pour la caractérisation du rapport salarial. En effet, en étudiant, avec une approche sectorielle, le travail dans l'économie et la manière dont la marchandisation du système de santé conduit à un transfert de travail de l'économique vers le domestique, mon analyse montre que la compréhension du rapport capital-travail doit tenir compte de deux types de travail, le travail dit productif et le travail dit reproductif, associés à la sphère domestique. Cette

prise en compte permet également de rendre compte de changements institutionnels incrémentaux.

Ce résultat est permis par l'adoption d'une démarche régulationniste méso, qui invite à regarder les articulations d'espace (Lamarche & Bodet, 2020 ; Lamarche, & al., 2021) ; une démarche qui rejoint largement celle adoptée par Nieddu quand il analyse les relations entre le secteur agricole et les industries agro-alimentaires (Nieddu, 1998), puis avec la chimie verte (Nieddu, Garnier & Bliard, 2010, 2014). Mes résultats soulignent également l'intérêt d'une démarche méso déclinée pour l'analyse des régulations sectorielles et territoriales (Laurent, & al., 2008).

La variété des régulations territoriales approchées pour le secteur de l'aide à domicile fait ressortir que les organisations prennent en compte la matérialité des territoires dans leurs modèles productifs. L'hybridation de ressources marchandes et non marchandes, dont des ressources spécifiques au territoire, constitue ainsi une forme de régulation territoriale. Les dispositifs territoriaux y occupent une grande importance (Maisonnasse, Petrella & Richez-Battesti, 2013 ; Puissant, Richez-Battesti & Petrella, 2013). Néanmoins, il existe une inégalité des territoires par rapport aux dispositifs nationaux de financement, certains conseils départementaux considérant que l'aide professionnelle doit intervenir en complément de l'aide familiale (Devetter, Horn & Jany-Catrice, 2011).

La télémédecine est caractéristique des inégalités territoriales par rapport à l'offre de soins. Pour autant, la politique française est sectorielle et tend à ignorer le rapport au territoire dans sa matérialité (Thorigny, 2021), en particulier, l'offre locale de services de santé et plus particulièrement de *care*. Cette dimension apparaît pourtant essentielle dans les politiques écossaise et danoise. Ce résultat confirme bien l'importance de la question des régulations territoriales dans son articulation aux régulations sectorielles et l'intérêt de combiner ces deux dimensions (Laurent & Mouriaux, 2008).

L'analyse centrée sur le secteur que j'ai développée apporte une contribution aux approches régulationnistes orientées sur les secteurs. Elle analyse en effet un secteur peu étudié par les économistes régulationnistes¹¹⁷. L'analyse de la régulation sectorielle du *care* présente une portée multi-niveaux puisque le *care* est encadré à la fois dans le système de santé et dans le niveau macroéconomique. Le *care* participe ainsi de la régulation du système de santé et de soins en permettant la sortie des patients du système de soins. L'analyse sectorielle converge avec les évolutions macroéconomiques identifiées par Petit (2008). Les logiques de copaiement de l'aide, de ciblage et de définition du besoin par le financeur contribuent à l'individualisation des revenus dans leur dimension de revenus socialisés. Les inégalités d'accès au *care* sont alors liées au revenu, pour le *care* professionnel, mais également, aux compositions familiales pour le *care* non professionnel¹¹⁸. L'analyse sectorielle du *care* converge également avec les évolutions du

¹¹⁷ Du Tertre (1999) s'est intéressé aux services de proximité, qui incluent le *care*. Il y soulignait l'importance de la dimension relationnelle et de l'ancrage territorial nécessaire à la coproduction de ces services.

¹¹⁸ Le *care* ayant un coût, celui-ci se voit reporté sur les aidants, ce qui peut induire de nouveaux types d'inégalités. En effet, l'implication nécessaire au *care* n'est pas toujours compatible avec une vie professionnelle et/ou sociale.

système de santé. Le développement des entreprises, dont le modèle économique repose sur des financements de protection sociale, étend au *care* les sources d'accumulation possible dans le système de santé et contribue au développement du capitalisme sanitaire (Batifoulier & Da Silva, à paraître).

Implications méthodologiques

Le travail sur des régulations émergentes au niveau du secteur et des territoires a des implications méthodologiques. Cette démarche fonde le niveau d'observation, qui est ancré au niveau micro et méso. Les résultats ainsi établis doivent alors être mis en perspective avec des données statistiques nationales en vue du rebouclage macro.

Mes résultats reposent sur un important travail de terrain, qui a conduit à privilégier le développement de recherches partenariales, avec une thèse en Cifre, une implication au Conseil recherche et prospective de l'Uniopss, etc. (cf. CV rubrique expertise et collaborations industrielles). Ce type de recherches est très ancré dans les sciences appliquées (médecine, pharmacie, etc.) et ainsi que dans les sciences sociales à Québec (Gillet & Tremblay, 2011), mais reste peu développé en économie en France. De nombreux dispositifs publics financent et encouragent ce type de recherches (conventions Cifre, financements régionaux, dispositifs spécifiques de l'ANR, les financements européens accordent également une attention très importante aux liens avec la société civile). Leur mise en œuvre nécessite un travail de traduction (Audoux & Gillet, 2011). Il repose sur une coconstruction des savoirs (Allard-Poesie & Perret, 2003) qui présente un intérêt double. Pour les partenaires, le chercheur va venir aider à répondre à des questionnements qui se posent face aux nouveaux dispositifs (Calcoen, & al., 2021 ; Dubois, Ardoise & Gallois, 2007 ; Gallois, 2008, 2011b ; Gallois, Didi & Dubois, 2008 ; Gallois & Guerry, 2010 ; Gallois & Villez, 2010). Les questionnements des acteurs vont permettre de faire émerger des hypothèses de recherche (Gallois, 2012d, A paraître). En reposant sur le niveau des acteurs, ces hypothèses vont permettre de conférer des fondements micro au changement institutionnel (Gallois, Lecat & Nieddu, 2016). Les résultats de ces recherches viendront alors également éclairer les acteurs partenaires. Il me semble ainsi essentiel de communiquer les résultats de recherches aussi bien dans la sphère académique qu'en dehors de celle-ci (cf. CV, rubrique diffusion de la recherche, communications et tables rondes).

Les recherches menées au niveau méso sont institutionnellement situées. Les transformations actuelles des politiques sociales et de santé sont importantes. Ces transformations ont des effets et des déterminants multifactoriels. Les saisir appelle à travailler de façon interdisciplinaire¹¹⁹. En effet, les différentes disciplines ont des objets qui leurs sont spécifiques, leurs analyses sont complémentaires. Ainsi les travaux sur le

¹¹⁹ Dans mes travaux, cette interdisciplinarité passe par la mobilisation de travaux relevant d'autres disciplines. Elle repose également sur des échanges réguliers lors de colloques de sociologie et une implication dans réseau thématique de sociologie des politiques sociales (RT6) de l'association française de sociologie (cf. cv, rubriques communications et Animation de la recherche). J'ai également communiqué au sein d'un congrès de l'association française de sciences politiques. L'interdisciplinarité est également une caractéristique importante des recherches partenariales que je mène.

care issus des *gender studies* et de la sociologie accordent une importance forte aux rapports sociaux et aux rapports de domination. La science politique va expliquer l'origine et la déclinaison locale des politiques. En particulier, elle met en évidence la manière dont la théorie économique influence les politiques économiques et sociales (Barbier, 2017). Enfin l'économie va permettre d'éclairer les mécanismes par lesquels les rapports sociaux se transforment, de façon complémentaire aux analyses en sciences politiques sur le changement institutionnel incrémental. Cette combinaison de plusieurs approches et disciplines sur un même objet, ici le *care*, contribue à mieux l'appréhender.

L'analyse des régulations méso émergentes présente également un enjeu fort dans une perspective de comparaison internationale. Elle amène en effet à travailler sur des secteurs aux périmètres variables selon les configurations institutionnelles nationales, en particulier, pour les systèmes de santé, où la frontière entre *care* et soins tend à se brouiller (Simonazzi, 2009). Elle amène également à travailler sur des objets en émergence, pour lesquels il n'existe pas de bases de données. La télémédecine est exemplaire de ces enjeux. Le vocabulaire n'est pas stabilisé dans la littérature et les conventions de langage associées aux dispositifs peuvent varier selon les pays. La comparaison qui a été développée pour la télémédecine a ainsi nécessité un important travail autour du recueil des données et de la construction de la comparaison. Elle a permis de développer une méthode combinant des données relatives aux systèmes de santé et à leurs configurations institutionnelles avec la littérature issue des revues de télémédecine.

6.2 Perspectives

Ces travaux constituent un socle solide et invitent à poursuivre l'analyse de la manière dont les transformations des systèmes de santé, en particulier leur marchandisation, modifient les rapports sociaux de production et de protection sociale, ainsi que les articulations *care*-soins. Les domaines que j'ai analysés ont trait à la prise en charge de problématiques chroniques de santé. La télésurveillance et la télémédecine constituent également une transformation par la mobilisation renforcée de technologies de l'information et de la communication, et qui a été amplifiée depuis la pandémie. Je souhaite poursuivre mes travaux dans cette direction, en approfondissant la comparaison internationale. Ce programme global contribuera tout à la fois aux approches régulationnistes et à l'économie de la santé et de la protection sociale. Je le précise dans cette dernière section.

J'entends contribuer aux travaux régulationnistes et en économie de la santé et de la protection sociale à la fois en menant des recherches, mais également à travers un travail d'échange dans la communauté et d'animation de la recherche.

Si les échanges et l'animation sont un travail en continu, le travail de recherche en soi doit réalistement être circonscrit pour tenir compte d'un ensemble de contraintes inhérentes au travail d'enseignant-chercheur aujourd'hui : le temps et le financement de la recherche. Mes perspectives distinguent donc court-terme et moyen-terme ; les deux étant interconnectés dans la mesure où les travaux de moyen-terme seront développés

de façon connexe dès à présent. Le reste de la section détaille ainsi mes perspectives de court-terme (6.2.1.), de moyen terme (6.2.2.) et celles d'animation de la recherche, en lien avec mon environnement de recherche (6.2.3.).

6.2.1 *Perspective de court terme : les plateformes de santé comme dispositif favorisant la coordination care-soins ?*

Outre un travail de valorisation des approfondissements et actualisations réalisées pour cette Hdr¹²⁰, mes perspectives visent à analyser un élément récent de la transformation des systèmes de santé : les plateformes de santé, dont le développement s'est vu favorisé par la crise du covid. Ce questionnement s'articule avec un projet de recherche collectif : Ortic¹²¹.

L'entrée des plateformes de santé (qui combinent système de prise de rendez-vous et de téléconsultation, comme *Doctolib*) participe de la marchandisation du système de santé sans être directement liée à l'intervention publique¹²². Ces plateformes participent de l'extension du capitalisme sanitaire (Batifoulier, 2014 ; Batifoulier & Da Silva, à paraître). Elles représentent en outre l'arrivée d'un nouveau type d'acteurs, les start-up et licornes¹²³, qui traduit une extension des logiques de financiarisation déjà observées par ailleurs autour du financement de l'assurance maladie (Cordilha, 2021) et de l'hôpital (Alles & Klebaner, 2022). Le recours croissant à ces plateformes, qui constitue un micro-changement, contribue à transformer le système de santé (Habib & Loup, 2019). Cependant les effets de ces transformations n'ont pas encore été analysés spécifiquement, ainsi la manière dont elles modifient les rapports sociaux de production de santé et de protection sociale reste à caractériser.

Bien que les effets des plateformes en santé n'aient pas encore été étudiés, les plateformes (en particulier les plateformes dont l'activité est orientée sur la logistique : messagerie, livraisons de repas) ont déjà été analysées, notamment par des travaux régulationnistes qui ont mis en évidence la manière dont elles contribuaient à transformer le rapport

¹²⁰ Ce travail est déjà enclenché avec des communications en colloque (Gallois, 2022a, b) qui devront être consolidées et des articles à soumettre/en cours (Artis & Gallois, 2022 ; Gallois, à paraître)

¹²¹ Le projet Ortic (Maladies Orphelines et Rares ; Technologies, Information et Coordination), financé par la Drees-Mire court sur la période fin 2021-fin 2023. Il est porté par le Centre d'économie de la Sorbonne, les équipes partenaires sont l'UMR Inserm 1094 NET, Regards et la faculté de médecine de l'Université de Reims Champagne-Ardenne.

¹²² Les plateformes sont indirectement liées à l'action publique en santé à travers le rôle qu'elles ont joué pendant les campagnes de vaccination, et les effets des confinements qui ont favorisé les téléconsultations, la politique de santé en ayant par ailleurs facilité le remboursement. Si l'action publique a favorisé leur expansion, les plateformes lui préexistaient.

¹²³ Une licorne est une start-up non cotée en bourse et valorisée à plus de 1 milliard de dollars. Doctolib est la principale licorne française avec une valorisation à plus de 5,8 milliards de dollars (classement business.cool consulté le 19 juillet <https://business-cool.com/decryptage/classements/classement-licornes-francaises-valorisation/>).

L'entrée de ce type d'acteurs est soutenue par l'État en dehors des politiques de santé puisque le président Macron a annoncé en juin 2022 un objectif de 100 licornes dans le domaine du numérique à horizon 2030 (contre 27 à cette date).

salarial ¹²⁴ et plus largement la dynamique du capitalisme en tant que régulations émergentes (Boyer, 2020 ; Montalban, Frigant & Jullien, 2019)¹²⁵. L'analyse de la manière dont les plateformes santé contribuent à modifier les rapports sociaux de production et de protection sociale afférents s'inscrit ainsi dans la poursuite de ces travaux sur les transformations du capitalisme.

Le projet Ortic va tester l'hypothèse selon laquelle ces plateformes de télésanté constituent un dispositif institutionnel de coordination des prises en charge pour les personnes ayant une maladie chronique rare (Encadrés 9 et 10).

¹²⁴ Des travaux ont plus spécifiquement été menés sur la protection sociale associée à ces travailleurs (Lecomte-Ménahès & Raully, 2021).

¹²⁵ Il existe une variété de modèles économiques et rapports sociaux associés aux plateformes. Ainsi les plateformes non marchandes sont identifiées comme des modèles d'économie collaborative proches ou relevant de commun (Coriat, 2015).

Encadré 9 - Enjeux et problématiques de coordination associées aux maladies rares

Les maladies rares ont une faible prévalence¹²⁶. Selon la définition du ministère de la santé, une maladie rare concerne moins d'une personne sur 2000¹²⁷. Toutefois, 7000 maladies rares (hors cancers rares) sont référencées en France. Si l'incidence d'une seule maladie rare est faible, ces pathologies concernent en fait plus de 3 millions de personnes en France, soit environ 4,5 % de la population¹²⁸. À travers le monde, les maladies rares concerneraient, selon les estimations de l'Inserm, 300 000 millions de personnes (Nguengang Wakap, & al., 2020). Ces maladies étant rares, elles sont peu appréhendées dans la formation de la majorité des professionnels de santé et sont méconnues. Cela entraîne pour les patients des difficultés de diagnostic et de prise en charge. Les centres de référence maladies rares, des pôles d'expertise hospitaliers, permettent un suivi spécifique des patients concernés une fois le diagnostic établi. Toutefois, du fait de cette spécialisation, le centre assure le suivi de patients au-delà du bassin de population usuel, les patients peuvent alors avoir de grandes distances à parcourir pour accéder à ces soins. Par exemple, un des centres de référence pour la myasthénie¹²⁹ couvre l'Ile-de-France, mais aussi le Nord et l'Est... En outre, les maladies rares sont le plus souvent des maladies chroniques, dont les prises en charge supposent également des soins réguliers et de proximité (kinésithérapie, généraliste ...) pour lesquels les malades rencontrent souvent des difficultés à identifier un praticien.

Le développement des technologies de télésanté offre potentiellement un levier face à cette problématique de distance pour le centre de référence et de difficulté à identifier des praticiens locaux. En particulier, les plateformes combinant des applications de prise de rendez-vous, de transmissions de documents et de téléconsultations (Doctolib, Maiia, Ordocolic, etc.) se sont fait connaître durant la crise du covid (campagnes de vaccination) et un nombre croissant de professionnels y sont référencés, ce qui peut faciliter la recherche de praticien pour les personnes atteintes de maladies rares.

Mes travaux ont montré des tensions dans les articulations entre *care* et soins. En particulier, ils ont souligné l'importance du travail de coordination réalisé par le patient et ses aidants associé à la télésurveillance. Plus largement ils ont montré l'importance de cette coordination entre *care* et soins autour de la télémédecine, en particulier dans un système de santé où la coproduction par différents types d'intervenants n'est pas organisée en réseau. Il s'agit alors d'identifier dans quelle mesure les plateformes sont un dispositif de gestion de cette problématique de coordination des soins, mais aussi du *care*. Plus spécifiquement, il s'agira de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que les dispositifs technologiques associés à ces plateformes réduisent/facilitent le travail de coordination des soins et du *care* qui est assumé par le patient et ses aidants ? Ou bien introduisent-ils de nouvelles contraintes et davantage de travail pour ces derniers ? Autrement dit, est ce que cette technologie peut se substituer, au moins en partie, au travail de coordination des prises en charge ? Ou augmente-t-elle le travail ?

¹²⁶ Les maladies orphelines sont des maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement, médicamenteux en particulier.

¹²⁷ D'autres approches plus restreintes retiennent une incidence allant jusqu'à 1 sur 10 000. C'est ce critère qui est retenu dans l'estimation de la prévalence faite par l'Inserm.

¹²⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/les-maladies-rares>

¹²⁹ La myasthénie est une maladie neuromusculaire auto-immune qui a pour conséquence une faiblesse musculaire, les muscles oculaires étant particulièrement touchés, elle s'accompagne de problème de vue.

- Est-ce que les dispositifs associés à ces plateformes, bien qu'ils n'aient pas pour vocation initiale de gérer les inégalités d'accès aux soins, contribuent à apporter une réponse aux problèmes d'inégalités territoriales d'accès aux services de santé à travers leurs fonctionnalités de téléconsultation et de recherche de praticien ? Et pour quel type de services (soins de spécialiste, de généraliste, de paramédical ou de *care*) ? Dans l'affirmative, il apparaîtrait que des dispositifs portés par des organismes marchands peuvent apporter une réponse au fait que la politique publique de télémédecine ne prend pas en compte la matérialité du territoire dans la configuration française.

Encadré 10 - Modalités de mise en œuvre du projet Ortic

Le projet Ortic¹³⁰ repose sur la réalisation d'une enquête auprès des patients, développée en lien avec les associations de patients, qui vise à interroger la manière dont le domicile se transforme en lieu de soins et de coordination des soins et dans quelle mesure les plateformes contribuent à cette gestion. Le travail d'enquête (construction, analyse) permettra de documenter le travail du patient et de ses aidants. Ma participation à la coordination de l'enquête me permettra de prévoir des questions et spécifier des échantillonnages sur le lieu de vie, le volume de travail de *care* informel, etc.

L'expertise que j'ai développée en matière de revue de la littérature ayant trait aux questions de télésanté dans une perspective de comparaison internationale me positionne en tant que responsable du work-package dédié à l'analyse du rôle des plateformes dans les prises en charge au niveau international. Ce travail permettra d'identifier la variété des plateformes et la manière dont elles s'articulent avec les systèmes de santé nationaux. Les premières recherches montrent que ces plateformes de télésanté se développent sur des fonctionnalités différentes selon les pays, s'articulant ainsi aux spécificités des systèmes de santé nationaux.

Outre une restitution pour la Mire-Drees, les résultats associés à ce projet feront l'objet d'une diffusion auprès des associations de patients, qui sont partenaires du projet. Par ailleurs, les résultats feront l'objet d'articles qui seront proposés en revue d'économie de la santé (la dimension comparative favorisant des publications en anglais) comme dans des revues de santé, en particulier Orphanet Journal of Rare Diseases.

Au-delà, de la réponse à ces questions, ce travail contribuera à caractériser les micro-fondations du changement institutionnel dans la perspective ouverte par Hacker, Pierson & Thelen (2015) ; Mahoney & Thelen (2010), sur la base d'un cas où le changement institutionnel n'est pas spécifiquement lié à l'intervention publique, mais provient de l'entrée d'un nouveau type d'offreur. Il contribuera également à approfondir la caractérisation des articulations entre développement de la sphère marchande et travail

¹³⁰ Je n'évoque ici que les work-packages d'Ortic au sein desquels je suis directement impliquée (WP1 et 3). Au global, le projet se décompose en 4 work-packages (plus le work-package de coordination) :

- WP1 : Réalisation d'une revue de la littérature sur les plateformes d'orientation et de prise de rendez-vous.
- WP2 : Analyse la coordination territoriale (numérique) de la prise en charge des maladies rares.
- WP3 : Réalisation d'une enquête auprès des membres du collectif d'associations Solidarité handicap autour des maladies rares. Le questionnaire permettra aux enquêtés d'exprimer leur point de vue et leurs souhaits par rapport à la coordination des soins et au rôle à jouer par les plateformes numériques.
- WP4 : Analyse de la place de l'éthique médicale dans la prise en charge numérique.

domestique de *care* dans le système de santé. Il abordera en effet un autre public et une autre sectorisation institutionnelle du *care*, celle associée aux dispositifs du handicap. Enfin, il contribuera à mieux appréhender les régulations territoriales de la santé.

Ce travail ouvre par ailleurs un ensemble de sujets d'étude complémentaires sur lesquels je pourrai encadrer des mémoires d'étudiants du master 1 Chargé d'études en économie de la santé et de la protection sociale (voir coencadrer pour des étudiants du master Intervention et développement social ou Management des organisations du sanitaire et social, qui travaillent ces objets, mais relèvent d'autres disciplines).

- Les difficultés matérielles de recours aux dispositifs du handicap (il s'agirait notamment de savoir comment sont appréhendées les problématiques liées au numérique et celles liées au lieu de vie)
- Analyse des enjeux de la publicité des organisations de santé et de la notation des médecins sur des plateformes aux États-Unis (et sur google)
- Une comparaison des dispositifs de prise en charge des maladies rares / du handicap entre deux pays
- Le modèle économique des licornes

Ces sujets pourraient également être traités dans le cadre de stages, qu'il s'agisse de stage au sein du laboratoire (découverte de la recherche en L3) ou de stage dans des organismes du système de santé et/ou de protection sociale réalisé par des étudiants de Master (un stage en maison départementale du handicap ou en agence régionale de santé serait très adapté pour un travail sur les dispositifs du handicap).

Outre que ce travail offre des possibilités d'analyse de sujets connexes qui peuvent contribuer à former des étudiants à la recherche par la recherche, il contribuera également à venir nourrir mes enseignements en économie de la santé. Il apportera un éclairage sur les transformations actuelles du système de santé, mais aussi permettra d'aborder la problématique des maladies rares, peu appréhendées dans les manuels d'économie de la santé (Batifoulier, Da Silva & Domin, 2018 ; Castiel, 2020 ; Hirtzlin, 2007)

6.2.2 Perspectives de moyen terme

À moyen terme, mes perspectives sont de deux ordres : un approfondissement du travail de comparaison internationale du *care* dans les systèmes de santé et le développement d'une analyse des régulations associées à des politiques publiques émergentes, celles issues de l'économie comportementale.

Approfondir la comparaison internationale : le care dans les systèmes de santé

La comparaison internationale des modèles de santé ou de protection sociale est un domaine de recherche important (Christine André, 2015 ; Aspalter, 2021 ; Daly & Lewis, 2000 ; Esping-Andersen, 2008 ; Hassel & Palier, 2021 ; Joumard, Christophe André & Nicq,

2010 ; Palier & Hay, 2017 ; Théret, 2000, 2008, 2011). Cependant, ces comparaisons internationales sont réalisées sur la base de grands agrégats qui permettent de soutenir la comparaison, mais où le *care* est mal mesuré quand il est produit dans la sphère économique (par exemple, l'indicateur de la dépense totale de santé¹³¹ n'intègre qu'une petite partie du *care*) comme dans la sphère domestique. Rares sont les comparaisons qui reposent sur une caractérisation des dispositifs au-delà des flux monétaires qu'ils engagent¹³² ou de grands agrégats sur les *output* (espérance de vie). En outre, bien que de nombreux travaux analysent l'impact d'un élément de changement du système dans une configuration institutionnelle donnée, la caractérisation des dynamiques associées à la marchandisation du système doit combiner l'analyse des dispositifs (Christine André, Batifoulier & Jansen-Ferreira, 2016) et les régimes de fonctionnement. La combinaison de ces deux éléments permet en effet de mieux appréhender le changement institutionnel (Laurent, & al., 2021 ; Mahoney & Thelen, 2010). L'approfondissement de mon travail de comparaison des systèmes de santé apportera des éléments en ce sens.

La comparaison internationale de la télémédecine a montré que les articulations *care-soins* ne sont pas organisées de façon similaire dans les différents systèmes. Par ailleurs, l'analyse de la télésurveillance et de l'aide à domicile en France a permis d'identifier cinq grands types de mécanismes qui viennent modifier les rapports sociaux de production et de protection sociale (cf. supra, 6.1.).

Ces mécanismes, associés à la marchandisation du système de santé français se retrouvent-ils dans d'autres pays dont les systèmes de santé connaissant également une dynamique de marchandisation mais dont les systèmes de soins, de *care* (Assous, 2001 ; Simonazzi, 2009), et de protection sociale (Esping-Andersen, 2008 ; Hassel & Palier, 2021 ; Palier & Hay, 2017 ; Théret, 2011) reposent sur d'autres configurations institutionnelles, qui sont elles-mêmes dynamiques ? Un travail de comparaison internationale permettra d'interroger le degré de généralité de ces mécanismes et/ou d'en identifier d'autres. Il contribuera ainsi à une meilleure compréhension des dynamiques de marchandisation de la santé.

Toutefois, un tel travail est de grande ampleur et doit être circonscrit pour une perspective de moyen terme. Un élément fondamental des articulations *care-soins* est associé aux dispositifs institutionnels qui contribuent à la sectorisation de domaines d'activité comme l'aide à domicile et la télésurveillance que j'ai particulièrement analysés. L'identification des différentes sectorisations institutionnelles et des articulations *care-soins* qu'elles organisent formellement, constitue ainsi un élément essentiel en vue de tester le degré de généralité des mécanismes identifiés dans la configuration française. Cette sectorisation repose en France sur des dispositifs organisant les formes de

¹³¹ L'OCDE définit les dépenses de santé comme « les dépenses de consommation finale de biens et services de santé. Elles comprennent les dépenses d'origine publique et privée (y compris celles des ménages) consacrées aux soins curatifs, de réadaptation et de longue durée, ainsi qu'aux biens médicaux tels que les produits pharmaceutiques. Elles incluent aussi les dépenses afférentes aux programmes de santé publique et de prévention, et à l'administration » (OCDE, 2022).

¹³² Par exemple, le type de financement de la dépense par assurance sociale ou par impôt est pris en compte comme caractéristique du dispositif.

socialisation des dépenses de *care* et de soins. L'objectif sera alors de préciser finement les modalités de couverture sociale de ces deux domaines de la santé, en prolongeant l'entrée de l'aide à domicile. Il s'agira de répondre aux questions suivantes : quelles sont les frontières institutionnelles entre secteur de l'aide et des soins ? Dans quelle mesure sont-elles similaires ou non ? Est-ce que les dispositifs du *care* et des soins offrent une même ampleur, logique et forme de socialisation ? Quels écarts ?

Il s'agira également de caractériser les formes de régulation territoriales du *care* et des soins, plus spécifiquement : existe-t-il des modalités concrètes de gestion de la contrainte territoriales ? Quelles formes prennent-elles (existence d'offre de soins, organisation de cette offre) ? Cet élément est en effet apparu essentiel dans le cadre de la comparaison de la télémédecine. La méthode de mise en œuvre est présentée dans l'Encadré 11.

Encadré 11 – Méthode de mise en œuvre

Ce travail reposera en premier lieu sur l'analyse de la littérature académique sur le domaine pour les pays concernés. Cette analyse permettra de dresser un premier panorama mais surtout, en remobilisant la méthodologie développée pour la comparaison internationale de la télémédecine, d'identifier des sources administratives pour les différents pays analysés. Cette littérature administrative (et son identification) est indispensable pour construire la sectorisation et les articulations *care*-soins au regard des dispositifs. En complément, des entretiens avec certains auteurs (de la littérature académique et administrative) permettront de mieux appréhender les dispositifs et sectorisation liées. Ce travail reposera également sur l'organisation de données de cadrage des dépenses de santé et des dépenses sociales au moyen de bases de données comparatives internationales (Eurostat et OCDE pour les dépenses de santé et systèmes de santé, OCDE sur les prestations sociales en nature reliées au *care*, OCDE sur les enquêtes emploi du temps) qui permettront de comparer l'ampleur des dispositifs de socialisation.

Ces éléments amorceront une comparaison internationale des systèmes qui permettra d'engager des collaborations avec les spécialistes de ces domaines dans les pays ciblés par notre analyse. Je pense en particulier à Velnet, le réseau danois sur l'étude de l'État social, porté par l'Université de Roskilde, et la Social Policy Association au Royaume-Uni, tous deux rattachés au réseau européen d'analyse des politiques sociales, Espanet qui organise un colloque annuel. Le Réseau Thématique de Sociologie des politiques sociales (RT6) auquel je participe régulièrement¹³³ étant membre d'Espanet, des liens pourront être créés par connexion de réseaux. La réalisation d'une mobilité (dans le cadre d'un Erasmus prof ou d'un CRCT) permettra de solidifier les collaborations en vue d'organiser par la suite un travail de terrain comparatif permettant d'apporter des éléments de réponse venant ou non conforter les mécanismes identifiés dans le cas français.

Ce travail de construction de réseau sera poursuivi dès maintenant sur la base de la présentation du cas français et des perspectives de comparaison ouvertes lors de colloques/journée d'études, mais aussi de la valorisation de mes travaux dans des revues anglo-saxonnes (sont particulièrement visées le *Cambridge journal of economics*, la

¹³³ J'ai enclenché les travaux avec le RT6 à partir de 2013, et ai été membre du bureau de 2017 à 2021. Je contribue toujours aux échanges avec le réseau. Ma proposition de communication pour le prochain inter-congrès, coorganisé avec Espanet, a été retenue (cf. CV).

Review of social Economy, ainsi que le *Journal of Health Politics, Policy and Law* et le *Journal of the Economics of Ageing*). Le travail bibliographique associé à la comparaison en elle-même sera lui développé de façon soutenue à partir de la fin du projet Ortic.

Ces différents travaux permettent d'envisager des publications sur les résultats de la comparaison internationale et le changement institutionnel à la fois dans des revues d'économie générale, d'économie de la santé ou dans des revues plutôt identifiées comme relevant de la sociologie, mais étant pluridisciplinaires sur les politiques sociales.

La comparaison entre territoires (comme dans le temps) occupe une place importante dans les approches régulationnistes, qu'il s'agisse de travaux de portée macro (cf. numéro 11 et 21 de la revue de la régulation par exemple) ou développés au niveau méso (Dervillé & Allaire, 2014 ; Dervillé, & al., 2019). Cette comparaison permet de mieux appréhender les spécificités de régulations situées et la variété de celles-ci. L'analyse que je propose s'inscrit dans cette perspective, mais constitue également un approfondissement puisqu'elle questionne spécifiquement la manière dont les articulations entre des espaces méso (le soin et le *care*) diffèrent dans les systèmes de santé et la manière dont les mécanismes de régulation associés diffèrent ou non. La comparaison permettra ainsi de mieux appréhender les éléments de différenciation et de complémentarités entre des espaces méso, contribuant ainsi à mieux caractériser ce qu'est un espace méso (Lamarche, & al., 2021).

Cette perspective ouvre dès à présent un ensemble de sujets d'études complémentaires que je compte proposer à des étudiants de L3 ou pour des mémoires d'étudiants du master 1 Chargé d'études en économie de la santé et de la protection sociale.

- La flexisécurité au Danemark 20 ans après
- Les frontières entre travail et emploi pour le *care*
- Comparaison des politiques de santé / de dépendance / de vieillesse entre deux pays
- Revue de littérature sur les comparaisons internationales en santé/protection sociale : apports et limites

Il ouvre également des perspectives de sujet de thèse que je pourrai encadrer autour d'une comparaison internationale des transformations des systèmes de santé associés à des transformations liées au *care* et des régulations associées (télémédecine, Ehpad, etc.). Enfin, ce travail contribuera à venir nourrir mes enseignements en économie de la santé. Il permettra de mieux faire ressortir les spécificités du système de santé et son positionnement relativement aux autres pays, les étudiants rencontrant parfois des difficultés à appréhender la variété des systèmes de santé/protection sociale.

Dans une moindre mesure, il pourra également venir éclairer des enseignements de comptabilité nationale sur les problématiques de définition, puis de mesure de l'activité économique contribuant au PIB et des variations nationales de ce qui est mesuré et comment cela est mesuré (par exemple, le type de socialisation du financement de la dépense de santé joue sur le poids de la consommation des ménages affectée à la santé pour des pays où la dépense de santé est comparable).

Analyser de nouveaux mécanismes de régulation émergents : régulation par les manipulations ?

En parallèle aux politiques de marchandisation de la santé et des soins, dont les travaux conventionnalistes ont mis en évidence des fondements associés à la théorie standard (et ses extensions)¹³⁴, des politiques publiques associées à d'autres fondements théoriques se développent. Il s'agit des politiques publiques comportementales, qui reposent sur les enseignements de l'économie comportementale. De façon schématique, ces politiques, associées au paternalisme libéral, reposent sur l'introduction de dispositifs visant à modifier les comportements sans pour autant relever de la coercition ou reposer sur des mécanismes incitatifs faisant varier les prix. Elles ne sont pas non plus associées à des mécanismes de redistribution ou de socialisation des dépenses, courantes dans le domaine de la protection sociale. Les dispositifs les plus connus des politiques comportementales reposent sur l'exploitation de biais cognitifs et sont qualifiés de *nudges* (Thaler & Sunstein, 2008). Les *nudges* n'englobent cependant pas l'ensemble de la palette des politiques publiques comportementales¹³⁵. Les politiques publiques comportementales cherchent à influencer les choix en modifiant les préférences de l'agent et leur ordre, qui sont constitutifs de l'identité de ceux-ci selon la conception d'Akerlof & Kranton (2000, 2010). Ces politiques ne relèvent pas *a priori* de politiques de marchandisation : elles n'agissent pas sur les mécanismes de prix, elles ne cherchent pas à renforcer des logiques concurrentielles... Néanmoins, elles cherchent à orienter les choix des agents vers ce qu'un groupe politique dominant juge comme étant un bon choix. De ce fait, elles peuvent être complémentaires de la marchandisation associée à la responsabilisation des individus par des mécanismes incitatifs reposant sur l'approche utilitariste, une forme de marchandisation que Christine André, Batifoulier & Jansen-Ferreira (2016) qualifient de privatisation incorporée. Ces politiques restent néanmoins relativement peu explorées dans le domaine de la santé et de la protection sociale, et lorsqu'elles le sont, c'est principalement sous un angle normatif et associé à des dispositifs de prévention (Le Grand & New, 2015 ; Oliver & Ubel, 2014).

La politique proposée par Dellagiusta (2014) sur le *care* est ainsi exemplaire de cette approche. Elle repose sur la prise en compte de l'identité en vue de modifier les

¹³⁴ La théorie standard renvoie ici à ce que les travaux conventionnalistes qualifient comme tel à la suite de Favereau (1989).

¹³⁵ En parallèle aux *nudges*, on trouve également un ensemble de politiques reposant sur des dispositifs qualifiés de *boost*. La distinction entre *nudges* et *boost* donne lieu à débat dans le domaine de la philosophie économique (Grüne-Yanoff, 2018 ; Grüne-Yanoff & Hertwig, 2016 ; Sims & Müller, 2019). Schématiquement, les *nudges* visent à modifier les comportements en recourant à des biais cognitifs, donc en manipulant les agents, tandis que les *boosts* visent à apporter des connaissances aux agents afin qu'ils changent leurs comportements compte tenu des informations nouvellement disponibles. Ainsi, influencer les choix d'un agent en modifiant le placement des produits relève du *nudge* (un exemple bien connu est celui du placement de produit dans une cafétéria, selon que des fruits sont placés en début ou fin de ligne les consommateurs ne feront pas les mêmes choix, la probabilité de choisir des fruits étant plus élevée si ils sont bien visibles), tandis que modifier les choix en lui apportant une meilleure connaissance relève du *boost* (par exemple, les messages de santé publique sur le fait de ne pas manger « trop gras, trop sucré, trop salé », ou encore sur les gestes barrières liées au Covid-19 pourraient *a priori* relever de cette catégorie).

comportements. En analysant le *care* et le ressenti des aidants, elle considère qu'être en accord avec la norme sociale selon laquelle le *care* est quelque chose de positif et que la famille doit y participer et le bien-être sont reliés, autrement dit, être en accord avec cette norme est associé à davantage de bien-être chez l'aidant. Les personnes consentant à cette norme éprouvent ainsi davantage de bien-être dans leur rôle d'aidant. L'acceptation de la norme sociale est caractérisée comme relevant de l'identité. Afin d'encourager ce type d'aide, elle propose de renforcer la promotion de cette norme sociale, dans la perspective de modifier les préférences au profit d'une identité positive d'aidant. Selon l'auteur, la modification de la norme sociale permettrait d'encourager les prises en charge familiales. Cela conduirait ainsi à renforcer les normes de mise au travail gratuit et permettrait de limiter les financements publics. Ce type de politique peut ainsi contribuer à soutenir les contractions des prises en charge socialisées de *care* et à modifier les relations de protection sociale. Les logiques de mise au travail gratuit se verraient d'ailleurs directement et explicitement encouragées par la sphère politique. La question de l'identité et des normes sociales devient ainsi une question de régulation.

Bien que ces politiques restent ténues dans le domaine de la santé (elles sont mobilisées dans le domaine de la prévention) et de la protection sociale en France, leur développement fort dans d'autres domaines appelle à développer une veille sur ces politiques et à anticiper la nécessité de les analyser. Prendre en compte ces mécanismes cherchant à agir directement sur les comportements des individus en modifiant leurs préférences invite à une exploration critique de ces politiques et des travaux en économie de l'identité¹³⁶.

Les travaux régulationnistes évoquent souvent, par abus de langage et faute de terme plus approprié, l'idée de compromis de régulation, qui renvoie implicitement à un arrangement entre les parties et qui est associé à des concessions mutuelles. Le compromis autour du rapport salarial fordien est ainsi présenté comme un accord selon lequel en échange d'un salaire élevé, les salariés sont tenus de se plier aux méthodes de la production de masse et à la standardisation du travail. Pour autant, les mécanismes de régulation que ces travaux mettent en évidence permettent d'identifier d'autres formes de régulations, qui reposent sur des mécanismes peu visibles et non explicites, comme la régulation par l'opacité (Laurent & Landel, 2017). Dans la mesure où ils reposent sur des biais cognitifs pour faire évoluer des comportements dans une direction souhaitée, les *nudges* (et les dispositifs issus politiques publiques comportementales) correspondent-ils à un mécanisme de régulation émergent, celui d'une régulation par la manipulation ? Une régulation par la manipulation nécessite en premier lieu une intentionnalité du dispositif (et de ceux qui le conçoivent) de générer un certain comportement, comme selon l'exemple de Dellagiusta (2014) que les familles fournissent davantage de *care* gratuit.

¹³⁶ Avec une approche régulationniste, Barthélemy & Nieddu (2003) et Nieddu (2006, 2007) ont proposé d'envisager la construction patrimoniale comme une construction identitaire. En particulier Nieddu (2006) a montré l'intérêt d'en tenir compte dans les logiques d'échange et la qualification des biens. L'analyse de politiques visant à modifier le comportement des personnes nécessite de prolonger cette proposition.

Les dispositifs associés aux politiques publiques comportementales peuvent également venir soutenir un comportement qui existerait indépendamment de celles-ci, en soulageant par exemple les coûts émotionnels associés au *care* gratuit. Les *boosts*, des dispositifs qui codifient une information en vue de modifier ou soutenir un comportement pourraient agir en ce sens. Les expérimentations évaluant l'impact de ces dispositifs permettent de souligner leurs effets positifs par rapport à des objectifs prédéfinis (Lazarcic & Toumi, 2022). Elles n'analysent cependant pas les mécanismes et formes de régulation qui y sont associés.

Pour développer une telle analyse sur les régulations du *care* dans le système de santé, il est nécessaire d'identifier et qualifier les dispositifs associés : est-ce que de tels dispositifs sont mobilisés ? Par qui ? Des organismes publics ? Des associations d'aidants ? Des prestataires de services ? Ces dispositifs sont-ils mobilisés de façon explicitement manipulatrice ? Ou sont-ils mobilisés de façon implicite ? Dans cette optique, quel est l'objectif associé ? Limiter les coûts socialisés en favorisant les prises en charge gratuites ? Ou bien soutenir des personnes qui assureraient ces prises en charge indépendamment (faute de connaissance des dispositifs socialisés ou de leur limitation, faute de revenu pour recourir à un prestataire, en raison d'une obligation morale ou légale ou bien encore par amour) ? Selon les réponses à ces questions, il sera possible de caractériser une modification de la forme de la régulation et/ou de mettre en évidence que les dispositifs associés aux politiques publiques comportementales viennent soutenir, de façon complémentaire, les mécanismes de régulation en place.

Les travaux en philosophie économique discutant la conception standard de l'agent économique (Davis, 1995, 2003, 2006, 2011 ; Davis & McMaster, 2017 ; Hédoïn, 2015 ; Kirman, 2010)¹³⁷ ouvrent une perspective intéressante pour répondre à ces questions. Des premières investigations dans ce domaine ont permis de dresser un panorama de la prise en compte de l'identité en économie de façon générale, et dans le domaine de la santé (Gallois & Hédoïn, 2017, 2018). Cette analyse offre une grille de lecture permettant de discuter si les dispositifs soutiennent les agents dans leurs choix ou au contraire les manipulent (voir restreignent leurs choix). Cette perspective contribuera à discuter les

¹³⁷ Kirman et Teschl (2004) proposent une conception de l'identité sur la base de trois caractéristiques qui sont constitutives de l'identité d'un agent. La première caractéristique se rapporte à la dimension *what* de l'identité, c'est-à-dire la manière dont l'agent organise ses préférences. La deuxième caractéristique renvoie à la dimension *where* de l'identité, c'est-à-dire au groupe social auquel elle appartient. La troisième caractéristique correspond à la dimension *who* de l'identité, c'est-à-dire la perception de soi. Pour Kirman & Teschl (2004, p. 63), cette dimension de l'identité réfère à "*the idea of self-reflexive human being who has the capacity of actively discovering and consciously creating her identity within a given historical and social context*". Cette dimension du *who* ait été largement négligée en économie, il y a eu toutefois quelques tentatives pour enrichir la conception standard de l'agent et pour rendre compte des capacités autoréflexives de l'agent économique. Ainsi, Davis (2011) l'envisage sur la base de critères d'unité et de réidentification. De façon complémentaire, Hédoïn (2015, p. 99) propose de tenir compte de cette identité sur la base de deux conditions. La première est une condition de délimitation (*boundary condition*) de l'agent, la seconde est une condition narrative (*narrative condition*), qui suppose que l'individu se perçoit comme une unité de choix et d'action et peut donner un sens à la continuité de ses décisions prises dans le passé et aux décisions qu'il envisage de prendre dans le futur.

fondements normatifs des politiques comportementales, en particulier celles associées au système de santé.

Cette perspective contribue également à ouvrir ensemble de sujets d'études complémentaires sur lesquels je pourrai encadrer des travaux d'étudiants¹³⁸

- Les dispositifs d'aide aux aidants relèvent-ils des politiques publiques comportementales ?
- Les politiques de prévention santé en nutrition
- Les politiques de prévention du tabac

6.2.3 *Environnement de recherche et animation de la recherche*

Mes recherches me positionnent à l'intersection de plusieurs communautés qui constituent mon environnement de recherche et auxquelles je compte contribuer. Je les présente ici en deux catégories : i) une communauté thématique, celle des économistes de la santé, dans une conception large de la santé incluant le *care* et la dépendance, et articulée à la protection sociale et ii) une communauté théorique : celle des régulationnistes.

Communauté thématique de l'économie de la santé, incluant le care

Mes travaux de court et moyen terme contribueront à l'analyse des transformations du système de santé et de protection sociale associée à la marchandisation de la santé en France, dans son ensemble et sous les angles spécifiques de l'aide à domicile et des nouvelles technologies. Ils rejoignent en ce sens les problématiques travaillées par des économistes du CEPN, du CES, et dans une moindre mesure, du Clersé pour ce qui est du système de santé. Pour ce qui est des problématiques liées à la dépendance, ces dernières sont plus particulièrement travaillées au Lest, au Lemna, au Clersé et au Creg. Des espaces d'échanges, auxquels je contribue régulièrement, existent de façon relativement structurée avec les journées de l'Association d'économie sociale (AES), le séminaire capitalisme sanitaire (et ses déclinaisons) du CEPN, voir des sessions santé dans le cadre de colloque. Par ailleurs, la Mire-Drees organise des journées de suivi et d'échanges entre les différents porteurs et membres de projets qu'elle finance, ma contribution à Ortic viendra ainsi nourrir ces travaux. Enfin, ma contribution est également orientée vers la communauté travaillant les politiques sociales et rattachée à l'association française de sociologie (AFS) et à Espanet. Mon projet sur la comparaison internationale va m'amener à devoir étendre ce réseau (cf. supra).

Le système de santé français, dans son ensemble soins et *care*, fait l'objet de réformes et transformations régulières, que celles-ci soient impulsées légalement ou bien sous forme de plan, liée à l'émergence de nouveau type d'acteurs facilitée par le covid (plateformes

¹³⁸ Au regard de mes enseignements actuels, les liens ne sont pas évidents, mais ce travail pourrait venir nourrir des enseignements en économie normative, en analyse des politiques économiques, en économie comportementale ou encore de panorama de la discipline.

de prise de rendez-vous médicaux, de téléconsultation, etc.). La crise sanitaire du covid est en outre venue accentuer certaines difficultés du système : la répartition inégale et l'insuffisance de professionnels de santé (que cette répartition soit territoriale ou entre type d'exercice/de spécialité) et en lien les problématiques d'accès aux soins et à la santé. Du côté de la dépendance, une réforme est annoncée (régulièrement). D'autres transformations sont également observées (par exemple, l'utilisation croissante des technologies numériques). Ces transformations en cours sont analysées par la communauté de recherche étendue dans laquelle je m'inscris.

Les transformations à venir ouvrent également en soi un ensemble de perspectives collectives. Outre des terrains et questions de recherche sur lesquels je prévois d'encadrer des étudiants, ces transformations ouvrent des possibilités de répondre à des appels à projets, à des questionnements des acteurs socio-économiques avec lesquels je compte poursuivre ou construire des partenariats, etc.

En effet, dans le domaine de la santé, les appels à projets sont largement liés à l'analyse aux évolutions récentes du système, que ce soit au niveau national ou européen. C'est dans cette perspective que la Mire a lancé son appel à projet sur les usages et effets des technologies numérique dans le champ de la santé, de l'autonomie et de l'accès aux droits, auquel je contribue *via* Ortic. Ces transformations intéressent et interrogent également les acteurs du « monde socio-économique » développant des services de *care* ou encore les collectivités et services de l'État par leurs compétences dans le domaine du développement économique ou santé/social. La démarche analytique et partenariale que j'ai développée sur la marchandisation des systèmes de santé permet d'éclairer ces questionnements et d'ouvrir des opportunités pour coconstruire des projets de recherche « industrielle », que je pourrais mener ou bien qui s'inscriraient en complémentarité avec mes travaux et ouvriraient des sujets de recherche que je puisse encadrer.

Ce type de projet, et leur réalisation, est cependant largement soumis à un ensemble d'aléas politiques. En premier lieu, car ce sont souvent de nouveaux dispositifs ou politiques qui viennent interroger les acteurs (cf. l'origine de mon travail doctoral). La dimension politique ne se restreint toutefois pas à de nouveaux dispositifs. Ainsi, un travail entrepris avec le Conseil régional de Champagne-Ardenne sur les services de proximité a été stoppé net avec la fusion des régions, les services de proximité n'étant plus considérés comme un élément prioritaire pour les élus de la nouvelle collectivité. *A contrario*, la fusion des régions combinée au départ de l'armée de la ville de Châlons-en-Champagne et aux reconfigurations des services régionaux dans l'ex-préfecture ont conduit la ville à orienter une partie de son développement économique sur la *silver economy*, entendue comme l'ensemble des biens et services destinés aux seniors, ce qui a permis de développer une collaboration¹³⁹. De la même manière que la politique sur les services à la personne, la politique sur la *silver economy* interroge les frontières de cette

¹³⁹ La collaboration a été initiée avec la réponse conjointe à un appel à projet régional (dispositif innov'action). Nous étions en partenariat avec l'Université Technologique de Troyes, le CCAS de Chalons en Champagne et Cité en Champagne. Au sein de ce projet, j'étais responsable de deux *work-packages*, le premier était relatif aux modèles économiques potentiellement envisageables, le second consistait en la définition d'un projet de thèse autour de la *silver economy* sur le territoire chalonnais.

sectorisation souhaitée par la puissance publique, son articulation à la protection sociale et aux dynamiques de celle-ci... Une partie du travail de collaboration avec la collectivité chalonnaise a donc visé la coconstruction d'un projet de thèse sur la régulation de la *silver economy*, que celle-ci financerait. Ce projet s'est concrétisé et je coencadre avec Domin le travail doctoral, qui a donné lieu à de premières publications (Oget, 2018, 2021, 2022).

Communauté théorique des régulationnistes

Comme cela a été montré au long de ce manuscrit, mes travaux et perspectives adoptent une approche régulationniste et contribuent à cette communauté. Ma contribution se trouve également dans l'animation de la communauté régulationniste, à travers ma participation active au comité de rédaction de la Revue de la régulation (depuis 2021), ainsi qu'avec l'animation du groupe RST/régulation méso (depuis 2013)¹⁴⁰.

L'étude de régulations émergentes, à l'échelle du secteur, du territoire ou autre niveau méso, pose en effet un ensemble de questionnements méthodologiques : comment en effet saisir des phénomènes nouveaux et les mécanismes de régulation qui y sont associés ? comment rendre compte des articulations entre analyse méso et dynamique macro ? ces différents questionnements ont été abordés au cours de ce manuscrit. Bien que liés aux domaines étudiés, ils sont également intrinsèquement liés à la démarche régulationniste. Quels enseignements généraux peut-on tirer d'un ensemble d'analyses régulationnistes portant sur des domaines tout aussi différents que l'agriculture, les organisations coopératives, la santé ou encore le sport professionnel ? Tels sont les questions de travail principales du groupe.

Dans un premier temps, j'ai sollicité des financements auprès de la MSH Paris-Nord pour financer l'activité d'un groupe restreint, mais le développement de l'utilisation des outils de visio permis par la crise du Covid, qui réduisent la contrainte temporelle et suppriment la contrainte financière de déplacement ont permis au groupe de connaître une extension de son noyau dur. Au cours de ses 3 à 4 séminaires annuels, il réunit une quinzaine de chercheurs, provenant principalement des universités de Grenoble (Pacte et Creg), Paris 7, Bordeaux et de différents sites de l'Inrae, ... et connaît une extension à l'international, ses travaux intéressant des chercheurs australiens, québécois et japonais.

Le groupe constitue un espace ouvert de coconstruction et de réflexion. J'ai toutefois identifié un thème de travail relativement englobant et sur lequel je souhaite solliciter un certain nombre de travaux¹⁴¹ : saisir de nouveaux mécanismes de changement institutionnel par l'analyse régulationniste méso. En effet, l'analyse de l'évolution des compromis institutionnels apparaît peu opérante, ceux-ci ne pouvant s'identifier qu'ex-post. Or l'analyse d'espaces méso peut contribuer à identifier non seulement des régulations émergentes mais aussi les mécanismes de régulation qui y sont associés.

¹⁴⁰ Ce groupe trouve ses origines au début des années 2000 où il s'est structuré autour de dynamique de publications collectives de synthèses (Économie appliquée, 2004 ; Laurent & du Tertre 2008), mais s'est distendu. J'ai entrepris d'en relancer l'activité et en repris l'animation à partir de 2013. Des séminaires réguliers ont ainsi été organisés, de même que des sessions dédiées en colloques. Les travaux du groupe ont été soutenus par la MSH Paris-Nord de 2013 à 2018.

¹⁴¹ Ce thème de travail ne se veut pas exclusif.

Cette proposition vise à impulser des travaux conjoints. Elle permettra également la mise en place d'un programme de travail avec sessions de colloques (l'Afep 2023) et proposition de numéro spécial à la revue d'économie industrielle. Ce travail permettra également de coconstruire avec les membres du groupe une internationalisation accrue de ses travaux. Dans cette perspective, je compte proposer une session sur au moins un des colloques clés (l'EAEPE et SASE) et solliciter des revues susceptibles d'être intéressées par les travaux des membres du groupe et son approche régulationniste (par exemple, *Journal of Economic Issues*, *Review of Social Economy*, *Forum for Social Economics*).

Bibliographie

- ABECASSIS P., BATIFOULIER P., COUTINET N., & DOMIN J.-P. (2017), "Éditorial: La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer efficacité avec inégalité", *Revue française de socio-économie*, n° 1, pp. 13-22.
- ABECASSIS P., COUTINET N., & DOMIN J.-P. (2008), "Logiques industrielles versus droits sociaux : une application au secteur de l'assurance maladie complémentaire", in *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux*, ed. J.-P. Domin, M. Maric, S. Delabryère, & C. Hédoin. Paris: Éditions de L'Harmattan, pp. 153-166.
- (2018), "Les transformations de l'assurance maladie complémentaire à la lumière de la démutualisation/hybridation des banques coopératives", *Revue d'économie industrielle*, Vol. 161, n° 1, pp. 9-38.
- ADJERAD R., & al. (2019), "Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé: édition 2019".
- AGENCE NATIONALE DES SERVICES A LA PERSONNE (2010), "*Rapport d'activité 2009*", ANSP.
- AKERLOF G. A., & KRANTON R. E. (2000), "Economics and identity", *Quarterly journal of Economics*, Vol. 115, n° 3, pp. 715-753.
- (2010), *Identity Economics: How Our Identities Shape Our Work, Wages, and Well-being*. Princeton: Princeton University Press.
- ALLAIRE G. (2019), "Hommage - L'économie institutionnelle selon Martino Nieddu, lecteur du Temps des travailleurs...", *Économie rurale*, Vol. 368, n° 2, pp. 7-17.
- ALLARD-POESIE F., & PERRET V. (2003), "La recherche-action", in *Conduire un projet de recherche, Une perspective qualitative*, ed. Y. Giordano. Colombelle: EMS management & société, pp. 85-132.
- ALLEN C. R. (2011), "The use of email as a component of adult stammering therapy: A preliminary report", *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 17, n° 4, pp. 163-167.
- ALLES L., & KLEBANER S. (2022), "The social construction of the French private clinics market. From concentration to financialization.", *SASE*, Amsterdam.
- AMABLE B. (2005), *Les cinq capitalismes*. Paris: Seuil.
- (2016), "Institutional complementarities in the dynamic comparative analysis of capitalism", *Journal of Institutional Economics*, Vol. 12, n° 1, pp. 79-103.
- ANDRE CHRISTINE (2002), "The welfare state and institutional compromises: from origins to contemporary crisis", in *Régulation Theory, The State of the Art*, ed. R. Boyer, & Y. Saillard. New York: Routledge, pp. 94-100.
- (2006), "Vers une norme globale des dépenses de santé en Europe ?", *Revue Sociologie Santé*, n° 25, pp. 49-76.
- (2007), "Les typologies des évolutions des systèmes de santé en Europe. Quelles évolutions ?", *Économie appliquée*, Vol. 60, n° 1, pp. 37-68.
- (2015), "Les systèmes de santé européens en longue période", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17.
- ANDRE CHRISTINE, BATIFOULIER P., & JANSEN - FERREIRA M. (2016), "Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification", *International Social Security Review*, Vol. 69, n° 1, pp. 3-23.
- ANSEM (2014), "Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile", *Recommandation de l'ANESM*.

- ANTONICELLI R., & al. (2008), "Impact of telemonitoring at home on the management of elderly patients with congestive heart failure", *Journal of telemedicine and telecare*, Vol. 14, n° 6, pp. 300-305.
- ARAH O. A., WESTERT G. P., HURST J., & KLAZINGA N. S. (2006), "A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 18, n° suppl_1, pp. 5-13.
- ARCHAMBAULT E. (2003), *Comptabilité nationale, 6e édition*. Paris: Economica.
- ARNAULT L. (2020), "Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011", *Dossiers de la DREES*, n° 59.
- ARNAULT L., & ROY D. (2020), "Allocation personnalisée d'autonomie: en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié", *Etudes et résultats*, n° 1153.
- ARROW K. J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American economic review*, Vol. 53, n° 5, pp. 941-973.
- ARTIS A. (2013), "Le groupement d'employeurs: une réponse à la recherche de flexibilité et de sécurité dans la gestion de l'emploi", *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, n° 47.
- ARTIS A., & GALLOIS F. (2022), "Le changement institutionnel dans l'aide à domicile au prisme de la marchandisation ", in *Economie sociale et crises au XXIe siècle*, ed. B. Lamotte. Grenoble: Campus ouvert, pp. 67-84.
- ASPALTER C. (2021), *Ideal types in comparative social policy*. Routledge.
- ASSOUS L. (2001), "Long-term Health and Social Care for the Elderly: An International Perspective", *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, Vol. 26, n° 4, pp. 667-683.
- ASSURANCE MALADIE (2020), "Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée", Communiqué de presse du 16 septembre 2020.
- AUDOUX C., & GILLET A. (2011), "Recherche partenariale et co-construction de savoirs entre chercheurs et acteurs: l'épreuve de la traduction", *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, n° 43.
- BAILLY F., DEVETTER F.-X., & HORN F. (2013), "Can working and employment conditions in the personal services sector be improved?", *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 37, n° 2, pp. 299-321.
- BALLON J., & VEYER S. (2019), "Re-Embedding Work in a Political and Social Project: The Case of Business and Employment Cooperatives in France", *Journal of Innovation Economics Management*, pp. 162-XXII.
- BARBIER J.-C. (2017), "Évaluer le social comme un investissement ? L'échec des illusions scientifiques dans l'économie sociale et solidaire", in *Économie sociale et solidaire et État : À la recherche d'un partenariat pour l'action*, ed. J.-C. Barbier. Paris: Institut de la gestion publique et du développement économique, pp. 63-81.
- BARBIER J.-C., & THERET B. (2009), *Le système français de protection sociale*. Paris: Éditions de la Découverte.
- BARGE H., & al. (2012), "Plan national de déploiement de la télémédecine, Recommandations pour la mise en oeuvre d'un projet de télémédecine": rapport de la DGOS.
- BARTHELEMY D., & NIEDDU M. (2003), "Multifonctionnalité agricole : biens non marchands ou biens identitaires ?", *Economie rurale*, Vol. 273-274, pp. 103-119.
- BARTOLI P., & BOULET D. (1990), "Régulation et spécificités sectorielles : la sphère viticole", *Cahiers d'Économie et de Sociologie Rurales*, Vol. 17, pp. 7-38.
- BASTIEN J. (2017), "Le football professionnel en Europe est-il en crise? Une réponse régulationniste", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 21.

- (2018), "Une analyse économique des contrats de travail dans l'industrie du sport professionnel: Hold-up en football", *Économie et institutions*, n° 27.
- BATIFOULIER P. (1992), "Le rôle des conventions dans le système de santé", *Sciences sociales et santé*, pp. 5-44.
- (2014), *Capital santé: quand le patient devient client*. La Découverte.
- (2015), "Aux origines de la privatisation du financement du soin: quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17.
- BATIFOULIER P., & DA SILVA N. (à paraître), "L'Etat et la santé, Une économie politique du capitalisme sanitaire", *Economie et Institutions*.
- BATIFOULIER P., DA SILVA N., & DOMIN J.-P. (2018), *Economie de la santé*. Armand Colin.
- BATIFOULIER P., & DOMIN J.-P. (2015), "Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire. Introduction", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17.
- BATIFOULIER P., & GADREAU M. (2005), "Dénaturaliser l'éthique médicale", in *Éthique médicale et politique de santé*, ed. P. Batifoulier, & M. Gadreau. Paris: Économica, pp. 1-30.
- (2006), "Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique", in *L'économie des conventions, méthodes et résultats*, ed. F. Eymard-Duvernay. Paris: La Découverte, pp. 453-468.
- BATIFOULIER P., LATSIS J., & MERCHERS J. (2009), "The philosophy of need and the normative foundations of health policy", *Revue de philosophie économique*, Vol. 10, n° 1, pp. 79-101.
- BERARDIER M. L., & CLEMENT E. L. (2011), "L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009, série révisée", *DREES Etudes et résultats*, Vol. 780, pp. 1-8.
- BERTHONNET I., & CLOS C. (2019), "Intégrer la division sexuelle du travail au rapport social de travail. Pistes pour l'analyse régulationniste", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 25.
- BESNARD X., BRUNEL M., COUVERT N., & ROY D. (2019), "Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes «CARE» auprès des aidants (2015-2016)".
- BILI A.-B. (2012), *La place de la télémédecine à domicile dans l'organisation du système de santé en France*: Thèse de sociologie, Dir, A. Huet, Université de Haute Bretagne Rennes 2.
- BILLAUD S., & al. (2013), *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimension territoriale des politiques publiques*, Rapport de la convention DREES-CNRS 52346.
- BILLAUD S., & GRAMAIN A. (2014), "14. L'aide aux personnes âgées n'est-elle qu'une affaire de femmes?", *Regards croisés sur l'économie*, n° 2, pp. 264-276.
- BODET C., DE GRENIER N., & LAMARCHE T. (2013), "La coopérative d'activités et d'emploi à la recherche d'un modèle productif", *RECMA*, Vol. 329, pp. 37-51.
- BODET C., & LAMARCHE T. (2007), "La Responsabilité sociale des entreprises comme innovation institutionnelle. Une lecture régulationniste", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 1.
- BOIDIN B. (2016), *La santé, bien public mondial ou bien marchand?: Réflexions à partir des expériences africaines*. Presses universitaires du Septentrion.
- BOORSE C. (1997), "A rebuttal on health", in *What is disease?:* Springer, pp. 1-134.
- BOYER R. (1986), *La flexibilité du travail en Europe*. Paris: La découverte.

- (2001), "Du rapport salarial fordiste à la diversité des relations salariales, Une mise en perspective de quelques recherches régulationnistes", *working paper*, Vol. 2001-14.
- (2004), *The future of economic growth: As new becomes old*. Cheltenham, UK ; Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing.
- (2015a), *Économie politique des capitalismes, Théorie de la régulation et des crises*. Paris: La Découverte.
- (2015b), "L'essor du secteur de la santé annonce-t-il un modèle de développement anthropogénétique?", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17.
- (2020), *Les capitalismes à l'épreuve de la pandémie*. Paris: La Découverte.
- BOYER R., & FREYSSENET M. (2000), *Les modèles productifs*. Paris: La découverte.
- BOZIO A., GRAMAIN A., MARTIN C., & MASSON A. (2016), "Quelles politiques publiques pour la dépendance?", *Notes du conseil danalyse economique*, n° 8, pp. 1-12.
- BRUANT-BISSON A., DE REBOUL J.-B., & AUBE-MARTIN P. (2010), "*Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction de publics fragiles*", Rapport IGAS et IGF, Paris.
- BUTTARD A. (2008), "L'évaluation du réseau en santé. Des obstacles pratiques aux propositions méthodologique", *Politiques et management public*, Vol. 26, n° 4, pp. 87-110.
- (2011), "Le réseau en santé : débat théoriques et enjeux politiques", in *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice, Autour des travaux de Maryse Gadreau*, ed. P. Batifoulier, A. Buttard, & J.-P. Domin. Paris: Eska, pp. 131-143.
- CAHUC P., & DEBONNEUIL M. (2004), "*Productivité et emploi dans le tertiaire*", Conseil d'analyse économique Paris.
- CALCOEN F., & al. (2021), "Société inclusive et innovation : quel rapport ?", in *Les associations réinventent l'innovation*, ed. Uniopss. Paris: Cahiers de l'Uniopss.
- CANGUILHEM G. (1966), *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France Paris.
- CASTEL R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Éditions Fayard.
- CASTIEL D. (2020), *Economie de la santé ; l'émergence d'une discipline* Paris: Ellipses.
- CHANTEAU J.-P. (2011), "L'économie de la responsabilité sociétale d'entreprise (RSE): éléments de méthode institutionnaliste", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 9.
- CHAUVIÈRE M. (2010 (2007)), *Trop de gestion tue le social, essai sur une discrète chalandisation*. Paris: La découverte.
- CHOL A. (2006), "Les emplois familiaux en 2004 : un secteur en forte croissance", *DARES, Premières Synthèses*, Vol. 19.1.
- CLOS C. (2016), "Des démarches de DD/RSE à la dégradation du rapport social de travail dans le secteur hôtelier", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 20.
- COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES (2008), "Communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions concernant la télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société".
- COMMISSION EUROPÉENNE (2004), "Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne".
- (2012), "Plan d'action pour la santé en ligne 2012-2020 - des soins de santé innovants pour le XXI^e siècle".

- CONNAGHAN J. (2016), "*Local Delivery Plan Guidance 2016/2017*", Courrier du NHSScotland Chief Operating Officer aux NHS Boards.
- CORDILHA A. C. (2021), "Public health systems in the age of financialization: lessons from the French case", *Review of Social Economy*, pp. 1-27.
- CORIAT B. (1994), "La théorie de la régulation, Origines, spécificités et perspectives", *Multitudes*, n° sept. 1994.
- (2015), *Le retour des communs: la crise de l'idéologie propriétaire*. Paris: Les Liens qui libèrent.
- (2020), *La pandémie, l'anthropocène, et le Bien commun*. Paris: Les Liens qui libèrent.
- CORIAT B., ORSI F., & D'ALMEIDA C. (2006), "TRIPS and the international public health controversies: issues and challenges", *Industrial and Corporate Change*, Vol. 15, n° 6, pp. 1033-1062.
- CULYER A. J., & NEWHOUSE J. P. (2000), "The State and Scope of Health Economics", in *Handbook of Health Economics*, ed. A. J. Culyer, & J. P. Newhouse: Elsevier, pp. 1-8.
- DA SILVA N. (2011), "Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence", *Journal d'Économie Médicale*, Vol. 29, n° 8, pp. 351-365.
- (2012), "Quelle éthique médicale ? Une relecture à partir de l'hypothèse de 'crowdin out effect'", *Éthique et Économique*, Vol. 9, n° 2, pp. 65-84.
- (2018), "L'industrialisation de la médecine libérale: une approche par l'Économie des conventions", *Management Avenir Sante*, Vol. 3, n° 1, pp. 13-30.
- DA SILVA N., & GADREAU M. (2015), "La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17.
- DALY M., & LEWIS J. (2000), "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *The British journal of sociology*, Vol. 51, n° 2, pp. 281-298.
- DAVIS J. B. (1995), "Personal identity and standard economic theory", *Journal of Economic Methodology*, Vol. 2, n° 1, pp. 35-52.
- (2003), *The theory of the individual in economics: Identity and value*. London: Routledge.
- (2006), "Social identity strategies in recent economics", *Journal of Economic Methodology*, Vol. 13, n° 3, pp. 371-390.
- (2011), *Individuals and identity in economics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DAVIS J. B., & MCMASTER R. (2007), "The individual in mainstream health economics : a case of persona non-grata", *Health care analysis*, Vol. 15, n° 3, pp. 195-210.
- (2015), "Situating care in mainstream health economics: an ethical dilemma?", *Journal of Institutional Economics*, Vol. 11, n° 4, pp. 749-767.
- (2017), *Health Care Economics*. New York: Routledge.
- DEBONNEUIL M. (2008), "*Les services à la personne, bilan et perspectives* ", Paris: rapport pour le Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.
- DELORME R. (2010), *Deep complexity and the social Sciences. Experience, modeling and operability*. Edward Elgar Pub.
- DELOUETTE I., & LE LANN Y. (2018), "Troubles dans la protection sociale", *Revue Française de Socio-Économie*, Vol. 20, n° 1, pp. 27-38.
- DELOUETTE I., & NIRELLO L. (2017), "La régulation publique dans le secteur des Ehpad", *RECMA*, n° 2, pp. 58-72.
- DERVILLE M., & ALLAIRE G. (2014), "Change of competition regime and regional innovative capacities: Evidence from dairy restructuring in France", *Food Policy*, Vol. 49, pp. 347-360.

- DERVILLE M., FINK-KESSLER A., TROUVE A., & DEPEYROT J.-N. (2019), "Construction de la compétitivité des exploitations laitières: les enseignements d'une comparaison entre la France et l'Allemagne", *Analyse. Centre d'études et de prospective*, n° 138, pp. 1-4.
- DESPRES C., DOURGNON P., FANTIN R., & JUSOT F. (2011), "Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique", *Questions d'économie de la santé*, Vol. 170, pp. 1-6.
- DEVETTER F.-X., & BARROIS A. (2012), "Aides à domicile : un régime temporel non stabilisé qui témoigne des ambiguïtés d'une professionnalisation inachevée", in *Les conditions de travail des aides à domicile* ed. R. Marquier, & S. Nahon: Dossier Solidarité Santé, DREES, pp. 29-46.
- DEVETTER F.-X., HORN F., & JANY-CATRICE F. (2011), "Interprétations localement différenciées d'une politique nationale : l'exemple des services à la personne", *Revue Française des Affaires sociales*, Vol. 4, pp. 135-157.
- DEVETTER F.-X., JANY-CATRICE F., & RIBAUT T. (2008), *Les services à la personne*. Paris: La découverte.
- DEVETTER F.-X., MESSAOUDI D., & FARVAQUE N. (2012), "Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile", *Revue Française des Affaires sociales*, Vol. 2-3, n° 2-3, pp. 244-268.
- DEVETTER F.-X., & ROUSSEAU S. (2007a), "L'émergence d'entreprises à but lucratif sur le marché du ménage à domicile permet-elle la professionnalisation des salariés ? ", *Economie et Société, série AB*, n° 29, pp. 1869-1893.
- (2007b), "Services domestiques: quelles perspectives pour une stratégie d'industrialisation ? ", *Revue d'Economie Industrielle*, n° 119, pp. 9-24.
- DGOS (2011), *Le recensement des activités de télémédecine*. Ministère de la santé et des sports.
- (2012), *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*. Direction générale de l'offre de soins.
- (2014), *Télémédecine : point sur les travaux relatifs aux expérimentations (Art 36 LFSS 2014)*.
- DJELLAL F., & GALLOUJ C. (2007), *L'économie des services*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble
- DJELLAL F., GALLOUJ C., & GALLOUJ F. (2004), "De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et noeud de réseaux", *Revue Française des Affaires sociales*, Vol. 2004/1, n° 1, pp. 223-248.
- DJELLAL F., & GALLOUJ F. (2006), "Un modèle d'analyse de la dynamique de l'innovation dans les services: le cas des services de types architecturaux", *Economie et Société, série EGS*, n° 7, pp. 1973-2010.
- DOMIN J.-P. (2013a), "Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu", *Revue du MAUSS*, n° 1, pp. 41-52.
- (2013b), *Une histoire économique de l'hôpital (XXe siècle), Une analyse retrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*. Paris: Comité d'histoire de la sécurité sociale, La documentation française.
- DOMIN J.-P., & GALLOIS F. (2015), "L'économie sociale à la rencontre du marché : l'expansion des mutuelles de santé dans les services à la personne", *RECMA*, Vol. 338, pp. 86-101.
- DOMIN J.-P., & RAULY A. (à paraître), "Dérégulation de l'hôpital : symptôme d'un nouveau régime de santé ?", in *Théorie de la régulation, un nouvel état des savoirs*, ed. R. Boyer, J.-P. Chanteau, A. Labrousse, & T. Lamarche. Paris: Dunod.

- DOUPI E., RENKO E., GIEST J., & DUMORTIER J. (2010), "eHealth Strategies. Country Brief : Denmark", *ICT for Health Unit. European Commission*.
- DU TERTRE C. (1999), "Les services de proximité aux personnes : vers une régulation conventionnée et territorialisée ?", *L'année de la régulation*, Vol. 3, pp. 213-237.
- (2002 (1995)), "La dimension sectorielle de la régulation", in *Théorie de la régulation, l'état des savoirs* ed. R. Boyer, & Y. Saillard. Paris: La Découverte, pp. 313-322.
- DUBOIS T., ARDOISE L., & GALLOIS F. (2007), "*Recherche-action sur les services à la personne en Champagne-Ardenne : Vers une structuration économique du secteur associatif pour la consolidation, la valorisation et le développement de l'emploi*", Cnar Santé, social et médico-social, Reims.
- DUSSUET A. (2005), *Travaux de femmes, enquêtes sur les services à domicile*. Paris: L'Harmattan.
- (2016), "Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat. Le cas des aides à domicile", *Revue française de socio-économie*, n° 2, pp. 123-141.
- EBNER A. (2015), "Marketization: Theoretical reflections building on the perspectives of Polanyi and Habermas", *Review of political economy*, Vol. 27, n° 3, pp. 369-389.
- ELBAUM M. (2008), *Economie politique de la protection sociale* Paris: PUF.
- ENGLAND P. (2005), "Emerging theories of care work", *Annu. Rev. Sociol.*, Vol. 31, pp. 381-399.
- ESCHALIER R., & al. (2014), "Cardiauvergne : service de télésurveillance et de coordination des soins des insuffisants cardiaques", *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 3, n° 4, pp. 169-176.
- ESPING-ANDERSEN G. (1999), *Les trois mondes de l'Etat-providence, Essai sur le capitalisme moderne*. Paris: Presses Universitaires de France.
- (2008), *Trois leçons sur l'Etat-providence*. Paris: Seuil.
- ESTERLE L., MATHIEU-FRITZ A., & ESPINOZA P. (2011), "L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?", *Revue française des affaires sociales*, Vol. 44, n° 2-3, pp. 63-79.
- EUROPEAN COMMISSION (2012), *Denmark, England and Scotland are at the forefront of telehealth ... Rethinking healthcare*.
- (2014), "Digital agenda for Europe".
- FAVEREAU O. (1989), "Marchés internes, marchés externes", *Revue économique*, pp. 273-328.
- FOLBRE N., & NELSON J. A. (2000), "For Love or Money -- Or Both?", *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 14, n° 4, pp. 123-140.
- FONTAINE R., & ZERRAR N. (2013), "How to Explain Why so Few Individuals Insure themselves against the Risk of Old-age Dependency?", *Questions d'économie de la santé*, Vol. 188, pp. 1-8.
- FRASER N. (2007), "Feminist politics in the age of recognition: A two-dimensional approach to gender justice", *Studies in Social Justice*, Vol. 1, n° 1, pp. 23-35.
- (2014), "Can society be commodities all the way down? Post-Polanyian reflections on capitalist crisis", *Economy and Society*, Vol. 43, n° 4, pp. 541-558.
- FREY B. (1999), "Institutions and morale: The crowdin-out effect", in *Economics, values, and organization*, ed. A. Ben-Ner, & L. Putterman. Cambridge, UK: Cambridge university press, pp. 437-460.
- GADREAU M. (1999), "Le réseau de santé, compromis organisationnel ou mode de coordination spécifique", in *L'économie sociale. Formes, organisation et institution. Tome 1*, ed. B. Gazier, J.-L. Outin, & F. Audier. Paris: Éditions de L'Harmattan, pp. 287-304.

- GADREY J. (1990), "Rapports sociaux de service : une autre régulation", *Revue économique* Vol. 41, n° 1, pp. 49-70.
- (2001), "Régime de croissance, régime de productivité : peut-on penser les régulations post-fordistes avec des concepts fordistes ?", *Lettre de la Régulation*, Vol. 39, pp. 1-3.
- (2003), *Socio-économie des services*. Paris La Découverte.
- GALLOIS F. (2008), "Les chiffres clés des services à la personne, Activité, emplois, acteurs", *Fiches pratiques du CNAR*, n° 47676.
- (2009), "Politiques sociales à destination des personnes âgées et emploi dans les services à la personne : une analyse en termes de complémentarité institutionnelle", in *Emplois et politiques sociales, Trajectoires d'emploi et rémunérations*, ed. T. Barnay, & F. Legendre. Paris: L'Harmattan, pp. 223-236.
- (2010), "Le mandataire dans l'aide à domicile : émergence, diffusion et appropriation par l'État", in *Transformations et innovations économiques et sociales en Europe : Quelles sorties de crise ? Regards interdisciplinaires*, ed. F. Degrave, et al. Louvain: Presses Universitaires de Louvain, pp. 169-185.
- (2011a), "Crise de l'aide à domicile : une approche en termes d'espaces de régulation", in *Crise, inégalités et pauvretés*, ed. M. Kerleau, S. Laguérodié, & J.-L. Outin. Paris Presses Universitaires de Louvain, pp. 485-499.
- (2011b), "Synthèse du rapport IGAS « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles »", *Fiche UNIOPSS*, Vol. 59543.
- (2012a), "La prise en charge de la dépendance est-elle une question de santé ou d'emploi ? Une analyse en termes d'espaces de régulation", *Economie et Institutions*, n° 18-19, pp. 35-64.
- (2012b), "Le quasi-marché dans les services à la personne : pour une vision en trois dimensions", in *Travail, organisations et politiques publiques : quelle "soutenabilité" à l'heure de la mondialisation ?*, ed. N. Richez-Battesti, F. Petrella, & P. Gianfaldoni. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 335-350.
- (2012c), "Présentation de thèse - Une approche régulationniste des mutations de la configuration institutionnelle française des services à la personne", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 12.
- (2012d), *Une approche régulationniste des mutations de la configuration institutionnelle française des services à la personne*. Thèse de sciences économiques, Dir. M. Nieddu, Université de Reims Champagne-Ardenne.
- (2013a), "Comptes rendus de thèses soutenues, Une approche régulationniste des mutations de la configurations institutionnelle française des services à la personne", *Revue Française de Socio-Économie*, Vol. 11, n° 1, pp. 259-266.
- (2013b), "L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé", *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, Vol. 31, n° 1, pp. 15-29.
- (2013c), "L'organisation publique de la concurrence est-elle source d'efficience ? L'aide à domicile", *Revue Française de Socio-économie*, Vol. 2013/1, n° 11, pp. 81-100.
- (2013d), "Quel rapport salarial dans les services à la personne ? Réflexions à partir d'une revue de littérature ", in *Les nouvelles frontières de l'économie sociale et solidaire*, ed. H. Defalvard, Y. L'Horty, F. Legendre, & M. Narcy. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 395-412.
- (2022a), "Marketization of healthcare and social protection nexus, a focus on homecare services", *AFEP*, Amiens.

- (2022b), "Social protection relationships, lessons from a meso analysis of homecare services", *Regulation Theory conference*, Paris.
- (A paraître), "Les associations du champ social et médico- social : opérateur de service ou élément de l'architecture du système de protection sociale ?", *Actes de l'AES*
- (à paraître), "Care et marchandisation des systèmes de santé", in *Théorie de la régulation, un nouvel état des savoirs*, ed. R. Boyer, J.-P. Chanteau, A. Labrousse, & T. Lamarche. Paris.
- GALLOIS F., DIDI D., & DUBOIS T. (2008), "*La structuration économique des services à la personne en Champagne-Ardenne* ", Rapport pour le conseil régional de Champagne-Ardenne, Reims.
- GALLOIS F., GUELARD N., & ROUSSELET I. (2008), "*Premières Assises des services à la personne en Champagne-Ardenne, Actes*", AG2R et Uriopss Champagne-Ardenne, Reims.
- GALLOIS F., & GUERRY R. (2010), "Les chiffres clés de l'emploi de l'aide à domicile associative", *Fiches pratiques du CNAR* n° 54790.
- GALLOIS F., & HEDOIN C. (2017), "From Identity to Agency in Positive and Normative Economics", *Forum for Social Economics*, pp. 1-17.
- (2018), "Identity and the Value of Health", *Oeconomia*, Vol. 8, n° 3, pp. 345-366.
- GALLOIS F., LECAT C., & NIEDDU M. (2016), "Mobilisation territoriale et mise en réseau des acteurs dédiés à la production d'innovation sociale : Une étude de cas", *Géographie Economie et Société*, Vol. 18, n° 2016/3, pp. 359 - 385.
- GALLOIS F., & NIEDDU M. (2014), "Centralisme marchand versus bricolage territorial ? Le Plan Borloo face à la réalité des services à la personne", *Working paper du RT6*, Vol. 2014-2.
- (2015), "Quand l'État décrète le marché : le cas du Plan Borloo", *Revue de la régulation*, Vol. 17, n° 2è semestre.
- (2016), "Régulation theory from a mesolevel perspective: lessons from the analysis of the French public policies for lifestyle and homecare services", *Working paper regards*, Vol. 2016-1.
- GALLOIS F., & RAULY A. (2015), "Télémédecine et territoire, Vers une méthodologie de comparaison internationale", in *Economie sociale : crise et renouveaux*, ed. P. Abecassis, & N. Coutinet. Louvain : Presses Universitaires de Louvain, pp. 187-204.
- (2016a), "De la caractérisation à la comparaison des systèmes de télémédecine: implications méthodologiques", *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 34, pp. 87-105.
- (2016b), "Vers une typologie internationale de la télémédecine - Premiers enseignements à partir de la littérature", in *Politiques sociales en mutation : quelles opportunités et quels risques pour l'État social ?*, ed. A. Fretel, A. Bory, S. Célièrier, & F. Jany-Catrice. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 215-236.
- (2016c), "Vers une typologie internationale de la télémédecine Premiers enseignements à partir de la littérature", in *Politiques sociales en mutation : quelles opportunités et quels risques pour l'Etat social*, Louvain, ed. A. Fretel, S. Celerier, & F. Jany-Catrice. Louvain: Presses universitaires de Louvain, Cahiers du Cirtes, pp. 211-232.
- (2017a), "La télémédecine au prisme de l'efficience des politiques publiques - Une cartographie de trois pays européens", *Working paper Regards*, Vol. 2017-3.
- (2017b), "La telemedicine au prisme de l'efficience des politiques publiques. Une cartographie de trois pays européens", in *Economie sociale et économie politique. Regards croisés sur l'histoire et sur les enjeux contemporains*, ed. C. Brunet, T. Darcillon, & G. Rieucan. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 215-268.

- (2018), "Complémentarité des systèmes de production et de régulation : une mise en évidence par la télémédecine", *Revue de la régulation*, Vol. 23.
 - (2019a), "De la relation de soins à la relation de service: quelle organisation de la télésurveillance médicale?", *Revue française de socio-Economie*, n° 2, pp. 203-219.
 - (2019b), "Le développement de la télémédecine au prisme du référentiel des politiques publiques, Une cartographie de trois pays européens", *Politiques et management public*, Vol. 36, n° 3, pp. 275-295.
 - (2020), "La gouvernance de la télémédecine face à l'organisation libérale des soins", *Marché et Organisation* n° 38, pp. 37-60.
- GALLOIS F., & VILLEZ A. (2010), "Aide aux aidants : Quelles opportunités à intégrer ces activités dans le champ de l'agrément "services à la personne"", Rapport pour l'ANSP, Paris.
- GILLET A., & TREMBLAY D.-G. (2011), "Pratiques, analyses et enjeux de la recherche partenariale. Une introduction", *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, n° 43.
- GIRON A., & CORREA E. (2016), "Post-Crisis Gender Gaps: Women Workers and Employment Precariousness", *Journal of Economic Issues*, Vol. 50, n° 2, pp. 471-477.
- GLIED S., & SMITH P. C. (2011), *The Oxford handbook of health economics*. Oxford University Press.
- GROSSMAN M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of political Economy*, Vol. 80, n° 2, pp. 223-255.
- (1982), "The demand for health a decade after", *Journal of Health economics*, Vol. 1, pp. 1-3.
- GRÜNE-YANOFF T. (2018), "Boosts vs. Nudges from a Welfarist Perspective", *Revue d'économie politique*, Vol. 128, n° 2, pp. 209-224.
- GRÜNE-YANOFF T., & HERTWIG R. (2016), "Nudge Versus Boost: How Coherent are Policy and Theory?", *Minds and Machines*, Vol. 26, n° 1, pp. 149-183.
- GUENNIF S. (2015), "La licence obligatoire: outil emblématique de la protection de la santé publique au Sud", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17.
- GUIDEVAY Y., & GUILLANEUF J. (2021), "En 2019, le niveau de vie médian augmente nettement et le taux de pauvreté diminue", *INSEE Première*, Vol. 1875.
- HABIB J., & LOUP P. (2019), "Quand l'adoption d'une application perçue comme anodine engage une transformation profonde du système de santé: le cas de Doctolib".
- HACKER J. S., PIERSON P., & THELEN K. (2015), "Drift and conversion: Hidden faces of institutional change", *Advances in comparative-historical analysis*, pp. 180-208.
- HASSEL A., & PALIER B. (2021), *Growth and Welfare in Advanced Capitalist Economies: How Have Growth Regimes Evolved?* : Oxford University Press.
- HAUSMAN D. M. (2012), "Health, naturalism, and functional efficiency", *Philosophy of Science*, Vol. 79, n° 4, pp. 519-541.
- (2015), *Valuing Health, Well-being, Freedom, and Suffering*. New York: Oxford University Press.
- HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE (2011), "La place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées", Note réalisée à la demande du Premier Ministre.
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2011), "Assurance maladie et perte d'autonomie", HCAAM, Paris.
- HEDOIN C. (2015), "From Utilitarianism to Paternalism: When Behavioral Economics meets Moral Philosophy", *Revue de philosophie économique*, Vol. 16, n° 2, pp. 73-106.

- HEYES A. (2005), "The economics of vocation or 'why is a badly paid nurse a good nurse'?", *Journal of health economics*, Vol. 24, n° 3, pp. 561-569.
- HIRTZLIN I. (1999), "La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique: exemple du secteur de la santé", *Politiques et management public*, Vol. 17, n° 3, pp. 107-127.
- (2007), *Economie de la santé*. Paris: Editions Archétype 82.
- (2017), "Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité: impasses et pistes de solutions", *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 35, n° 2, pp. 81-92.
- HODGSON G. M. (2007), "An institutional and evolutionary perspective on health economics", *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 32, n° 2, pp. 235-256.
- (2009), "Towards an alternative economics of health care", *Health economics, policy and law*, Vol. 4, n° 1, pp. 99-114.
- JEANDET-MENGUAL E., & DE REBOUL J.-B. (2008), "Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers, note de synthèse réalisée par l'IGAS", IGAS, Paris.
- JOUMARD I., ANDRE CHRISTOPHE, & NICQ C. (2010), "Health Care Systems: Efficiency and Institutions", *OECD Economics Department Working Papers*, Vol. 769.
- KESTEMAN N. (2011), "Les obligations alimentaires envers les ascendants : la double peine des descendants", *Retraite et société*, Vol. 61, n° 2, pp. 219-226.
- KIERKEGAARD P. (2015), "Mapping Telemedicine Efforts: Surveying Regional Initiatives in Denmark", *Telemedicine and e-Health*, Vol. 21, n° 5.
- KINGMA E. (2009), "Paracetamol, poison, and polio: why Boorse's account of function fails to distinguish health and disease", *The British Journal for the Philosophy of Science*, pp. axp034.
- KIRMAN A. (2010), *Complex economics: individual and collective rationality*. Taylor & Francis.
- KRAG A., HANSEN B., & NIELSEN E. (2012), *eHealth in Denmark. eHealth as a part of a coherent Danish health care system*.
- KULANTHAIVELU E., & THIERUS L. (2018), "Les salariés des services à la personne: comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi?", *Dares Analyses*, n° 38.
- KULSHRESTHA M., LEWIS D., WILLIAMS C., & AXFORD A. (2010), "A pilot trial of teleophthalmology services in north Wales", *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 16, n° 4, pp. 196-197.
- LABARTHE P. (2005), "Trajectoires d'innovation des services et inertie institutionnelle: dynamique du conseil dans trois agricultures européennes", *Géographie, économie, société*, Vol. 7, n° 3, pp. 289-311.
- LABARTHE P., & LAURENT C. (2011), "Economie des services et politiques publiques de conseil agricole", *Cahiers Agricultures*, Vol. 20, n° 5, pp. 343-351.
- (2013), "Privatization of agricultural extension services in the EU: Towards a lack of adequate knowledge for small-scale farms?", *Food policy*, Vol. 38, pp. 240-252.
- LABARTHE P., & LAURENT C. E. (2009), "Transformations of agricultural extension services in the EU: towards a lack of adequate knowledge for small-scale farms", *111th Seminar, June 26-27, 2009, Canterbury, UK*.
- LAMARCHE T. (2011), "Responsabilité sociale des entreprises, régulation et diversité du capitalisme. Introduction", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 9.
- (2012), "Des limites de la régulation... qui peuvent en cacher d'autres", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 12.

- (2016), "Régulation (théorie de la), Contributions à une économie politique hétérodoxe", in *Dictionnaire des conventions, Autour des travaux d'Olivier Favereau*, ed. P. Batifoulier, et al. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.
- LAMARCHE T., & BODET C. (2018), "Does CSR Contribute to Sustainable Development? What a Régulation Approach Can Tell Us", *Review of Radical Political Economics*, Vol. 50, n° 1, pp. 154-172.
- (2020), "Les coopératives comme espaces méso critiques".
- LAMARCHE T., & al. (2021), "Saisir les processus méso- Une approche régulationniste", *Economie Appliquée*, Vol. 2021, pp. 13-49.
- LATOURELLE J., & LAYLA R. (2020), "Profil, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017. Premiers résultats des remontées individuelles sur l'APA de 2017", *Etudes et résultats*, Vol. 1152.
- LAURENT C., & al. (2010), "Multifunctionality of agriculture, public policies and scientific evidences: some critical issues of contemporary controversies", *Applied Studies in Agribusiness and Commerce*, pp. 53-58.
- LAURENT C., & DU TERTRE C. (2008), "*Secteurs et territoires dans les régulations émergentes*", Paris: L'Harmattan.
- LAURENT C., DU TERTRE C., DIEUAIDE P., & PETIT P. (2008), "Régulations sectorielles et territoriales au coeur du nouveau régime d'accumulation", in *Secteurs et territoires dans les régulations émergentes*, ed. C. Laurent, & C. du Tertre. Paris: L'Harmattan, pp. 11-24.
- LAURENT C., & LANDEL P. (2017), "Régimes de connaissances et régulation sectorielle en agriculture", in *Transformations agricoles et alimentaires. Entre écologie et capitalisme*, ed. G. Allaire, & B. Daviron: Editions Quae, pp. 305-323.
- LAURENT C., & MOURIAUX M.-F. (2008), "Secteurs, territoires, rapport salarial d'activité", in *Secteurs et territoires dans les régulations émergentes*, ed. C. Laurent, & C. du Tertre. Paris: L'Harmattan, pp. 25-42.
- LAURENT C., & al. (2021), "Institutional continuity and hidden changes in farm advisory services provision: evidence from farmers' microAKIS observations in France", *The Journal of Agricultural Education and Extension*, pp. 1-24.
- LAVILLE J.-L., & NYSENS M. (2000), "Solidarity-Based Third Sector Organizations in the "Proximity Services" Field: A European Francophone Perspective", *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Vol. 11, n° 1, pp. 67-84.
- (2001), *Les services sociaux entre associations, Etat et marché, l'aide aux personnes âgées*. Paris: La Découverte.
- LAVILLE J. L., & NYSENS M. (2000), "Solidarity-based Third sector organizations in the "Proximity services" field : A uropean francophone perspective", *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit organizations*, Vol. 11, n° 1, pp. 67-84.
- LAZARIC N., & TOUMI M. (2022), "Reducing consumption of electricity: A field experiment in Monaco with boosts and goal setting", *Ecological Economics*, Vol. 191, pp. 107231.
- LE GRAND J. (1991), "Quasi-market and social policy", *The economic journal*, Vol. 101, n° 408, pp. 1256-1267.
- LE GRAND J., & NEW B. (2015), *Government paternalism*. Princeton University Press.
- LE ROY A., PUISSANT E., & VATAN S. (2022), "Quand la nouvelle gestion publique contribue à requalifier l'activité d'un secteur Le cas de l'aide à domicile", *RECMA*, Vol. 365, n° 3, pp. 100-115.

- LECOMTE-MENAHES G., & RAULY A. (2021), "Travailleurs de plateforme: l'accompagnement social en question", *Droit Social*, n° 7-8, pp. 581-588.
- LEVY É., & al. (1988), "La demande en économie de la santé", *Revue d'économie politique*, Vol. 98, n° 4, pp. 445-507.
- LEWIS J. (1997), "Gender and Welfare Regimes: Further Thoughts", *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, Vol. 4, n° 2, pp. 160-177.
- LIGHTMAN N. (2017), "Discounted labour? Disaggregating care work in comparative perspective", *International Labour Review*, Vol. 156, n° 2, pp. 243-267.
- LOUTE A. (2019), "Spatialisation et santé numérique: quels défis pour l'éthique?", in *Les personnes âgées et le numérique*, ed. C. Hervé, M. Santon-Jean, & M.-F. Mamzer. Paris: Dalloz.
- MAHONEY J., & THELEN K. (2009), *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge University Press.
- (2010), "A theory of gradual institutional change", *Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power*, Vol. 1, pp. 1-37.
- MAISONNASSE J., PETRELLA F., & RICHEL-BATTESTI N. (2013), "Réseaux territoriaux d'organisations et processus de normalisation. Le cas de la GRH dans les services à la personne", *Economie et institutions*, n° 18-19.
- MANDOUL H., & MANDOUL R. (1942), "À propos des taches dyschromiques du mal del pinto", *Annales de Parasitologie Humaine et Comparée*, Vol. 19, n° 4-5-6, pp. 116-123.
- MARC C., HEAM J.-C., MIKOU M., & PORTELA M. (2020), "Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé", *Panoramas de la DREES*.
- MARTIN P., & RIVOIRON C. (2012), "*La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe - Tome 2 : un éclairage pour le déploiement national*", Paris: Rapport de l'ANAP.
- MAURO L., & al. (2020), "La protection sociale en France et en Europe en 2018. Résultats des comptes de la protection sociale: édition 2020".
- MERGNAC K., PHILLIPE C., MOULIN T., & BINET J. R. (2012), "Télémédecine : quel cadre juridique lui conférer ?", *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 1, pp. 66-69.
- MERRIEN F.-X. (2007), *L'État-providence*. Paris: Puf.
- MONTALBAN M. (2007), *Financiarisation, dynamiques des industries et modèles productifs : une analyse institutionnaliste du cas de l'industrie pharmaceutique*. Faculté de droit, sciences sociales et politiques, sciences économiques et de gestion, Dir. Y. Lung, Université Montesquieu - Bordeaux IV.
- MONTALBAN M., FRIGANT V., & JULLIEN B. (2019), "Platform economy as a new form of capitalism: a Régulationist research programme", *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 43, n° 4, pp. 805-824.
- MONTALBAN M., & SAKINÇ M. E. (2013), "Financialization and productive models in the pharmaceutical industry", *Industrial and Corporate Change*, Vol. 22, n° 4, pp. 981-1030.
- MORMICHE P. (2001), "L'enquête HID de l'INSEE. objectifs et schéma organisationnel", *Gérontologie et société*, Vol. 99, n° 4, pp. 57-77.
- MULLER M., & ROY D. (2018), "L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015", *Etudes et Résultats DREES*, Vol. 1094.
- NELSON J. A., & FOLBRE N. (2006), "Why a well-paid nurse is a better nurse", *Nursing Economics*, Vol. 24, n° 3, pp. 127.
- NGUENGANG WAKAP S., & al. (2020), "Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database", *European Journal of Human Genetics*, Vol. 28, n° 2, pp. 165-173.

- NHS SCOTLAND, & THE SCOTTISH GOVERNMENT (2011), "ehealth Strategy 2011-2017".
- NIEDDU M. (1998), *Dynamiques de longue période dans l'agriculture productiviste et mutations du système agro-industriel français contemporain*. Sciences économiques, Dir. P. Duhaucourt, Université de Reims.
- (2006), *Réévaluer la notion de patrimoine*. HDR de Sciences économiques, Dir. C. Barrère, Université de Reims.
- (2007), "Le patrimoine comme relation économique", *Economie Appliquée*, Vol. 3, pp. 31-55.
- NIEDDU M., GARNIER E., & BLIARD C. (2010), "L'émergence d'une chimie doublement verte", *Revue d'économie industrielle*, Vol. 132, n° 4^e trimestre 2010, pp. 53-84.
- (2014), "Patrimoines productifs collectifs versus exploration/exploitation, Le cas de la bioraffinerie", *Revue Economique*, Vol. 65.
- NIEDDU M., & VIVIEN F.-D. (2015), "La chimie verte, une fausse rupture ? Les trajectoires de la transition écologique", *Revue Française de Socio-Économie*, Vol. Hors-série, n° 2, pp. 139-153.
- NORDENFELT L. (2007), "The concepts of health and illness revisited", *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 10, n° 1, pp. 5.
- NUSSBAUM M. C. (2001), *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge University Press.
- OCDE (2010), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé: le rôle des technologies de l'information et des communications*. OCDE.
- (2011), "Chapitre 6. Un nouveau regard sur les systèmes de santé de l'OCDE : Typologie, efficacité et politiques", *Réformes économique. Objectif croissance*, Vol. 7, n° 1, pp. 231-249.
- (2022), "Dépense de santé (indicateur)".
- OECD (2016), "Definitions, Sources and Methods, Practising caring personnel (personal care workers)", in *OECD health statistics 2016*.
- OGET Q. (2018), "La Silver Economy, une évidence? Réflexions à partir d'une approche systémique", in *Tensions sur les ressources. L'économie sociale en recomposition*, ed. J. Blanc, E. Lanciano, & D. Sauze. Cahiers du Cirtes: Presses Universitaires de Louvain, pp. 301-315.
- (2021), "When economic promises shape innovation and networks: A structural analysis of technological innovation in the silver economy", *Journal of Innovation Economics Management*, n° 2, pp. 55-80.
- (2022), "La silver economy dans la ville de Châlons-en-Champagne, une dynamique locale ?", in *Economie sociale et crises au XXI^e siècle*, ed. B. Lamotte. Grenoble: Campus ouvert, pp. 211-232.
- OLEJAZ M., ANNEGRETE J. N., & RUDKJOBING A. (2012), "Denmark. Health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 12, n° 2, pp. 219.
- OLIVER A., & UBEL P. (2014), "Nudging the obese: a UK-US consideration", *Health Economics, Policy and Law*, Vol. 9, n° 3, pp. 329-342.
- OMS (1946), "Préambule de la constitution de l'OMS".
- (1997), "A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics".
- (2000), "World Health Report 2000", in *Health System: Improving Performance*, ed. OMS. Genève.
- (2010a), "Atlas e-Health country profiles", *Global Observatory for eHealth series*, Vol. 1.

- (2010b), "Telemedicine Opportunities and developments in member States", *Global Observatory for eHealth series - Volume 2*.
- OR Z., & HÄKKINEN U. (2012), "Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ?", *Working paper IRDES*, Vol. 53, pp. 1-24.
- OUDSHOORN N. (2008), "Diagnosis at a distance: The invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology", *Sociology of Health and Illness*, Vol. 30, n° 2, pp. 272-288.
- OUDSHOORN N. (2011), *Telecare technologies and the transformation of healthcare*. London: Palgrave Macmillan.
- PALIER B. (2005), "Change: French Social Policy in the 1990s", in *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*, ed. W. Streeck, & K. Thelen. New York: Oxford University Press, pp. 127-144.
- PALIER B., & HAY C. (2017), "The reconfiguration of the welfare state in Europe", *Reconfiguring European states in crisis*, pp. 331-352.
- PETIT P. (2008), "Les services et la transformation contemporaine des formes de concurrence", in *Secteurs et territoires dans les régulations émergentes*, ed. C. Laurent, & C. du Tertre. Paris: L'Harmattan, pp. 217-238.
- PETRELLA F. (2012), *Aide à domicile et services à la personne : les associations dans la tourmente ?* Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- PETRELLA F., & RICHEZ-BATTESTI N. (2010), "Régulation de la qualité dans les services à la personne en France : l'Economie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ?", *Management & Avenir*, Vol. 35, n° 5, pp. 273-292.
- PIETRYKOWSKI B. (2017), "The Return to Caring Skills: Gender, Class, and Occupational Wages in the US", *Feminist Economics*, Vol. 23, n° 4, pp. 32-61.
- PIOVANI C., & AYDINER-AVSAR N. (2015), "The Gender Impact of Social Protection Policies: A Critical Review of the Evidence", *Review of Political Economy*, Vol. 27, n° 3, pp. 410-441.
- PIRIOU J., & BOURNAY J. (2015), *La comptabilité nationale (dix-septième édition)*. Paris: La découverte.
- POLETTI B. (2012), "Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles", Mission pour le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Paris.
- PREFECTURE DE LA REGION CHAMPAGNE-ARDENNE, & DRTEFP (2008), *Services à la personne, Champagne-Ardenne*, Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et Préfecture de la région Champagne-Ardenne, Châlons en Champagne.
- PUISSANT E., RICHEZ-BATTESTI N., & PETRELLA F. (2013), "Dialogue social territorial: origines, enjeux et leviers d'action pour la qualité de l'emploi dans l'aide à domicile, à partir de deux études de cas", *La Revue de l'IREES*, n° 78, pp. 127.
- RAMOS-GORAND M. (2016), "Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain. Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées", *Les dossiers de la DREES*, n° 10.
- RAPOSO V.L. (2016), "Telemedicine: The legal framework (or the lack of it) in Europe", *GMS Health Technology Assessment*, Vol. 12.
- RAULY A. (2015), "Intervention publique versus régulation professionnelle. Conflits autour du déploiement de la télémédecine en France", *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17.

- (2016), *Gouverner la télémédecine. Analyse institutionnaliste d'une nouvelle pratique médicale*. Thèse de sciences économiques, Dir. J.-P. Domin, Université de Reims Champagne-Ardenne.
- RAULY A., & GALLOIS F. (2014a), "L'encadrement des dépenses de santé peut-il se cantonner au champ médical ? Réflexions à partir d'une approche systémique de la télémédecine", *Working paper Regards*, Vol. 4-2014.
- (2014b), "La télémédecine, une affaire de famille ? réflexions à partir d'une approche systémique", in *Innovations sociales, innovations économiques*, ed. B. Lamotte, A. Le Roy, C. Massit, & E. Puissant. Louvain: Presses universitaires de Louvain, pp. 77-94.
- RICHEZ-BATTESTI N., PETRELLA F., & VALLADE D. (2012), "L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : Quels enjeux et défis pour l'analyse ? ", *Innovations*, Vol. 2, n° 38, pp. 15-36.
- RICHEZ-BATTESTI N., & VALLADE D. (2009), "Économie sociale et solidaire et innovation sociale: Premières observations sur un incubateur dédié en Languedoc Roussillon", *Innovations*, n° 2, pp. 41-69.
- (2018), "L'innovation sociale entrepreneuriale : un processus d'institutionnalisation inachevé. Les 10 ans d'Alter'Incub, premier incubateur régional d'entreprises sociales", *Marché et organisations*, n° 1, pp. 61-80.
- ROQUEBERT Q., FONTAINE R., & GRAMAIN A. (2018), "Aider un parent âgé dépendant. Configurations d'aide et interactions dans les fratries en France", *Population*, Vol. 73, n° 2, pp. 323-350.
- SENTILHES-MONKAM A. (2005), "Retrospective de l'hospitalisation à domicile, l'histoire d'un paradoxe", *Revue Française des Affaires sociales*, Vol. 2005/3, n° 3, pp. 157-182.
- SIMON P., & ACKER D. (2008), "La place de la télémédecine dans l'organisation des soins", *CGES, Rapport Mission thématique n°7/PS/DA*.
- SIMONAZZI A. (2009), "Care regimes and national employment models", *Cambridge Journal of Economics*, Vol. 33, n° 2, pp. 211-232.
- SIMONET M. (2018), *Travail gratuit: la nouvelle exploitation?* : Éditions Textuel.
- SIMS A., & MÜLLER T. M. (2019), "Nudge Versus Boost: A Distinction Without A Normative Difference", *Economics & Philosophy*, Vol. 35, n° 2, pp. 195-222.
- SOULLIER N., & WEBER A. (2011), "L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile", *Etudes et résultats*, Vol. 771.
- SRINIVAS S. (2013), *Market Menagerie, Health and Development in Late Industrial States*. New delhi: Cambridge University Press India.
- STRAUSS A., FAGERHAUGH S. Y., SUCZEK B., & WIENER C. (1997), *Social organization of medical work*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- STREECK W., & THELEN K. A. (2005), *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press.
- SYNTEC NUMERIQUE (2011), "Télémédecine 2020 Faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé", 34.
- THALER R., & SUNSTEIN C. (2008), *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale University Press.
- THERET B. (1996a), "De la comparabilité des systèmes nationaux de protection sociale dans les sociétés salariales : essai d'analyse structurale", in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe. Rencontres de Berlin*. Paris: DREES-MiRe, pp. 439-503.
- (1996b), "Les structures élémentaires de la protection sociale", *Revue Française des Affaires sociales*, Vol. 4, pp. 165-188.

- (1997a), "Méthodologie des comparaisons internationales, approches de l'effet sociétal et de la régulation : fondements pour une lecture structuraliste des systèmes nationaux de protection sociale", *L'année de la régulation*, Vol. 1, pp. 163-228.
 - (1997b), "Méthodologie des comparaisons internationales, approches de l'effet sociétal et de la régulation : fondements pour une lecture structuraliste des systèmes nationaux de protection sociale", *L'année de la régulation*, Vol. 1, pp. 163-228.
 - (1998), "L'Etat-providence à l'épreuve des comparaisons internationales", in *L'Etat à l'épreuve du social*, ed. P. Auvergnon, P. Martin, P. Rozenblatt, & M. Tallard. Paris: Syllepse.
 - (2000), "Theoretical Problems in International Comparisons: Toward a Reciprocal Improvement of Societal Approach and "Régulation" Theory by Methodic Structuralism", in *Embedding organizations. Societal analysis of actors, organizations and socio-economic context*, ed. A. Sorge, & M. Maurice. Amsterdam: Benjamins publishing company, pp. 101-115.
 - (2006), "To have or to be: on the interaction between state and economy", in *The hardship of nations: exploring the paths of modern capitalism*, ed. B. Coriat, P. Petit, & G. Schméder. Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing, pp. 135-155.
 - (2008), "Comparaisons internationales. La place de la dimension politique", in *Politiques sociales, Enjeux méthodologiques et épistémologiques des comparaisons internationales*, ed. J.-C. Barbier, & M.-T. Letablier. Brussel: PIE Peter Lang, pp. 71-95.
 - (2010), "La protection sociale comme lien territorial: une solution d'avenir pour l'Europe?", *Finance & Bien Commun*, n° 2, pp. 45-63.
 - (2011), "The place of national systems of social protection and political representation in socio-economic regulation: A morphogenetic structuralist view on institutional change in comparative perspective with special references to Japan and France", *Evolutionary and Institutional Economics Review*, Vol. 7, n° 2, pp. 177-208.
- THORIGNY M. (2021), *Le déploiement de la télémédecine en France: de la définition d'une politique nationale à sa mise en œuvre territoriale. Une analyse institutionnaliste*. Thèse de sciences économiques, Dir. J.-P. Domin, Université de Reims.
- TITMUSS R. ((1958) 2019), *Essays on the welfare state (reissue)*. Policy Press.
- ((1970) 2018), *The gift relationship (reissue): from human blood to social policy*. Policy Press.
- TRABUT L., & WEBER F. (2009), "How to make care work visible? The case of dependence policies in France", in *Economic Sociology of Work*: Emerald Group Publishing Limited.
- TRONTO J. C. (2013), *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. NYU Press.
- VAN DER POL M., & MCKENZIE L. (2010), "Costs and benefits of tele-endoscopy clinics in a remote location", *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 16, n° 2, pp. 89-94.
- VUIDEL P., DU TERTRE C., & LIPOVAC J.-C. (2012), "Villes durables : vers de nouveaux modèles économiques d'entreprise ?", *L'Economie politique*, Vol. 53, n° 1, pp. 31-39.
- WEBER A. (2005), "L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004", *Etudes et Résultats*, n° 388.
- (2015), "Des enquêtes nationales pour connaître l'aide apportée par les proches en raison d'un handicap ou d'un problème de santé", *Informations sociales*, Vol. 188, n° 2, pp. 42-52.

- WHO (2015), "Atlas e-Health country profiles, eHealth and innovation in women's and children's health", *Global observatory for e-Health*.
- WILLIAMS A. (1987), "Health economics: the cheerful face of the dismal science?", in *Health and economics*: Springer, pp. 1-11.
- WILLIATTE L. (2014), "Identification des responsabilités juridiques dans la mise en œuvre de procédés de télémédecine dans le parcours de soins", *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, Vol. 3, pp. 43.

Annexes

Annexe 1 - Les 21 activités de services à la personne définies par le Code du travail et ouvrant droit à avantages fiscaux

Activités effectuées **exclusivement à domicile** :

1. Entretien de la maison et travaux ménagers
2. Petits travaux de jardinage (y compris débroussaillage)
3. Prestations de petit bricolage dites « hommes toutes mains »
4. Garde d'enfant à domicile
5. Soutien scolaire et cours à domicile
6. Assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux
7. Assistance aux personnes handicapées y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété
8. Garde malade à l'exclusion des soins
9. Assistance informatique et Internet à domicile
10. Soins et promenades d'animaux domestiques, pour les personnes dépendantes
11. Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes
12. Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire
13. Assistance administrative à domicile.

Activités **partiellement réalisées en dehors du domicile**, à la condition que la prestation fasse partie d'une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile :

1. Préparation des repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions,
2. Livraison de repas à domicile,
3. Collecte et livraison à domicile de linge repassé,
4. Aide à la mobilité et au transport de personnes ayant des difficultés de déplacement, accompagnement et transport des enfants
5. Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives,
6. Accompagnement des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante),
7. Livraison de courses à domicile

La 21e activité est celle qui concourt directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services mentionnés précédemment.

Annexe 2 - Dispositifs de soutien, direct et indirect, au développement des services à la personne

	Année d'instauration
Prestation (à caractère extra-légal) d'aide à domicile en nature par les Caisses régionales d'assurance vieillesse	1962
Exonérations de cotisations sociales patronales pour les particuliers employeurs de plus de 70 ans ou handicapés	1987
Reconnaissance du statut d'association intermédiaire	1987
Création de l'agrément	1991
Légalisation du mandataire	1991
Réduction d'impôts sur le revenu à hauteur de 50 % des sommes engagées par les particuliers employeurs ou auprès d'associations agréées	1991
Abattement de 30 % de cotisations sociales patronales pour les associations prestataires	1993
Chèque emploi service (devenu chèque emploi service universel en 2005)	1993
Élargissement du champ de l'agrément aux entreprises	1996
Exonération totale de cotisations sociales patronales pour les aides à domicile embauchées par une structure prestataire (pour les seules heures d'aide à domicile)	1997
Titre emploi service (devenu chèque emploi service universel en 2005)	1999
TVA à taux réduit pour les entreprises	1999
Allocation pour l'Autonomie	2001/2002
Autorisation médico-sociale et tarification pour les prestataires	2002
Prestation d'accueil du jeune enfant	2003/2004
Création de l'Agence nationale des services à la personne	2005
Création des enseignes de services à la personne	2005
Droit d'option entre agrément et autorisation	2005
Crédit d'impôts sur les sociétés (25 %) pour les sommes engagées sur l'abondement de CESU	2005
Fusion des dispositifs Chèque emploi services et Titre emploi services en Chèque emploi services universel (CESU)	2005

Annexe 3 - Les conditions d'entrée sur le marché de l'aide à domicile : Agrément qualité et autorisation

1- L'agrément qualité

La demande d'agrément se fait à l'initiative de la structure, auprès du préfet du département où se situe le siège social de la structure, bien que l'agrément ait une portée nationale. Il porte sur les activités déclarées lors de la demande. Si ces activités s'étendent, il convient de demander une modification de l'agrément pour les nouvelles activités¹⁴². Le dossier de demande d'agrément, outre la présentation de la structure, doit comporter une présentation des moyens mis en œuvre pour apprécier le niveau de qualité des services (le plus souvent, un questionnaire à destination de l'utilisateur). Cette demande est alors évaluée, notamment, selon des critères de qualité, définis à l'article R. 7232-7 du Code du Travail.

« 4^o L'association ou l'entreprise comportant plusieurs établissements *dispose d'une charte de qualité qui répond aux exigences de l'agrément* et à laquelle les établissements sont tenus d'adhérer ; la mise en œuvre de cette charte par les établissements donne lieu à *une évaluation périodique* ;

5^o Lorsque les services portent partiellement ou en totalité sur les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 7232-1, le demandeur de l'agrément s'engage à respecter un *cahier des charges approuvé par arrêté du ministre chargé de l'emploi assurant l'exigence de qualité mentionnée à l'article L. 7232-5* » (nous soulignons).

Mais les exigences de ce cahier des charges sont réduites et portent surtout sur la continuité du service et son accessibilité. En outre, l'absence de réponse dans un délai de trois mois pour l'agrément qualité vaut acceptation, ce qui peut laisser perplexe quant au niveau d'examen des dossiers, d'autant que l'ANSP n'a proposé de formations aux agents des DDTEFP en charge des services à la personne qu'en 2008, soit 3 ans après le début du Plan.

Une fois obtenu, l'agrément est valable pour une période de 5 ans. La demande de renouvellement doit être déposée au moins trois mois avant expiration de l'agrément, sauf pour les organismes certifiés qualité, pour lesquels le renouvellement est fait tacitement. Les organismes non certifiés doivent quant à eux se soumettre à une évaluation externe tous les cinq ans et au moins six mois avant l'expiration de l'agrément.

2 - L'autorisation

La demande d'autorisation est également réalisée à l'initiative de la structure. Elle est à déposer au Conseil Général lors de fenêtres de deux mois, chaque fenêtre correspondant à un public particulier : personnes âgées, personnes handicapées, etc. Pour les services à la personne, une procédure simplifiée est prévue. Plus précisément, cette procédure concerne les extensions et transformations d'établissement et de services ainsi que « *les créations de services sociaux ou médico-sociaux qui apportent à domicile ou en milieu ouvert, une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins, une*

¹⁴² Notons qu'il existe dans l'agrément une clause d'activité exclusive, ce qui signifie que la structure ne doit pas exercer une autre activité que celle définie à l'article D.129-35 du Code du Travail. Si un organisme veut proposer des services autres, il doit créer une entité juridique indépendante. Dans certains cas, dont les conditions s'ouvrent rapidement, il est possible d'avoir une dérogation à la condition d'activité exclusive.

action éducative, une aide à l'insertion sociale, un soutien ou un accompagnement social » (art R.312-191 du CASF). Néanmoins, l'application de la procédure simplifiée dépend du Conseil Général.

Le dossier de demande d'autorisation, largement similaire à l'ensemble des établissements et services relevant de la loi 2002-2, s'articule en quatre grands axes regroupant un ensemble d'éléments caractérisant le projet et définis par l'article R.312-191 du CASF, que sont :

- *L'identification* du promoteur, c'est-à-dire la présentation complète de la structure (composition du conseil d'administration, siège social, historique, projet associatif, présentation des activités, savoir-faire, partenariats, etc.), un exemplaire actualisé des statuts, les comptes annuels consolidés de l'association, et, le cas échéant le numéro de FINESS de l'association.
- *Les caractéristiques principales du projet*, qui comprennent notamment :
 - La localisation de l'établissement ainsi que la description de la commune d'implantation, la zone de desserte, la zone de résidence des bénéficiaires
 - Les différentes catégories de bénéficiaires (âge, sexe, critères sociaux ou médico-sociaux), déterminés par l'étude des besoins effectuée en lien avec le schéma
 - L'étude des besoins, qui doit d'une part faire ressortir les besoins auxquels le projet a vocation à répondre et d'autre part faire référence aux enquêtes et études existantes, afin de montrer la pertinence du projet.
 - Le projet d'établissement ou le projet de service. Ce document constitue un véritable projet d'entreprise qui doit mettre en évidence les fondements et les modalités de l'action de l'établissement. Il définit aussi les objectifs à 5 ans de l'établissement en matière de coordination et de coopération, mais aussi en matière d'évaluation de la qualité. Enfin, le projet d'établissement doit permettre d'identifier l'établissement dans son environnement et d'en marquer la qualité et la spécificité (et donc l'utilité).
 - Les droits des usagers : le dossier de demande d'autorisation s'inscrit dans une volonté de respect des droits des usagers, il importe donc de préciser les diverses dispositions propres à garantir les droits des usagers mises en place par la structure, notamment en termes de participation des usagers. Le dossier doit en outre contenir des projets de livret d'accueil, de règlement de fonctionnement et de contrat de séjour, les modalités de fonctionnement du conseil de vie sociale, ainsi que les formes de participation retenues.
 - Les caractéristiques d'évaluation retenues. Dans le cas de création, il s'agit de préciser les méthodes prévues pour évaluer la qualité de la prestation. Dans le cas d'une extension ou d'une transformation, les résultats des évaluations déjà menées (objectifs évalués, indicateurs utilisés et valeurs cibles). Enfin, dans tous les cas, le dossier de demande d'autorisation doit contenir une présentation des questionnaires qualité et référentiels utilisés.
- *Un dossier relatif aux personnels* qui précise la convention collective appliquée par la structure, la répartition des effectifs par qualification (exprimé en nombre d'agents et/ou en ETP) présentée au moyen d'un organigramme et des fiches de poste. Ce dossier doit aussi mentionner les personnels qui seront sous la responsabilité directe ou indirecte de la structure (salariés, personnels détachés, libéraux, intérimaires, bénévoles, etc.). Enfin, le dossier doit présenter de façon plus particulière les personnes responsables de la direction et de la coordination (CV complet).

- Et un *dossier financier* comprenant les derniers comptes annuels consolidés, le programme d'investissement en cours et le budget prévisionnel du service pour lequel est sollicitée l'autorisation.

Le dossier de demande d'autorisation présente ainsi la structure et le projet dans leur globalité. En conséquence, ce type de dossier se révèle long et complexe à mettre en œuvre¹⁴³. Il demande en outre des compétences spécifiques en termes de gestion financière et d'élaboration d'un budget prévisionnel répondant aux normes comptables médico-sociales (M22).

Ce budget prévisionnel sera l'un des principaux critères d'évaluation du dossier. Sont aussi pris en considération la compatibilité du projet avec le schéma départemental d'organisation social et médico-social et la qualité et la pertinence des démarches d'évaluation proposées. Ces différents critères sont précisés dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (Art. L.313-4). La non-conformité du budget avec le schéma peut entraîner le rejet de la demande d'autorisation. La délivrance de l'autorisation est conditionnée par la qualité du projet, la réponse à un besoin effectif, préalablement identifié par le schéma, et à l'évaluation des coûts du service évalués d'une part au regard des coûts habituels pour ce type de service et d'autre part au regard de la contrainte financière de l'autorité de tarification.

Après la fermeture de la fenêtre, l'autorité compétente a 6 mois pour se prononcer. Durant cette période, le dossier est soumis au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale¹⁴⁴ (CROSMS) qui émet un avis, la décision finale relevant du Président du Conseil Général. L'absence de réponse pendant cette période de 6 mois après la fermeture de la fenêtre vaut rejet de l'autorisation, contrairement à la procédure d'agrément où l'absence de réponse vaut acceptation.

Au total, entre de dépôt du dossier de demande d'autorisation et l'ouverture du service plus de 8 mois vont s'écouler (contre 3 mois maximum pour une demande d'agrément qualité). De par la complexité de la procédure d'autorisation qui requiert des compétences spécifiques et de par sa durée, les coûts d'entrée sur le « marché » sont supérieurs dans le cadre de l'autorisation que dans celui de l'agrément.

Nonobstant, l'autorisation a une validité de 15 ans depuis la loi du 2 janvier 2002 (décret du 29 novembre 2003) contre une validité de 5 ans pour l'agrément (sauf si la structure est certifiée). Du point de vue du droit, le renouvellement de l'autorisation n'est possible que si une évaluation externe a lieu dans les 2 ans qui précèdent la fin de l'autorisation et que cette visite est positive. Un contrôle par évaluation externe est également prévu dans le cadre du renouvellement de l'agrément qualité. L'autorisation

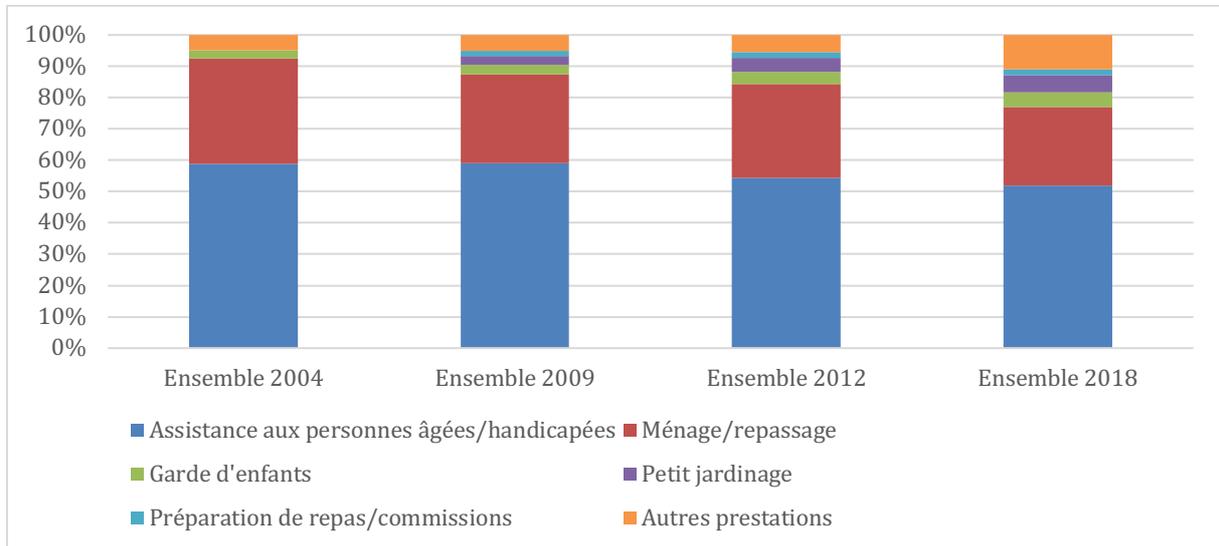
¹⁴³ Au sein des Uriopss, les accompagnements à la réalisation du dossier CROSMS se font habituellement sur 5 « jours consultants ».

¹⁴⁴ Le CROSMS est constitué de représentants des services déconcentrés de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de Sécurité sociale ; des personnes morales gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux ; des personnels des établissements et de services sociaux et médico-sociaux ; des usagers des établissements et de services sociaux et médico-sociaux ; des travailleurs sociaux et des représentants des personnels de santé ; du conseil régional de santé. S'ajoutent à ces représentants des personnes qualifiées. Le comité est présidé par un magistrat issu du corps des conseillers des tribunaux administratifs ou des chambres régionales des comptes.

peut dans certains cas être cédée à un autre organisme relevant du champ de l'autorisation, avec l'accord de l'autorité compétente. Une partie des coûts d'entrée sur le marché peuvent donc être récupérés.

Annexe 4 – Évolution de la répartition de l'activité des prestataires de services à la personne

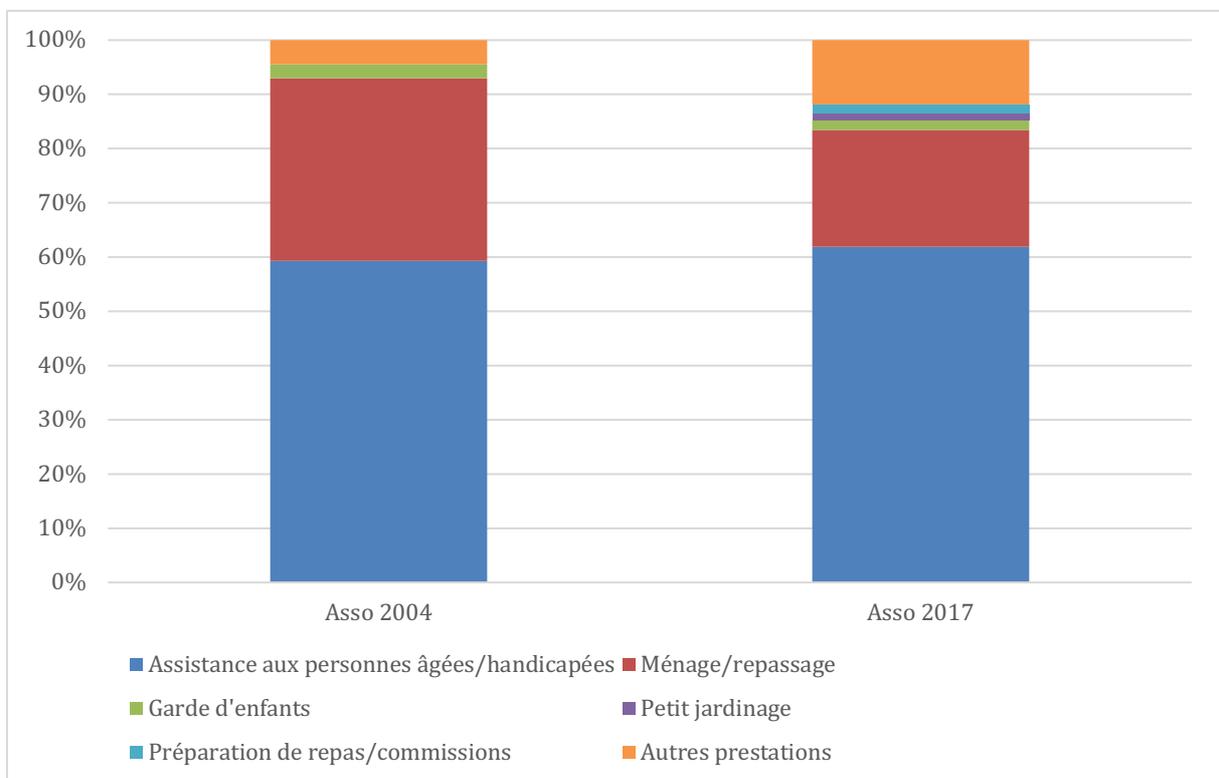
Figure A - Répartition de l'activité des prestataires par grands types de service



Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière

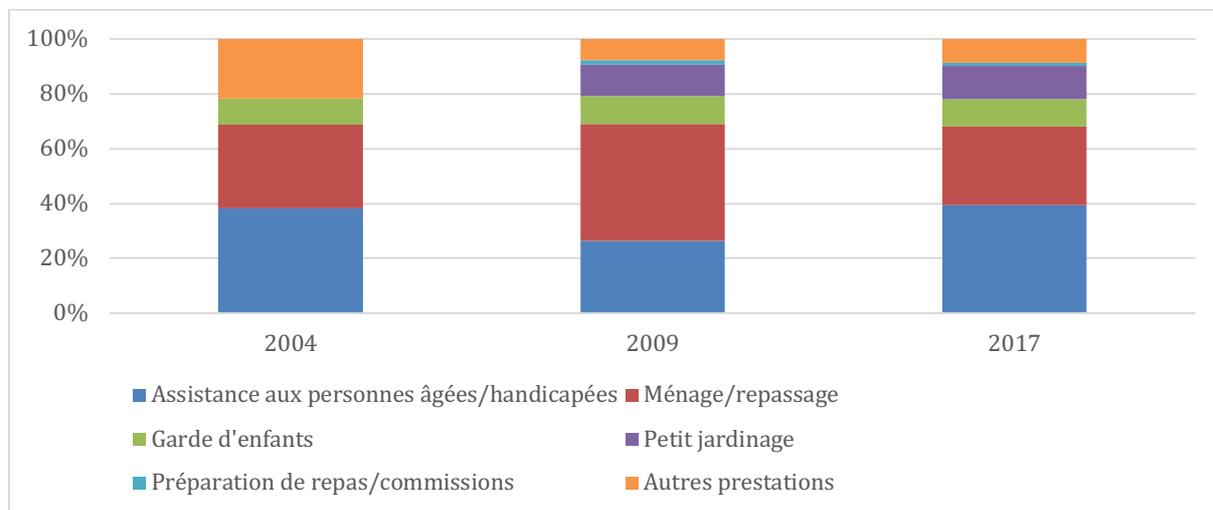
Figure 15 - Évolution de la répartition de l'activité des associations



Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière

Figure B - Répartition de l'activité des entreprises



Données DARES, via ANSP Nova

Rupture de série entre 2007 et 2008, passage de France métropolitaine à France entière

Annexe 5 - Grille de codage et analyse de la littérature télé-médicale

1. Identification article	2.6. Efficience de la télé-médecine
1.1. Territoire	Pratique efficace
Pays	En recherche d'efficience
Région/Province/État	2.7. Forme de performance de la télé-médecine
Nom du territoire	Acceptabilité de la pratique
2. Indicateurs de télé-médecine	Accessibilité de la télé-médecine
2.1. Contexte	Continuité des soins
Densité médicale	Amélioration des soins
Densité population	Réduction des coûts
Démographie (âge)	Efficience
Type de pathologie	Equité
Ruralité	Sécurité
2.2. Cadre politique et législatif de la télé-médecine	Temporalité
Politique nationale	Autre
Politique régionale	3. Informations dans la bibliographie
Législation nationale	Référence à des projets en phase de routine
Législation régionale	Référence aux modalités de régulation nationale
Politique d'évaluation	Nombre de références dans la bibliographie
Décentralisation de la politique	Nombre de références institutionnelles
2.3. Types de financements des projets	Nombre de références guidelines
Dépenses publiques	Autre
Dépenses privées	Commentaire
Autre	
2.4. Type de couverture des soins de télé-médecine	
Assurance publique	
Assurance sociale	
Assurance privée	
Autre	
Niveau de couverture	
2.5. Organisation	
Statut des acteurs (libéral/salarié)	
Modalités de rémunération des acteurs	
Modalités de coordination	
Partenariat public/privé	
Transfert de tâches (paramédicaux)	
Transfert de tâches (patients)	

Table des Figures

Figure 1 – Représentation schématique des domaines analysés en économie de la santé	26
Figure 2 – Structure élémentaire d'un système de protection sociale.....	37
Figure 3 – Le secteur institutionnel du <i>care</i> : l'aide à domicile aux personnes âgées, au croisement de l'action sociale et médico-sociale et des services à la personne	56
Figure 4 – Évolution des effectifs salariés dans les services à la personne	67
Figure 5 - Evolution de l'activité de SAP en volume, tous modes d'intervention confondus (millions d'heures)	69
Figure 6 - Évolution des heures réalisées selon les modes d'intervention (en millions) : réduction de l'emploi direct	70
Figure 7 – Évolution de l'activité des prestataires de SAP selon le type de prestataire (en millions d'heures)	72
Figure 8 – Évolution des volumes prestés pour de l'aide à domicile et des montants distribués d'APA	73
Figure 9 – Schéma d'une dualité sectorielle	76
Figure 10 - Régulation du secteur institutionnel de l'aide à domicile post Plan Borloo ...	79
Figure 11 – Exemple de protocole de télésurveillance	91
Figure 12 – Exemple d'interface patient pour de la télésurveillance	91
Figure 13 – Exemple de tableau de suivi.....	92
Figure 14 - La télésurveillance relie care et soins.....	96
Figure 15 - Évolution de la répartition de l'activité des associations	167

Table des Encadrés

Encadré 1 - Une variété de secteurs, territoires et organisations investigués.....	48
Encadré 2 - Le dispositif de l'autorisation médico-sociale.....	52
Encadré 3 - Mesure de la dépendance et niveau des allocations associées	54
Encadré 4 - Formes de production de l'aide à domicile	55
Encadré 5 - Principaux dispositifs du Plan Borloo.....	58
Encadré 6 - Informations de la base de données de l'OMS sur la <i>e-Health</i>	104
Encadré 7 - La littérature télé-médicale	105
Encadré 8 - Base de données constituée pour le Danemark, la France et le Royaume-Uni	106
Encadré 9 - Enjeux et problématiques de coordination associées aux maladies rares..	129
Encadré 10 - Modalités de mise en œuvre du projet Ortic.....	130
Encadré 11 - Méthode de mise en œuvre.....	133

Table des Tableaux

Tableau 1 - Les trois régimes de protection sociale d'Esping-Andersen	36
Tableau 2 - Codification NACE de l'aide à domicile.....	52
Tableau 3 - Évolution du nombre d'organismes agréés de services à la personne	71
Tableau 4 - Évolution de l'activité prestataire en volume et part des entreprises.....	71
Tableau 5 - Évolution de la régulation des SAP : formes d'insertion dans les logiques d'accumulation	74
Tableau 6 - Dimension de marché et de quasi-marché des services à la personne	77
Tableau 7 - Dispositifs de couverture des soins et de l'aide.....	81
Tableau 8 - Sources de données explorées et matériaux dégagés de ces pistes	103
Tableau 9 - Synthèse du recueil bibliographique.....	106
Tableau 10 - Configuration institutionnelle des systèmes de santé et de télé-médecine	115

Résumé

La marchandisation de la santé et des systèmes de santé constitue une transformation liée à l'évolution du mode de régulation macroéconomique. Ce travail développe une analyse régulationniste de la marchandisation des systèmes de santé centrée sur le *care*. Il montre par quels mécanismes la marchandisation de la santé modifie la régulation du *care* et les articulations entre *care* et soins. Deux secteurs institutionnels relatifs au *care* sont analysés : le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées et celui du *care* associé à la télésurveillance. Cinq mécanismes de régulations du *care* dans le système de santé sont ainsi identifiés : 1/ l'entrée d'entreprises marchandes ; 2/ une hybridation de dispositifs marchands et non-marchands, caractéristique d'une absence de dualité sectorielle ; 3/ un basculement de l'activité du secteur des soins vers celui du *care*, qui s'accompagne de modalités de socialisation de la dépense plus restrictives ; 4/ la nécessité d'un engagement plus fort du *care* pour la réalisation des soins ; 5/ la comparaison internationale fait ressortir qu'il existe des variations dans la coordination de l'articulation du *care* et des soins, et que la politique française élude cet aspect tant dans sa dimension sectorielle que dans sa dimension territoriale.

Ces mécanismes permettent de mettre en évidence une transformation majeure des relations de protection sociale : une transformation des formes de socialisation de la dépense de prise en charge, caractérisée par un ciblage accru et un plafonnement. Ce changement des formes de socialisation s'accompagne d'une extension du marché d'un côté et d'une refamilialisation des prises en charge de l'autre.

Mots-clés : régulation sectorielle, approches régulationniste méso, système de santé, marchandisation, *care*, aide à domicile, télémédecine

Abstract

The marketization of the healthcare systems is linked to the evolution of the macroeconomic mode of regulation. Using the French *régulation* school framework, this work develops an analysis of the marketization of healthcare systems that is focused on the social care. It shows the mechanisms by which the marketization of healthcare modifies the *régulation* of social care and the articulation between social care and medical healthcare. Two institutional sectors of care are analyzed in the French institutional configuration: the home care services for the elderly and the social care associated with telemonitoring. Five mechanisms of *régulation* of social care in the healthcare system are identified: 1/ the entry of businesses; 2/ a hybridization of market and non-market systems, characteristic of a non-dualistic sector; 3/ a shift in activity from the medical healthcare sector to the social care sector, which involves more restrictive socialization of the healthcare expenditures; 5/ an international comparison shows the articulation of social care and medical health care depends on countries' institutional configurations, and that French policy eludes this aspect both in its sectoral and territorial dimensions.

These mechanisms make it possible to highlight a major transformation in social protection relations: a transformation in the forms of socialization of healthcare expenditures, characterized by increased targeting and capping. This change in the forms of socialization is accompanied by an extension of the market on the one hand and a refamilialisation of social care on the other.

Key-words : sector-based *régulation*; French *régulation* school; meso level; healthcare systems ; commodification; social care; telemedicine; telemonitoring