

Relever le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS) par la rencontre des organisations d'interface et de la télésanté dans une approche d'“ humanisme numérique ” en santé ?

Christian Bourret

► To cite this version:

Christian Bourret. Relever le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS) par la rencontre des organisations d'interface et de la télésanté dans une approche d'“ humanisme numérique ” en santé ?. Revue française des sciences de l'information et de la communication, Société Française des Sciences de l'Information et de la Communication, 2016, 10.4000/rfsic.2013 . hal-02298526

HAL Id: hal-02298526

<https://hal-upec-upem.archives-ouvertes.fr/hal-02298526>

Submitted on 10 Oct 2019

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.



Relever le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS) par la rencontre des organisations d'interface et de la télésanté dans une approche d'« humanisme numérique » en santé ?

Christian Bourret



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfsic/2013>

DOI : 10.4000/rfsic.2013

ISSN : 2263-0856

Éditeur

Société Française de Sciences de l'Information et de la Communication

Ce document vous est offert par Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)



Référence électronique

Christian Bourret, « Relever le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS) par la rencontre des organisations d'interface et de la télésanté dans une approche d'« humanisme numérique » en santé ? », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], 9 | 2016, mis en ligne le 01 septembre 2016, consulté le 10 octobre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rfsic/2013> ; DOI : 10.4000/rfsic.2013

Ce document a été généré automatiquement le 10 octobre 2019.



Les contenus de la *Revue française des sciences de l'information et de la communication* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Relever le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS) par la rencontre des organisations d'interface et de la télésanté dans une approche d'« humanisme numérique » en santé ?

Christian Bourret

Introduction : la santé, un secteur en pleine évolution

- 1 Le système de santé français est en crise. La question de ses coûts, formulée comme celle du « déficit » ou du « trou de la Sécu » revient constamment dans l'actualité¹. Il est efficace (notamment en termes d'accès, ce qui lui a valu d'être considéré par l'OMS – Organisation Mondiale de la Santé, en 2000, comme le meilleur système de santé au monde), mais pas efficient (ses coûts représentant près de 12 % du PIB national²). Les tensions sont de plus en plus fortes. Nous pouvons nous interroger sur sa capacité de « résilience », sa capacité à résister, en se demandant comme A. Mayère (2016) « comment il tient encore », essentiellement par la motivation, le « bricolage organisationnel », le sens des responsabilités de tous ses acteurs, en particulier à l'hôpital.
- 2 Dans les explications recherchées à cette crise, la question des cloisonnements est souvent évoquée, principalement entre la médecine de premier recours, dite « médecine de ville » et le secteur de l'hospitalisation. Un autre défi important est celui du passage d'un système curatif à un système intégrant davantage la prévention, comme l'a souligné H. Isaac (2014).

- 3 La question des inégalités territoriales en santé constitue un autre enjeu essentiel. Ce n'est pas le moindre des paradoxes et des ambivalences du système de santé français, considéré comme l'un des plus performants par l'OMS, d'être aussi celui où, parmi les pays d'Europe de l'Ouest, les inégalités sociales et territoriales de santé sont les plus marquées³. La création des ARS (Agences Régionales de Santé) en 2010 dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) votée en 2009 a correspondu à une volonté des pouvoirs publics de promouvoir une gestion de proximité du secteur de la santé. Un de ses principaux objectifs est de relever ce défi des inégalités territoriales en s'appuyant notamment sur les TIC : e-santé ou télésanté et en promouvant la responsabilisation de tous les acteurs, y compris des patients et de leurs familles.
- 4 Nous proposons une mise en contexte et des pistes de réflexions pour commencer à examiner cette question essentielle dans une perspective relevant des sciences de l'information et de la communication. Nous préciserons tout d'abord en quoi consistent les inégalités sociales et territoriales en santé. Nous aborderons ensuite l'ambivalence du numérique et ses possibles interactions avec les dérives de l'« idéologie gestionnaire » avant de présenter des approches innovantes développées autour d'organisations d'interface entre la médecine de ville et le secteur de l'hospitalisation. Nous examinerons ensuite la rencontre des territoires et de l'e-santé avant de proposer des éléments pour une approche en information-communication d'« humanisme numérique » en santé, et notamment pour améliorer la « démocratie sanitaire » dans une approche de solidarité et de proximité.

Le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS)

- 5 Les inégalités en santé traduisent le morcellement de la population française et ses différentes situations. Les victimes de ces inégalités correspondent à une certaine France, en voie de paupérisation et de marginalisation politique, sociale et économique, celle des banlieues sensibles, et aussi de la « France « périphérique », « invisible et oubliée » des élites et de la mondialisation, décrite par C. Guilluy (2015), qui représente pourtant la majorité de la population. Cette France oubliée est aussi celle des déserts médicaux. En termes de santé, elle s'oppose fortement à une autre France, décrite par L. Sfez (2001), celle de l'« utopie de la santé parfaite », de ceux qui pratiquent le culte de la performance, du corps et de son amélioration par tous les objets connectés possibles et le « *quantified self* ».
- 6 G. Menvielle (2012) définit les inégalités sociales de santé comme « des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre des groupes sociaux au sein d'un même pays ou entre différents pays ». Il met en évidence des différences de santé à deux niveaux : à la fois en fonction de la position socioéconomique des individus, mais aussi entre les territoires. Il donne l'exemple « d'une zone majoritairement en surmortalité [qui] s'étend de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais et à l'Alsace, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine et du sud de la Basse Normandie. La surmortalité est particulièrement marquée dans le centre de la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais et le nord de la Picardie.
- 7 G. Menvielle pointe la répartition inégalitaire de l'offre de soins sur le territoire français. Ces disparités s'observent avec différents indicateurs tels que la densité de médecins

généralistes, de spécialistes, ou le temps d'accès aux urgences. Le temps d'accès à un généraliste diffère sur l'ensemble du territoire. Globalement, il s'allonge à mesure que l'on s'éloigne de la préfecture du département. En particulier, certaines zones comprenant la Champagne-Ardenne, la Bourgogne, la Franche-Comté ou le sud du Massif central ont des temps d'accès aux généralistes plus élevés. Cela correspond à des zones majoritairement rurales, les professionnels se concentrant dans les zones urbaines favorisées.

- 8 G. Menvielle définit un « indice de défavorisation sociale » pour mesurer la situation sociale d'un territoire. Il est calculé à partir des caractéristiques socioéconomiques de la population vivant sur un territoire (niveau d'études, pourcentage de chômeurs, etc.). Il souligne que si les caractéristiques individuelles des personnes résidant sur un territoire sont le principal déterminant de la santé au sein d'un territoire, des effets propres à un territoire sont aussi à prendre en compte. L'offre de soins comme la densité de médecins généralistes, ou la distance aux centres de santé de référence (les centres anticancéreux ou les grands hôpitaux notamment) » y contribuent aussi fortement.
- 9 Pour nous, le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS) se pose à deux niveaux différents : territorial et individuel.
- 10 C'est tout d'abord la question de l'isolement des territoires et, en particulier, des zones rurales ou de montagnes, à faible densité de population, qui sont devenues des « déserts médicaux », avec, très souvent, le non-remplacement ces dernières années de médecins partant en retraite. Mais cette question des « déserts médicaux » concerne aussi les banlieues sensibles des grandes villes, avec le départ de nombreux professionnels de santé, cette fois avant tout pour des raisons de sécurité et d'extrême difficulté des conditions d'exercice.
- 11 Il s'agit aussi de l'isolement des personnes (précarité, barrière de la langue, vieillesse, etc.) qui contribue à aggraver l'état de santé et peut créer des situations très complexes pour des patients souffrant souvent de pathologies multiples. Les deux aspects (isolement des personnes et des territoires) peuvent se cumuler.
- 12 La mise en contexte et les pistes de réflexions que nous proposons concernent notamment le département de Seine-et-Marne. Ce département compte 1.35 millions d'habitants. Son territoire correspond à la moitié de la superficie de la région Ile-de-France est très contrasté. Il est à la fois très rural avec de fortes zones agricoles (Brie), possède un fort potentiel touristique (Disney, Fontainebleau, Vaux-le-Vicomte, Provins...) un réseau urbain assez dense (Melun, Meaux, Fontainebleau, Provins, Nemours, etc.), des zones à fort potentiel de développement comme le secteur de Val d'Europe autour d'Euro Disney et des zones urbaines correspondantes ou d'autres en fortes difficultés de reconversion (La-Ferté-sous-Jouarre par exemple). La carte des disparités territoriales de mortalité en France (2005) montre la spécificité de ce département et, en particulier, de sa zone nord par rapport au reste de l'Ile-de-France et au sud du département.
- 13 La Seine-et-Marne peut donc constituer un bon terrain d'observation des deux types d'isolements (individuel et collectif). Pour les aborder, nous pourrions nous appuyer sur des coopérations avec la Faculté de Médecine de Créteil (UPEC) et avec différentes organisations ou formes-projets du secteur santé de l'Ile-de-France ou de l'étranger. De nouvelles approches et de nouveaux dispositifs sociotechniques peuvent en effet apporter des solutions innovantes à la question de l'isolement des personnes et des territoires en

contribuant également à affirmer le rôle de patients davantage acteurs de leur santé (enjeux de « démocratie sanitaire ») dans une perspective de proximité.

L'ambivalence du numérique et les dérives de l'« idéologie gestionnaire »

- 14 Il convient néanmoins d'être conscient de l'ambivalence du numérique et de ses possibles interactions avec les dérives de « l'idéologie gestionnaire ». C'est tout le défi de « L'humain face au numérique »⁴, dans le sillage des grandes interrogations de M. Heidegger sur la « maîtrise de la technique », de J. Ellul sur son « ambivalence » (1990) et d'E. Morin (2015) sur les dérives de la « rationalité instrumentale » et de la « barbarie bureaucratique », où tout est quantifié et mesurable, avec une technique se concentrant uniquement sur les moyens (productivité et performance) en ayant oublié les fins (être au service de l'humain).
- 15 Le numérique, comme, plus largement la technique, apporte des solutions et des améliorations déterminantes aux échanges et aux interactions entre humains et, pour ce qui nous intéresse, d'exercice des soins et d'amélioration de la santé des patients : traçabilité, nouvelles modalités de la télésanté dans ses différentes formes (dossiers médicaux partagés, plates-formes de services, comme par exemple la plate-forme de services Sophia de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour des patients diabétiques et asthmatiques⁵, télémédecine y compris dans une dimension de proximité), mais avec aussi des risques de contrôle excessif, d'ultra-transparence et de visibilité absolue au détriment de la vie privée.
- 16 Cette ambivalence du numérique peut contribuer à accentuer les dérives de « l'idéologie gestionnaire » (V. de Gauléjac) et, en particulier, son obsession pour l'efficacité (cf. H. Mintzberg (2001) : « remarque sur un bien vilain mot "efficacité" »). Pour Mintzberg, « le management, tel qu'il est actuellement pratiqué, peut en fait être à l'origine du problème et non la solution. Il peut œuvrer contre nos intérêts fondamentaux... non seulement en tant que consommateurs, mais également en tant que citoyens... un management obsédé par l'idée d'efficacité est un management obsédé par l'idée du quantifiable. Le culte de l'efficacité devient le culte du quantifiable. Et c'est là que se situe le vrai problème » (2001, pp. 479 – 480).
- 17 A. Ogien (2009) a analysé « l'hôpital saisi par la quantification » à travers une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité et de ses dérives. Ses interrogations rejoignent celles de F.-X. Schweyer (2010) sur les tensions entre coûts et valeurs, c'est-à-dire entre « l'idéologie gestionnaire » et la dimension humaine et éthique des soins (les « valeurs » des acteurs du médico-social), tensions que nous avons proposé d'élargir à une tension entre coûts, normes et valeurs, avec notamment les risques de dérives du « *lean management* » à l'hôpital. Très intéressant à ce sujet est un document de Cap Gemini Consulting⁶. Ce grand groupe de consultants s'interroge sur la transposition d'une démarche Qualité née dans les années 1950 dans l'industrie chez Toyota dans le secteur hospitalier. Avant de développer l'intérêt d'une démarche « *lean* » à l'hôpital (avant tout pour en diminuer les coûts), le document insiste sur les réticences et sur les difficultés de son implantation, reconnaissant que l'hôpital est différent de l'industrie japonaise des années 1950, en particulier qu'il n'y existe pas de vision partagée de la performance et que « chaque patient a sa spécificité particulière ». Posant la double question « quel bon

mode d'emploi en tirer ? » ou « n'est-ce qu'un mode de plus pour donner l'illusion de la nouveauté » ? La fermeture de certains services dans des hôpitaux de proximité ou dans des cliniques, voire la fermeture d'établissements entiers, peuvent aussi contribuer à aggraver les inégalités sociales et territoriales en santé.

- 18 Le numérique bouleverse profondément le secteur de la santé et, pas seulement pour les aspects efficacité, qualité et contrôle des coûts, la rationalisation pouvant être perçue comme un risque de rationnement des soins. En santé, comme dans les autres secteurs de notre société, le numérique transforme les individus qui font usage de ses outils. L'« utopie de la santé parfaite » (Sfez, 2001), le culte du quantifiable dans sa version du *quantified self* et des objets connectés concernent une population plutôt aisée. Correspondant à une « fracture numérique » en santé, ils peuvent contribuer à accroître les inégalités sociales et territoriales.
- 19 Le numérique transforme aussi profondément les pratiques de la médecine. D. Sicard a ainsi parlé il y a une quinzaine d'années (2001) de la « médecine sans le corps, avec l'accentuation du rôle de tous les artefacts techniques (scanners, IRM, nouvelles techniques chirurgicales, etc.), le praticien « touchant » de moins en moins directement que ce soit pour l'intervention et même pour le diagnostic le corps physique du patient, ce corps devenant de plus en plus un « corps numérique », un ensemble de données numériques dans des dossiers informatisés, et le patient un ensemble de données. En relation avec les progrès de la génétique et des nanotechnologies, c'est aussi la question du « transhumanisme », posant d'une nouvelle manière le vieux rêve d'immortalité des humains, avec le passage d'une médecine « thérapeutique » à une médecine « prédictive » et ensuite « augmentative » (Ferry, 2016). Avec là encore le risque d'aggraver les inégalités sociales et territoriales en santé.
- 20 Ce sont les questions des traces, de l'identité numérique, des tensions entre l'oubli et la mémoire évoquées par L. Merzeau⁷. Il n'y a pas si longtemps (quelques décennies), notamment pour les événements passés, on parlait du « devoir de mémoire » (commémorations, monuments aux morts, crimes imprescriptibles, etc.). Désormais, avec le stockage (qui ne correspond pas vraiment à une mémoire, qui est active, vivante, sélective) de toutes les données et la difficulté de les détruire, chacun étant « tracé », la revendication porte plutôt sur le « droit à l'oubli ». Ce sont aussi toutes les questions de l'ultra-transparence et d'une identité numérique encore plus éclatée des individus. Dans le secteur de la santé, c'est aussi la question de la sécurité des soins face aux risques de cybercriminalité en utilisant les objets connectés, risques soulignés par l'ANSSI⁸.
- 21 Le débat est largement ouvert depuis quelques années avec le risque et la crainte d'« uberisation »⁹ (privatisation d'activités via des plates-formes d'intermédiation de services et précarisation des agents impliqués) de secteurs entiers de notre société. Le secteur de la santé n'échappe pas au débat. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a récemment dénoncé les risques « d'uberisation » de la médecine (février 2016)¹⁰, qui peut encore accentuer les inégalités sociales et territoriales en santé.
- 22 De son côté, G. Vallancien dans « *La médecine sans médecin* » (2015) a insisté sur les opportunités (« le numérique au service du malade ») du numérique en santé et proposé le terme de « média-médecine » : une médecine médiatisée par le recours aux capacités de l'ordinateur impliquant une réorganisation profonde du système de santé par le numérique au service du malade. Il a vivement critiqué les opposants radicaux à la science et au progrès, insistant en particulier sur l'occasion de libérer enfin du temps médical pour améliorer la relation médecin – malade.

- 23 Le débat est largement ouvert. C'est bien celui de l'ambivalence du numérique (traçabilité, amélioration, contrôle, etc.), en particulier dans ses rapports avec les risques de dérives de l'« idéologie gestionnaire », qui serait uniquement obsédée par la réduction des coûts en oubliant l'humain, aggravant ainsi les inégalités sociales et territoriales en santé.

Des approches innovantes via des organisations d'interface

- 24 Pour dépasser les cloisonnements, assurer la coordination entre professionnels de santé et entre les différents niveaux d'organisations des soins, dans une perspective d'approche globale des patients (en relation avec la notion de patient « complexe »), des organisations d'interface entre la médecine de ville et l'hospitalisation se sont développées en France depuis une trentaine d'années : réseaux de santé, hospitalisation à domicile (HAD), maisons de santé pluriprofessions, CLIC¹¹, MAIA¹², PAERPA¹³, etc.).
- 25 Les réseaux de santé se sont affirmés notamment comme réponse au choc de l'épidémie de SIDA au début des années 1980 pour mieux coordonner les soins des malades entre les médecins de ville et le secteur hospitalier qui, au début, ne savaient pas comment traiter cette nouvelle maladie. Deux approches concurrentes se sont assez vite opposées : celles d'organismes de Sécurité sociale souhaitant des réseaux coordonnés de soins sur le modèle des HMO (*Health Maintenance Organizations*) américaines pour améliorer l'efficacité et réduire les coûts du système de santé et celle de médecins militants de terrain, exerçant souvent dans des quartiers sensibles, pour promouvoir une nouvelle approche globale de la santé (et pas seulement des soins), centrée sur le patient, coopérative et non hiérarchique, à la différence de l'hôpital (réseaux de santé). Les réseaux coordonnés de soins furent mentionnés dans les ordonnances de 1996 alors que les réseaux de santé furent valorisés dans la loi du 4 mars 2002 relative aux *Droits des malades et à la qualité du système de santé*. Les réseaux de santé se sont développés de différentes manières : généralistes (de proximité), de pathologies (VIH, diabète, bronchiolite du nourrisson, cardiologie, etc.), ou pour des populations particulières (périnatalité, addictions, gérontologie, etc.).
- 26 Avec des associations de patients souvent fédérés dans le CISS¹⁴, ils ont joué un rôle important pour affirmer le rôle des patients (notions de « démocratie sanitaire » et responsabilisation, formulation préférée en France à celle de devoirs des patients). Ils ont aussi favorisé l'émergence des notions de traçabilité et de parcours des soins (devenus ces dernières années les PPS (parcours personnalisés de soins), autour d'une approche globale du patient, dans toute sa complexité (notamment pathologies multiples).
- 27 Mais, après un rapport de l'IGAS¹⁵ de 2006 qui a interrogé leur efficacité, une évaluation plus tatillonne leur a été imposée (circulaire de 2007) et leurs financements ont été remis en cause, avec un débat autour de leur rôle : devaient-ils devenir des organisations pérennes, ou, au contraire, n'être qu'une structure de coordination transitoire (Bourret, 2010 c) ?
- 28 Depuis une dizaine d'années, ce sont d'autres dispositifs de coordination qui ont davantage les faveurs des pouvoirs publics. L'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNRS) qui a succédé à la CNR (Coordination Nationale des Réseaux de Santé) constate ces évolutions qui peuvent aussi différer selon les régions¹⁶.

- 29 Les réseaux de santé ont en particulier été concurrencés par les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui, elles, regroupent des professionnels sur un même lieu, leur exercice restant séparé dans les réseaux de santé. Elles sont passées d'une petite dizaine en 2006 (il y avait alors plus de 1000 réseaux de santé sur tout le territoire) à plus de 600 en 2015. Leur affichage est clair « c'est bien la fin de l'exercice isolé qui s'annonce en filigrane. Une équipe pluriprofessionnelle délivre des soins coordonnés autour d'un système d'information partagé. Son projet de santé définit son action pour la population de son territoire. Il est dorénavant démontré qu'une équipe en MSP consolide la démographie médicale sur son territoire, produit une meilleure accessibilité (organisation) et une meilleure qualité (échanges de pratiques). Et cela à moindre coût pour l'Assurance Maladie »¹⁷.
- 30 L'Hospitalisation à Domicile (HAD) a également fortement concurrencé les réseaux de santé. « Elle concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, qui en l'absence d'HAD devraient être hospitalisés en établissement de santé ». Ces patients multipathologies exigent des soins complexes, souvent de longue durée et plusieurs fois par jour, délivrés par différents professionnels de santé. Depuis 2009, la loi *Hôpital Patients Santé Territoire* (HPST) reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Il y a 270 établissements d'HAD en France, traitant plus de 100 000 patients par an¹⁸.
- 31 Plus récemment sont apparus les MAIA et les PAERPA. Les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer) se sont développées depuis 2009 dans le cadre des Plans Alzheimer. Leur nom est plutôt mal adapté car elles ne constituent pas un lieu de soins ou d'hébergement médicalisé, mais des dispositifs de coordination et d'aide aux patients et à leurs familles (avec toute l'importance de la question de la formation et du soutien des aidants, en particulier de la famille). Coordonnées par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie créée en juin 2004)¹⁹, elles revendiquent une ambition plus globale pour répondre au défi de la dépendance, notamment des personnes âgées.
- 32 Les PAERPA sont la dernière organisation d'interface à être apparue en 2013. Ils ont comme objectif principal d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans (notion de parcours de santé), en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, ils visent à mettre en œuvre des actions pour mieux coordonner les multiples intervenants, en ville, à l'hôpital, ou dans le secteur médico-social.
- 33 Il convient aussi de mentionner les CLIC ou Centres Locaux d'Information et de Coordination), apparus à partir de 2000. Ils constituent des guichets d'accueil, de conseil et d'orientation des personnes âgées et ne prodiguent pas de soins. Leur gestion a été déléguée par l'État aux conseils généraux devenus conseils départementaux. Ils peuvent prendre différentes formes (associations conventionnées, services municipaux, etc.). Les CLIC s'inscrivent dans le cadre d'une action territorialisée, ancrée dans un tissu partenarial incluant les professionnels de la filière gériatrique, les professionnels sociaux, les professionnels médico-sociaux, les services d'aides à domicile.
- 34 Ces différentes organisations d'interface ont constitué des espaces d'innovations (organisationnelles et sociales) et d'expérimentations et de coproduction de services avec les patients. Leur multiplication et leur concurrence peut aussi poser des problèmes de cohérence et de lisibilité de leurs activités sur un même territoire. C'est en particulier le

cas des activités des PAERPA par rapport à celle des MAIA (qui ont souvent mal vécu leur création) et de l'HAD par rapport à des réseaux de soins palliatifs. Des groupements ont pu être mis en place comme les GCS (Groupements de Coopération Sanitaire, incluant souvent des établissements hospitaliers), avec, par exemple, dans l'Est de l'Île-de-France, le cas du GCS Diapason, incluant le réseau de santé diabète Revesdiab.

- 35 M.-A. Bloch et L. Henault (2014) ont souligné que « le besoin de coordination ne vient pas tant des manques du système que de ses excès ». Pour elles, « coordonner signifie accompagner l'évolution du système d'aide et de soins... Non seulement mieux articuler les entités créées dans le passé mais aussi éventuellement les repenser, en supprimer ou en inventer de nouvelles » (2014, p. 6). Les professions médicales et sociales font face à une injonction à la coordination ». S'agit-il d'un affaiblissement ou d'une recomposition ? (p. 18). À noter la forte tension qui existe souvent entre cette injonction à la coordination et l'autonomie, les valeurs et le « rôle propre » des différentes professions. M.-A. Bloch et L. Henault ont aussi pointé que « la nébuleuse des professionnels de la coordination est en plein essor » (2014, p. 267).
- 36 Elles ont insisté sur la nécessité de « renouveler les modes d'innovation » et sur l'importance de l'innovation sociale consistant à « élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits », en proposant deux approches complémentaires : innovation « intégrative » et innovation « solidaire ». Pour elles, l'innovation « intégrative » doit prendre pleinement en compte le contexte, capitaliser au mieux sur l'existant et le valoriser pour développer les nouveaux dispositifs, avec le souci de la valeur ajoutée dans la conduite des actions. Elles proposent de procéder par étapes pour arriver à des « méta-réseaux » sur un territoire, avec par exemple la création d'un CLIC-Réseau, puis d'un CLIC-Réseau-MAIA, et enfin d'un CLIC-Réseau-MAIA-PAERPA. Elles prennent les exemples des CLIC-Réseau-MAIA de Seine-et-Marne et celui de Paris Centre.
- 37 Dans la perspective qui est la nôtre de diminuer les inégalités sociales et territoriales en santé (ISTS), elles insistent sur la nécessité de « prendre à bras-le-corps la question des territoires déshérités, voire en déshérence. Les politiques actuelles des pouvoirs publics ont tendance, sans le vouloir, à renforcer les inégalités territoriales de santé... Comment "amorcer la pompe" quand un territoire ne comporte que très peu de dispositifs (en lien souvent avec ce que l'on appelle les « déserts médicaux ») et de trop rares porteurs d'innovation potentiels ? ». Elles proposent une approche d'innovation « solidaire » pour « développer des dispositifs innovants sur des territoires "orphelins" à partir de territoires voisins mieux pourvus » (2014, pp. 276 - 279).

La rencontre des territoires et de l'e-santé

- 38 Les défis des inégalités sociales et territoriales en santé correspondent à de forts enjeux d'information et de communication, avec toute l'importance de la dimension numérique (e-santé ou télésanté).
- 39 Un des objectifs prioritaires de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) lancée en septembre 2013 est d'organiser les soins du patient dans le cadre d'une médecine de « parcours » reposant sur la coopération de l'ensemble des professionnels de santé, le numérique constituant un atout pour favoriser cette coopération. Dans cet esprit, a été lancé le programme « Territoires de Soins Numérique » (TSN)²⁰. Son objectif est de favoriser l'émergence de « territoires d'excellence », pilotes en matière d'usage du

numérique pour améliorer et moderniser le système de soins. M.-A. Bloch et L. Henaut insistent sur le maillage du territoire pour permettre d'identifier les personnes en situation de santé complexe et leur proposer des soins et des aides adaptés. Pour elles, « l'esprit de ces projets est aussi de pouvoir pérenniser les dispositifs considérés comme des prototypes et de sortir ainsi de la précarisation de ces structures » (2014, p. 272). Leur position traduit l'évolution de celle du ministère chargé de la santé : il s'agit désormais de valoriser des expérimentations ayant vocation à être généralisées. En 2015, 18 projets de TSN ont été proposés : 5 ont été sélectionnés pour leur caractère innovant et durable, leur capacité à mobiliser les acteurs locaux et à coopérer avec des entreprises d'e-santé : en région Aquitaine, dans le département des Landes ; en région Bourgogne ; le projet Pascaline en Rhône-Alpes ; un projet pour les territoires de l'Océan Indien). Les projets retenus sont portés par les Agences Régionales de Santé (ARS). Le projet retenu pour l'Île-de-France (Terris@anté), prévoit de créer d'ici à 2017 une plateforme de santé²¹ pour permettre la collecte et l'échange de données entre professionnels de santé, entre professionnels de santé et patients, l'offre de services de santé numérique à destination des patients, du grand public et des professionnels de santé. Terris@anté ou Pascaline correspondent ainsi à des PTA (Plates-formes Territoriales d'Appui) aux différentes professions de santé.

- 40 Le développement d'une télémédecine de proximité constitue un autre enjeu. C'est le cas du projet Diabète 2.0 envisagé par le GCS Diapason (à travers le réseau Revesdiab déjà évoqué) pour des patients diabétiques complexes avec des maladies chroniques. Il est centré sur la notion de PPS (Parcours Personnalisé de Soins). Diabète 2.0 est un projet pluriannuel concernant à la fois la ville et l'hôpital. Il s'appuie sur différents outils de télé-consultation, de télé-expertise, et des outils d'éducation thérapeutique à distance. Le projet Diabète 2.0 s'attache à utiliser une télémédecine de proximité comme outil de formation des professionnels de santé et de promotion de l'observance du traitement par les patients (responsabilisation). Il s'agit d'optimiser les parcours de soins des patients impliqués en maîtrisant mieux les dépenses.
- 41 Les inégalités sociales et territoriales en santé sont aussi au cœur de plusieurs projets européens. Le projet Carewell²² vise ainsi à proposer des soins intégrés à des patients âgés fragilisés. Les TIC devraient permettre de mieux coordonner les activités et la communication des professionnels des soins en se centrant sur les patients complexes et multipathologies pour mieux les soigner, notamment à leur domicile, en favorisant leur responsabilisation (*empowerment*). La loi de mars 2002²³ a introduit la notion de « démocratie sanitaire », reprise en l'étendant par le rapport Compagnon-Ghali (2014) puis dans la loi de modernisation du système de santé de fin 2015 qui en a fait un de ses axes majeurs.
- 42 Le rôle des patients s'affirme ainsi progressivement, pouvant aller jusqu'à une véritable coproduction de services, avec toutes les spécificités de leur identité numérique (de plus en plus éclatée), de l'« homme augmenté », de « l'internet des objets », du « *quantified self* » et les enjeux de confidentialité et de protection des données personnelles (CNIL, 2014).

Propositions pour une approche information – communication d'« humanisme numérique » en santé

- 43 Pour L. Merzeau (2016), « le tournant digital valide l'articulation fondamentale entre information et communication », M. Zacklad complète : « entre information et communication : pourquoi les SIC sont-elles idéalement placées pour étudier les transformations numériques et contribuer à les humaniser ? »²⁴. Nos travaux ont toujours insisté sur cette complémentarité féconde de l'information et de la communication (notamment HDR, 2010), accentuée par la dimension numérique.
- 44 Dans une perspective de recherche-action, en privilégiant un positionnement d'« ingénierie critique », nous nous situons dans l'approche des Sciences de l'Information et de la Communication proposée par F. Bernard (2006), à la convergence des problématiques du lien, du sens, du savoir et de l'action.
- 45 Nous privilégions une analyse des situations dans une approche processus, en distinguant trois types de processus complémentaires : de recherche de conformité, de mise en œuvre du changement et de développement de l'innovation (Caliste-Bourret, 2015). Tout cela dans une approche d'évaluation / amélioration impliquant mieux et responsabilisant tous les acteurs, y compris les patients et leurs familles, en s'efforçant de mieux prendre en compte leurs émotions et leurs sentiments (Bourret, 2010 a et c).
- 46 Notre approche analyse et intègre différentes initiatives récentes. Il s'agit à la fois de développer le rôle et la responsabilisation des patients (groupes de parole, patients médiateurs, patients experts, etc.), notamment pour améliorer l'éducation thérapeutique des patients pour une meilleure observance des traitements et également la qualité des soins (infirmières gestionnaires de cas, patients traceurs : approche processus relevant d'une démarche qualité pour analyser les parcours de soins et les conséquences de leurs ruptures). Tout cela pour étudier la convergence d'innovations organisationnelles et d'innovations sociales, avec la dimension de l'intelligence émotionnelle, en intégrant les émotions et les sentiments des acteurs, notamment des patients (Goleman, Martin-Juchat). Avec des organisations d'interface en santé de l'Est de l'Ile-de-France, nous travaillons en particulier à une typologie des e-patients, intégrant leurs différents positionnements dans des situations de santé différentes en relation avec celle de « patient complexe » (pathologies multiples, précarité, handicap, état du domicile, isolement ou soutien familial, environnement local, etc.).
- 47 L'approche envisagée vise à proposer des éléments de réflexion pour faire face au défi de mieux intégrer l'humain dans les nouvelles utilisations du numérique en santé ou télésanté. Pour M. Doueihy, « l'humanisme numérique est le résultat d'une convergence inédite entre notre héritage culturel et une technique [associée notamment à l'informatique] devenue un lieu de sociabilité sans précédent. Une convergence qui... redistribue les concepts, les catégories et les objets, tout comme les comportements et les pratiques qui leur associées, dans un environnement nouveau » (2013, p. 33). Avec la notion centrale d'hybridation et le rôle nouveau des plates-formes, pour offrir de nouveaux services en associant les usagers.
- 48 Il s'agit d'insister sur le rôle du facteur humain et donc d'une approche appliquée au secteur de la santé du défi de (ré)appropriation de la technique par l'homme, en retrouvant finalement le projet du premier humanisme du début du XVI^e siècle (mettre

l'humain au centre de la société) et du XVIII^e siècle avant les dérives technicistes et scientistes des XIX^e et XX^e siècles et donc de proposer des pistes de réflexions pour la rencontre d'un « nouvel » humanisme (L. Ferry) reconstruit autour de la « pensée élargie » (2015, pp. 284 – 289) ou d'un humanisme « régénéré » reposant sur une « rationalité ouverte » (E. Morin, 2015, pp. 89 et 127), avec le rôle du numérique, en particulier dans le secteur de la santé (e-santé ou télésanté).

Conclusion

- 49 Les organisations d'interface entre la médecine de ville et le secteur de l'hospitalisation constituent un champ intéressant pour analyser les défis de l'humain face au numérique et aussi face aux dérives de l'« idéologie gestionnaire », en résonance avec d'autres défis fondamentaux pour notre société. Tout d'abord, celui souligné par P. Rosanvallon dès 1998 de la nécessité de « repenser l'État providence ». En considérant à nouveau la santé comme un investissement et pas seulement comme un coût de plus en plus élevé pour la société, comme le souligne notamment D. Libault²⁵. Il est particulièrement important d'insister fortement sur cet aspect alors que la Sécurité sociale vient de fêter ses 70 ans (octobre 2015). Comme la laïcité, elle constitue un des socles de la société française et de son « vouloir vivre ensemble ».
- 50 Ces enjeux majeurs de « faire société » peuvent être mis en relation avec la formulation initiale du « développement durable » proposée par le rapport Brundtland (1987) qui insistait sur la complémentarité de trois aspects : l'environnemental, mais aussi l'économique et le social, ce qui a parfois été oublié. Cette approche du développement durable des territoires rejoint celle de l'approche sociétale de l'intelligence économique à la française (P. Clerc, 2008), formulée notamment dans le rapport Carayon (2003) : « l'Intelligence Économique pour la compétitivité des territoires et la cohésion sociale ».
- 51 Si la médecine peut devenir une « nouvelle religion » (Thomas, 2013) en relation avec « l'utopie de la santé parfaite » (Sfez, 2001), comme le souligne M.-J. Thiel, la médecine c'est essentiellement de l'humain : « aucune technique de soin, aucun lien essentiellement contractuel ne délivre de l'angoisse de devoir affronter les aléas de la finitude » (2003, p. 312). Nous retrouvons sa question essentielle : « Où va la médecine ? Vers le mortifère, malgré ses performances techniques, si elle ignore la relation d'alliance fondamentale présidant à la relation du soin, relation entre un malade, des médecins, des soignants, les organisations du système de santé et la société dans son ensemble ? Vers un progrès réel et confirmé si les performances techniques sont à la hauteur du respect des exigences humaines : parce que le « *cure* » (techniques du guérir) est inséparable du « *care* » (attitude du prendre soin), le qualitatif du quantitatif, parce que l'on est autant dans une EBM (« *Evidence Based Medicine* ») que dans une VBM (« *Values Based Medicine* »).
- 52 « Il ne s'agit pas de renoncer à une certaine ambition technique, mais de la moduler autour du primat de l'alliance entre des personnes. Il s'agit, peut-être, de redécouvrir que la médecine est encore et toujours un art... avec la conjonction efficace d'un geste [technique] et d'une parole... et donc de lui reconnaître non seulement un savoir propre, mais aussi une manière de le mettre en œuvre... dire que la médecine est un art, c'est souligner qu'elle peut (doit) être un passeur au temps de l'épreuve : médiation proprement humaine autant que technique qui permet à chacun de passer d'une situation de trouble à un nouvel équilibre » (2003, p. 313).

- 53 On peut espérer que le numérique, malgré ses ambivalences, puisse finalement y contribuer. En souhaitant qu'il permette d'intégrer davantage la dimension humaine, en favorisant une approche de proximité dans de nouveaux territoires numériques de soins, à la fois pour contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales en santé et pour étendre la « démocratie sanitaire » en prenant davantage en compte le rôle, les aspirations, l'identité (et sa dimension numérique), les sentiments et les émotions des patients, en particulier des plus vulnérables, dans une perspective de coproduction de services solidaires de proximité.

BIBLIOGRAPHIE

- Bègue L. et Desrichard O. dir., 2013, *Traité de psychologie sociale. La science des interactions humaines*, Bruxelles, De Boeck.
- Bernard F., 2006, « Les SIC une discipline de l'ouverture et du décloisonnement », in Bouzon A., *La communication organisationnelle en débat. Champs, concepts, perspectives*, Paris, L'Harmattan, p. 33-46.
- Bloch M.-A., Henaut L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.
- Bourret C., 2010 c., « Evaluation et communication des nouvelles organisations d'interface : le cas des réseaux de santé », *Revue Communication et Organisation*, n° 38, dossier Management de l'évaluation et communication, Le Moëne C. et Parrini-Alemanno S. coord., pp. 77-88.
- Bourret C., 2010 b, *Dynamiques organisationnelles autour de la production collective d'information et de processus communicationnels. Le cas des organisations d'interface du secteur santé*, dossier d'HDR, sous la dir. de Mayère A., Université Paris Est, 2010, 2 vol.
- Bourret C., 2010 a, « La rencontre de l'e-Santé avec l'Intelligence Sociétale et Territoriale en France. Enjeux de production collective de connaissances autour de nouvelles organisations d'interface », dans *Intelligence Économique et problèmes décisionnels*, David A. dir., Paris, Ed. Hermes - Lavoisier, 2010, pp. 279-301.
- Brundtland G.H., dir., 1987, *Notre avenir à tous*, Rapport, ONU, New York.
- Caliste J.-P., Bourret C., 2015, « Contribution à une analyse typologique des processus : de la conformité à l'agilité », *Les Cahiers de la Qualité de l'UTC*, vol. 2., Lexitis éd., pp. 113-116.
- Carayon B., 2003, Rapport de la commission présidée par, Intelligence économique, compétitivité et cohésion sociale, Paris, *La Documentation française*. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000484/index.shtml>
- Clerc P., « L'intelligence sociale nouveau territoire de l'intelligence économique ? », in Duval M.A., dir., *Les nouveaux territoires de l'Intelligence Économique*, Paris, ACFCI - IFIE Editions, pp. 101-118.
- CNIL, 2014, « Le corps, nouvel objet connecté. Du Quantified self à la santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde », *Cahiers IP Innovation et Prospective*, n° 2.

- Collège des Bernardins, Séminaire « Où en est l'humain face au numérique » ?, Paris, 18 février 2016.
- Compagnon C. et Ghali V., 2014, *Pour l'An II de la démocratie sanitaire*, rapport remis à la Ministre de la Santé, consultable sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf
- Doueïhi M., 2013, *Qu'est-ce que le numérique ?*, Paris, PUF.
- Ellul J., 1990, *La technique ou l'enjeu du siècle*, Paris, Economica.
- Ferry L., 2016, *La Révolution transhumaniste. Comment la technomédecine et l'uberisation du monde vont bouleverser nos vies*, Paris, Plon.
- Ferry L., 2015, *Apprendre à vivre*, Paris, Flammarion, Champs-Essais.
- Gaulejac V. de, 2009, *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Points-Seuil.
- Goleman D., 1995, *L'intelligence émotionnelle. Accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle*, New York, 1995, trad. fr 1997.
- Guilluy (Christophe), 2015, *La France périphérique. Comment on a sacrifié les classes populaires*, Paris, Flammarion-Champs actuel.
- Isaac H. dir., 2014, *D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques*, Paris, Renaissance numérique, consultable sur : <http://fr.slideshare.net/RenaissanceNumerique/lb-sante-preventive-rennaissance-numerique-1>.
- Libault Dominique, 2012, « Sécurité sociale et compétitivité », Editorial, Actualités de l'EN3S (Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale), n° 24.
- Martin-Juchat F., 2008, *Le corps et les médias. La chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*, Bruxelles, De Boeck.
- Mayère A., « Modèles organisationnels et managériaux contemporains, équipements de la communication et résilience : entre pertes et recherches de sens », *Colloque Org & Co Rennes*, 10 mars 2016.
- Menvielle G., 2012, « Les inégalités face à la santé en France », in Tronquoy (Philippe) dir., *La santé, quel bilan ?*, Cahiers français, n° 369, juillet-août 2012, Paris, La Documentation française), pp. 37-42.
- Mintzberg H., 2001, « Remarque sur un bien vilain mot : "efficacité" in *Le Management. Voyage au centre des organisations*, Paris, Ed. d'Organisation, pp. 479-485.
- Morin E., 2015, *L'aventure de la Méthode*, Paris, Seuil.
- Ogien A., 2009, « L'hôpital saisi par la quantification. Une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité », in Mayère A., Grosjean S. et Bonneville L., *Rationalisation des organisations hospitalières*, Sciences de la Société, n° 76, pp. 31-52.
- Rosanvallon P., 1998, *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Le Seuil, Points-Essais.
- Schweyer F.-X., 2010, « Hôpital, une tension entre coûts et valeurs », in Halpern C. coord., *La Santé. Un enjeu de société*, Auxerre, Ed. Sciences Humaines, pp. 278-287.
- Sfez L. dir., 2001, *L'utopie de la santé parfaite*, Colloque de Cerizy, PUF.
- Sicard D., 2002, *La médecine sans le corps*, Paris, Plon.

Thiel M.-J. dir, 2003, *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*, Presses Universitaires de Strasbourg.

Thomas J.-P., 2013, *La médecine nouvelle religion*, Paris, François Bourin Éditeur.

Vallancien G., 2015, *La médecine sans médecin. Le numérique au service du malade*, Paris, Gallimard, Coll. Le Débat.

NOTES

1. Les dépenses de Protection sociale en France sont très largement supérieures à celles du Budget de l'Etat : 672 milliards d'euros en 2013 – dont ONDAM – Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie de 182 milliards pour 2016 contre 373 milliards pour le Budget de l'Etat en 2016. La France est un des pays où les dépenses de Protection sociale sont les plus élevées au monde (31,7 % du PIB en 2013 contre 14,3 % du PIB en 1959 et 24,5 % en 1981). Les déficits ont commencé à apparaître en 1977 avec la crise liée au renchérissement du coût du pétrole marquant la fin de la période des Trente Glorieuses.
2. Ce qui en fait un des systèmes de santé les plus coûteux au monde après les Etats-Unis (17 %).
3. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000538-l-avenir-du-systeme-de-sante-en-france/les-inegalites-face-a-la-sante>, consulté le 28 mars 2016
4. Journée de restitution des travaux de la Chaire du Collège des Bernardins « L'humain au défi du numérique », Paris, 18 février 2016.
5. Sophia : le service d'accompagnement du diabète et de l'asthme de l'Assurance Maladie : <https://www.ameli-sophia.fr/>
6. https://www.fr.capgemini-consulting.com/resource-file-access/resource/pdf/le_lean_management_est-il_applicable_a_lhopital_et_pour_quels_resultats_-_capgemini_consulting.pdf. Consulté le 28 mars 2016
7. Collège des Bernardins, Paris, 18 février 2016.
8. « Demain, il y aura des morts à cause des objets connectés » selon l'ANSII (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) : <http://www.01net.com/actualites/demain-il-y-aura-des-morts-a-cause-des-objets-sante-connectes-selon-l-anssi-946907.html>, consulté le 26 février 2016.
9. http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/06/26/de-quoi-l-uberisation-est-elle-le-nom_4662261_4355770.html De quoi l'« uberisation » est-elle le nom ? Consulté le 28 mars 2016
10. <http://formaticsante.fr/index.php/1604-uberisation-de-la-medecine-le-rapport-de-l-ordre-des-medecin>
11. CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination.
12. MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer.
13. PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.
14. CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé.
15. IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.
16. Union Nationale des Réseaux de Santé : <http://www.unrsante.fr/>, consulté le 10 avril 2016.
17. Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé : <http://www.ffmps.fr/>, consulté le 10 avril 2016.
18. Hospitalisation à Domicile (HAD) : <http://www.hadfrance.fr/>, consulté le 10 avril 2016.
19. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie : <http://www.cnsa.fr/>
20. <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/annee-2013/article/investissements-d-avenir-lancement-de-l-appel-a-projets-territoire-de-soins>, consulté le 10 avril 2016.

21. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/telemedecine/ARS_IDF_TerriS_nte_Dossier_de_candidature_DEF.pdf. La zone concernée prioritairement sera une partie du Val de Marne (94) et le 13^{ème} arrondissement de Paris.
22. <http://carewell-project.eu/about/project-overview/>
Le projet expérimental Carewell concerne 6 régions européennes : le Pays Basque espagnol (porteur du projet), le Pays de Galles, Croatie, Basse Silésie (Pologne) , Vénétie et Apulie (Italie).
23. Loi du 4 mars 2002 relative au *Droit des malades et à la qualité du système de santé*.
24. Digital Studies et SIC – Journée d'étude de la SFSIC – CNAM – Paris – 30 mars 2016
25. Conseiller d'Etat, Directeur Général de l'EN3S (Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale), ancien Directeur de la Sécurité Sociale au Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

RÉSUMÉS

Le système de santé français est en crise, notamment pour son financement (déficits). Cette crise est aggravée par ses cloisonnements. La question des inégalités sociales et territoriales (ISTS) a également pris de plus en plus d'importance ces dernières années. Nous proposons une mise en contexte et des pistes de réflexions pour commencer à l'examiner dans une perspective relevant des Sciences de l'Information et de la Communication. Nous préciserons tout d'abord en quoi consistent les inégalités sociales territoriales en santé. Nous aborderons l'ambivalence du numérique en relation avec les dérives de l'« idéologie gestionnaire » avant de présenter des approches innovantes développées autour d'organisations d'interface entre la médecine de ville et le secteur de l'hospitalisation. Nous examinerons ensuite la rencontre des territoires et de l'e-santé ou télésanté (nouveaux outils numériques en santé) avant de proposer des éléments pour une approche d'« humanisme numérique » en santé pour améliorer la « démocratie sanitaire » dans une perspective de proximité et d'implication des acteurs, notamment des patients et leurs familles.

The French healthcare system is in crisis, especially for its financial resources (deficits) accentuated by its divisions. The issue of social and territorial inequalities (ISTS) has also become more and more important in recent years. We propose some background points and reflections to analyze this in an Information and Communication Sciences perspective. We will clarify first what constitutes local and social inequalities in health. We will outline the ambivalence of digital related to the excesses of the "Management ideology" before presenting innovative approaches developed in interface organizations between primary care and hospital sector. We will then examine the meeting of territories and e-health or telehealth (new digital tools in health) before proposing elements for an approach of "digital humanism" in health to improve the "health democracy" in a perspective of proximity and involvement of all the actors, especially patients and their families.

INDEX

Mots-clés : santé, inégalités, social, territorial, organisations d'interface, humanisme, télésanté, numérique

Keywords : health, inequalities, social, territorial, interface organizations, humanism, e-health, digital

AUTEUR

CHRISTIAN BOURRET

Professeur des Universités en Sciences de l'Information et de la Communication, Directeur de l'Institut Francilien d'Ingénierie des Services, Directeur Adjoint DICEN IDF EA 7339 (Dispositifs d'Information et de Communication à l'Ere Numérique) IDF - EA 7339 / UPEM (Université Paris Est Marne-la-Vallée). Courriel : christian.bourret@u-pem.fr