



Réseau
transatlantique
sur l'Europe politique



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Les vecteurs 'invisibles' de l'europanisation : le cas des usages techniques de l'Union européenne dans les politiques d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande

Chloé Béрут est une postdoctorante en science politique du Laboratoire Printemps, à l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines. Ses recherches portent sur l'influence de l'Union européenne sur les politiques de santé nationales, et plus particulièrement sur les politiques de santé électronique (« e-santé »).

RÉSUMÉ

Plusieurs chercheurs ont déjà souligné l'importance de l'europanisation « silencieuse », se référant à une influence discrète et peu visible de l'Union européenne, en particulier dans des domaines où celle-ci dispose de peu de compétences. Cet article propose de s'intéresser à un cas extrême en la matière, en analysant les usages de l'UE réalisés par les experts responsables de la production des standards d'e-santé (santé électronique) en France, en Autriche et en Irlande. L'argument central de cet article est que ces usages dépendent directement de l'intérêt des acteurs, et donc des ressources dont ils disposent au niveau national. Nous établissons ainsi un lien entre l'intégration des communautés techniques au processus décisionnel en matière de standards d'e-santé et l'usage des orientations européennes dans la construction des solutions de politique publique nationales. En s'intéressant aux sphères « expertes » de la production des politiques publiques, cet article montre ainsi que les usages « techniques » de l'UE peuvent constituer un vecteur crucial d'europanisation des politiques nationales.

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut pas être tenue responsable de toute utilisation qui pourrait être faite des informations qu'elle contient

INTRODUCTION

En 2017, Morten Jarlbæk Pedersen (2017) publiait un article sur l'europanisation « silencieuse », se référant à une influence discrète de l'Union européenne qui s'exercerait à l'abri du débat public au sein des sphères restreintes des fonctionnaires et des cabinets ministériels. S'il n'est pas le premier à traiter de ce type d'europanisation (Hassenteufel and Palier 2015),¹ son article a néanmoins le mérite d'en souligner les effets concrets sur les politiques nationales. Ainsi, l'europanisation, même peu visible, est susceptible de générer d'importantes transformations des politiques publiques. Cet article propose de s'intéresser à un cas relativement extrême en la matière, en analysant plus en détail les usages de l'UE réalisés par les experts responsables de la production des standards d'e-santé (santé électronique) en France, en Autriche et en Irlande.

Le choix de ce cas, relativement atypique du fait de sa technicité, présente plusieurs avantages. Tout d'abord l'e-santé, puisqu'elle correspond à une transformation de l'organisation des soins via l'introduction des Technologies de l'Information et de la Communication, fait partie des cas peu probables d'europanisation (Martinsen 2012). Une démarche de recherche focalisée sur ce que certains appellent les « cas critiques » (Flyvbjerg 2016) est considérée comme particulièrement utile dans le cadre d'une contribution théorique : il est ainsi possible que les phénomènes observés soient également à l'œuvre au sein de cas plus classiques.

Ensuite, le choix de s'intéresser de plus près à des « sphères expertes » permet d'analyser directement le travail de construction des solutions de politique publique. Malgré leur caractère technique, les choix opérés dans le cadre de l'expertise n'en sont pas moins politiques (Robert 2008), et le domaine de l'e-santé ne fait pas exception à la règle. Les standards affectent

¹ De manière générale, et bien que cette distinction typologique ne soit pas spécifiquement mobilisée, la littérature fait très régulièrement état des phénomènes d'europanisation qui correspondent à cette description « d'europanisation silencieuse ». L'apprentissage, la socialisation ou la persuasion sont ainsi autant de mécanismes traditionnellement analysés dans la littérature (Trubek and Trubek 2005; Zeitlin *et al.* 2014; Kröger 2009), qui se déroulent dans le cadre de rencontres entre fonctionnaires et politiques et qui ne font pas l'objet d'un débat public.

en effet plusieurs dimensions des dispositifs d'e-santé, à commencer par leur contenu : choix quant aux informations à introduire dans ces dispositifs, cas d'usage et articulation des différentes données entre elles. Les standards portent également sur un ensemble de questions liées à l'informatique de santé, qui affectent fortement la nature du dispositif envisagé. Les normes d'interopérabilité technique visent ainsi à permettre à plusieurs logiciels différents de communiquer, tandis que les normes d'interopérabilité sémantique et syntaxique vont permettre d'assurer le partage d'une information fiable. Suivant les choix techniques d'interopérabilité, les dispositifs finaux peuvent être très différents, avec des conséquences importantes sur leurs usages subséquents (Lascoumes and Le Galès 2005 ; Halpern *et al.* 2014). S'agit-il alors de privilégier l'utilité de l'e-santé pour le patient, ou le professionnel de santé ? Ou encore, les choix techniques doivent-ils principalement soutenir des problématiques d'organisation des soins ? Faut-il favoriser la standardisation des données qui permettront par la suite leur traitement automatisé à grande échelle ?

Les sphères de l'expertise sont ainsi impliquées dans un ensemble de choix qui peuvent revêtir une forte dimension politique, en témoignent les nombreux débats au sujet de l'utilité et de potentiels dangers de l'e-santé (Del Río Carral *et al.* 2017 ; Ruckenstein and Schüll 2017 ; Dumez and Minvielle 2017). Or, cet article montre que les orientations européennes peuvent devenir, sous certaines conditions, des outils indispensables pour ces acteurs experts, situés au cœur de la production de politiques publiques complexes. Alors que les études sur la politisation de l'UE s'intéressent aux processus par lesquels un enjeu européen « devient politique » (c'est-à-dire lorsqu'il « génère un clivage visible dans la communauté politique, amenant les acteurs, les citoyens et les citoyennes à clarifier leurs positions, voire à se polariser autour d'elles », Beaudonnet and Mérand 2019 : 9), cet article se situe davantage du côté de la littérature qui montre que le « technique » peut en réalité recouvrir d'importants choix politiques, qui se caractérisent alors par leur caractère dé — ou a-politisé (Baisnée and Smith 2006).

Pour analyser l'européanisation du processus de formulation de standards nationaux, nous nous intéressons à deux dispositifs différents : le résumé patient et la ePrescription. Le

résumé patient correspond à un document numérisé qui regroupe les informations principales sur l'état de santé du patient : antécédents, allergies, médication en cours, etc. En France, ce résumé patient porte le nom de « Volet de Synthèse Médicale » (VSM) et fait partie du dispositif du Dossier Médical Partagé (DMP, version française du dossier médical électronique). La ePrescription correspond quant à elle à la numérisation de la traditionnelle prescription « papier », et de son éventuel transfert direct entre médecin et pharmacien. Le choix d'analyser ces deux solutions d'e-santé découle directement de la structuration de l'intégration européenne en la matière : c'est en effet sur ces deux dispositifs que la coopération entre États membres est la plus poussée, et donne lieu à la production de standards européens particulièrement complets. Ces standards, bien que non contraignants (*soft law*, voir Terpan 2015), n'en sont pas moins adoptés dans le cadre officiel du « réseau e-santé » (ou *eHealth network*), qui rassemble depuis 2011 les autorités compétentes des États membres en matière d'e-santé. Ces standards sont directement basés sur un programme de recherche financé depuis 2008 par l'Union européenne intitulée *epSOS (Smart Open Services for European Patients)*. Ils prennent la forme de spécifications techniques qui indiquent le format et le contenu que doivent prendre les standards nationaux pour être « interopérables », c'est-à-dire communicants entre eux.

Les usages de ces orientations européennes sont analysés dans le cas de la production de standards nationaux de trois pays : la France, l'Autriche et l'Irlande. Le choix de ces trois États membres permet d'interpréter les usages de l'UE de manière relativement homogène, notamment par opposition aux pays dont l'adhésion date de 2004.² Par ailleurs, la production de ces standards est dans les trois cas pris en charge par des « experts », c'est-à-dire des individus

² En effet, plusieurs auteurs suggèrent que les effets de l'intégration européenne auraient été particulièrement forts sur les systèmes de protection sociale des « nouveaux » États membres, ceux-ci ayant dû reconstruire ces systèmes suite à la fin du Communisme, tout en étant déjà engagés dans un processus d'intégration communautaire, notamment au travers de la Méthode Ouverte de Coordination (Zeitlin 2009). Ce rapport particulier à l'intégration rendrait ainsi plus probable l'apparition d'usages de l'UE, dont la cause ne saurait être abordée de la même manière qu'au sein de pays qui ont a priori moins de 'raisons' de prendre en compte les orientations européennes concernant le domaine social (Graziano *et al.* 2011).

disposant d'une expérience scientifique ou technique spécifique, qui opèrent au sein d'agences dont le rôle est précisément de fournir de l'expertise aux pouvoirs publics sur un ensemble de sujets plus ou moins vaste (Benamouzig and Besançon 2008, 2007). Alors que ces trois cas peuvent apparaître comme relativement similaires, les usages des standards européens réalisés par les experts diffèrent nettement. Afin d'expliquer ces divergences, nous mobilisons la perspective du constructivisme stratégique (Saurugger 2013 ; Jabko 2009), qui invite à s'intéresser aux acteurs et aux stratégies qu'ils mettent en place pour poursuivre leurs objectifs. L'argument central de cet article est ainsi que les usages de l'UE dépendent directement de l'intérêt des acteurs, et donc des ressources dont ils disposent au niveau national. En effet, si les experts français, autrichiens et irlandais ont en commun une formation scientifique, tous ne disposent pas du même niveau de compétence technique dans le domaine de l'e-santé. L'objectif n'est pas d'explorer ces différences ou la manière dont elles témoignent de rapports divergents entre science, expertise et politique au sein des trois pays (Robert 2008; Benamouzig and Besançon 2007). Il s'agit plutôt de se concentrer sur l'inclusion de ces ressources techniques dans le processus décisionnel sur les effets de cette intégration sur les usages de l'UE dans la construction des politiques nationales.

Dans un premier temps, l'article revient sur la notion d'usages de l'UE (Jacquot and Woll 2004; Graziano *et al.* 2011) et sur l'apport de cette perspective dans l'analyse des phénomènes d'europanisation. Ensuite, la manière dont peut être conçu un « intérêt » pour l'usage des instruments européens est ensuite présentée, en prenant en compte les spécificités de ce secteur de l'action publique. L'hypothèse d'un effet des ressources sur les usages techniques de l'UE est ensuite explorée de manière qualitative à l'aide de la méthode de la co-variation (Blatter and Haverland 2012). La seconde partie s'attachera ainsi à présenter les résultats empiriques relatifs au processus de formulation des standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Nous nous intéresserons dans un premier temps à l'intégration des communautés techniques de l'e-santé au processus décisionnel, pour analyser dans un second temps les usages de l'UE réalisés au cours de ces processus. Ces résultats et leurs implications seront discutés dans la dernière section de la seconde partie.

De l'intérêt à l'usage : les ressources techniques dans un milieu expert

Les usages de l'UE au cœur de la fabrique des politiques publiques

L'européanisation des politiques publiques liée aux instruments européens qualifiés de « souples » a fait l'objet de nombreuses recherches dans les années 1990 et 2000 (Featherstone and Radaelli 2003). Il s'agissait de déterminer le potentiel de transformation induit par ces « nouveaux modes de gouvernance » (Sabel and Zeitlin 2008), dont la particularité est précisément de s'opérer en dehors de la méthode communautaire classique. Si de nombreux auteurs se sont intéressés à l'analyse des acteurs en interaction au niveau européen, en particulier au sein de dispositifs tels que la Méthode Ouverte de Coordination (MOC), une autre branche de cette littérature s'est davantage centrée sur la question des « usages de l'UE » (Jacquot and Woll 2004; Graziano *et al.* 2011). L'avantage de cette approche est qu'elle met l'accent sur les cas empiriques dans lesquels les instruments européens (ou « l'Union européenne » comme symbole plus général) sont effectivement mobilisés lors de la formulation des politiques nationales. Il ne s'agit alors plus de s'intéresser aux processus cognitifs générés par l'interaction des acteurs nationaux en contact avec les dispositifs européens de coordination, mais plutôt d'observer comment et pourquoi l'Union européenne est réintroduite dans les pratiques, quotidiennes ou plus exceptionnelles, des acteurs de politique publique.

On peut alors distinguer différents types de logique d'usages, qui témoignent d'autant de canaux par lesquels l'UE est susceptible d'être mobilisée au niveau national (Bérut 2021) :³

- Les usages reposant sur une logique de légitimité : dans ce type d'usage, l'UE est mobilisée, car elle est perçue comme un acteur politique pertinent dont les opinions méritent d'être prises en compte.
- Les usages reposant sur une logique technique : dans ce type d'usage, l'UE est mobilisée parce qu'elle est considérée non pas comme légitime, mais utile dans la réalisation d'une action spécifique au niveau national. Le caractère proprement

³ Comme toute typologie, les usages présentés ici renvoient à des types « purs » que l'on retrouve rarement dans le matériau empirique. Les usages de l'UE présentent souvent des formes hybrides entre ces logiques, il s'agit alors d'en identifier la logique prépondérante pour mener l'analyse.

européen de l'instrument, à moins qu'il ne renforce sa pertinence technique, est relativement secondaire dans cet usage. En somme, on ne mobilise pas le niveau européen parce qu'il est, précisément, européen (cas de l'usage de légitimité), mais simplement parce qu'il est jugé comme un moyen utile pour atteindre une fin. À ce titre, des instruments similaires provenant d'autres organismes ou institutions sont susceptibles d'être utilisés avec une logique identique.

- Les usages reposant sur une logique de répartition : dans ce dernier cas, le fait que l'UE soit considérée comme légitime sur un plan politique ou utile sur un plan technique importe peu. L'usage de répartition repose plutôt sur l'idée que l'UE est un acteur qui intervient directement dans la répartition des ressources au niveau national, dont elle « perturbe » l'état antérieur. C'est donc l'intervention de l'UE dans la distribution des ressources qui permet aux acteurs de mobiliser les instruments européens dans le cadre de leur travail politique national.

La logique technique mérite d'être analysée à plusieurs titres. Premièrement, si nous prenons au sérieux les potentiels effets de la Méthode Ouverte de Coordination (ou d'autres dispositifs à visée similaire), il est probable que les logiques d'usages rencontrées sur le terrain soient précisément techniques. En effet, la MOC a entre autres comme objectif d'informer les acteurs nationaux en ouvrant leur perspective à la comparaison internationale ; le niveau européen est alors perçu comme pertinent précisément parce qu'il agit en tant que plateforme de diffusion d'informations et de données autrement inaccessibles au niveau national. Les usages des instruments européens ont, dans ce cadre, de fortes chances de relever d'une logique technique : la mobilisation d'informations européennes est présentée comme adéquate du fait de la valeur ajoutée qu'elle apporte au niveau national. Ensuite, et comme nous le verrons par la suite, le travail d'expertise semble particulièrement propice à ce type d'usage. Alors que l'expertise prend une place toujours plus prépondérante dans la fabrique des politiques publiques, l'analyse de la pénétration des instruments européens dans cet espace spécifique semble particulièrement utile à la compréhension globale des phénomènes d'européanisation.

Ressources, intérêt et usage

Comment expliquer précisément le recours des « experts » à des instruments européens ? La littérature sur les usages a déjà exploré plusieurs pistes pour expliquer les usages (voir en particulier Graziano *et al.* 2011), mais celles-ci semblent peu appropriées pour comprendre le cas analysé ici.

Ainsi, la première hypothèse explorée par la littérature sur les usages est celle du « *goodness of fit* », c'est-à-dire de l'écart ou de la proximité entre les modèles européens et nationaux. Dans cette perspective, les processus d'europanisation sont activés par l'existence d'une « pression adaptative » (Börzel and Risse 2003; Bulmer and Radaelli 2004). Or, on constate que les cas analysés sont relativement similaires à cet égard : la France, l'Autriche et l'Irlande sont trois pays qui ont développé des politiques d'e-santé dans une temporalité à peu près similaire, et dont les autorités nationales ont confié à des agences spécialisées la tâche de produire des standards d'e-santé (la Haute Autorité de Santé en France, la *Health and Information Quality Authority* en Irlande — HIQA, et ELGA⁴ GmbH en Autriche). Ensuite, les deux autres hypothèses présentées par la littérature témoignent d'une volonté de mesurer des différences entre pays en termes de « réceptivité » des orientations européennes. Il serait ainsi plus aisé de faire usage des instruments européens lorsque l'opinion publique et les élites nationales sont en faveur de l'UE, ou lorsqu'un État membre est relativement récent ou en procédure d'adhésion. Si la France, l'Autriche et l'Irlande présentent des divergences au regard de l'opinion publique et du soutien à l'UE, ils font néanmoins partie de la catégorie des États membres relativement anciens et dont les systèmes de santé très ancrés dans des traditions nationales sont réputés peu sensibles aux orientations européennes. De plus, dans le cadre du travail d'expertise analysé, il est peu probable que l'opinion publique ou l'attitude des élites envers l'UE (par ailleurs difficilement mesurable en l'absence d'Eurobaromètres récents) aient un réel effet sur la mobilisation des standards européens.

⁴ ELGA est l'acronyme du dossier médical électronique autrichien (« *Elektronische Gesundheitsakte* »)

Il est en revanche possible que les experts nationaux, qui tous appartiennent au milieu scientifique, soient particulièrement ouverts aux usages techniques de l'UE. Cette catégorie d'acteurs présente en effet un « rapport spécifique à la science » (Benamouzig 2015 : 25), qui mène à la mise en place de procédures telle que la recherche des « meilleures preuves disponibles » (Benamouzig 2015 : 29). Pour alimenter leur décision et créer des standards, ils s'appuient donc généralement sur une revue approfondie de la littérature internationale (Joly 2015). Or, à partir du moment où l'UE produit des standards, ceux-ci sont susceptibles d'être considérés comme faisant partie de l'état de l'art et donc d'alimenter le processus de formulation politique. C'est bien une logique technique qui est ici à l'œuvre, puisque le potentiel usage repose sur le fait que l'UE produit des données techniquement utiles et pertinentes.

Par ailleurs, dans le milieu scientifique, où le niveau international dispose d'une légitimité naturelle forte, les usages de l'UE peuvent parfois être archétypaux de l'usage s'opérant à la frontière de la logique de légitimité et de la logique technique. Autrement dit, c'est précisément du fait de leur caractère international que les standards européens peuvent parfois être considérés comme particulièrement pertinents (ou plus pertinents que d'autres, établis à un niveau national ou local). À la logique technique peut donc se superposer une logique de légitimité.

À première vue donc, les trois cas devraient montrer des niveaux d'usage relativement similaires. Or, comme nous le verrons par la suite, les usages techniques de l'UE sont en réalité très contrastés selon le pays considéré. L'argument central de cet article est que l'explication de ces différences réside dans les divergences d'intérêt des experts à mobiliser des instruments européens dans leur travail politique national. Si les recherches antérieures ont principalement exploré des variables macrosociologiques (« *goodness of fit* », ancienneté d'un État membre, relation à l'Union européenne), elles ont également souligné la nécessité de prendre en compte des facteurs d'ordre plus « micro » pour comprendre l'europanisation des politiques sociales :

« Les différents usages de l'Europe varient en fonction des catégories d'acteurs et de leurs intérêts, ce qui explique que les types d'usages qui émergent de nos travaux ne s'alignent que partiellement avec les différents régimes d'État-providence ou avec le niveau d'écart

entre préconisations européennes et réformes nationales (goodness of fit). » (Graziano et al. 2013 : 112)

Cet article vise précisément à explorer la question des intérêts des acteurs et la place de ce facteur explicatif pour appréhender les usages de l'UE. Nous proposons ainsi de nous appuyer sur le constructivisme centré sur les acteurs (Jabko 2009 ; Saurugger 2013) pour nous intéresser aux stratégies des acteurs nationaux. Dans cette perspective, il est postulé que les usages sont réalisés dans un but précis, et ne constituent pas simplement une routine ou une norme.

Comment définir plus précisément les intérêts différenciés des experts à recourir aux instruments développés dans un cadre européen ? Il s'agit ici de se pencher plus en détail sur la nature du travail de construction de politique publique auquel sont confrontés ces acteurs lorsqu'il leur est demandé de produire des standards d'e-santé. Cette tâche est particulièrement complexe, et on peut distinguer plusieurs niveaux de standards correspondants à différents niveaux d'expertise. Le niveau le plus élevé correspond aux experts « spécialistes » qui disposent des compétences nécessaires pour comprendre et manipuler directement les standards de base.

« So you if you really use the base standards you'll have a really hard time, because in order to use them you need to be one of the thousand international experts to understand them. And this is not feasible. I've been l've been really, as a person I've been reading tens of thousands of pages of standards, and you can't do this if you're an IT developer, you cannot read tens of thousands, this is an academic exercise it doesn't work. » (Entretien, acteur autrichien de l'e-santé, 09.03.2017)

Ces spécialistes sont plutôt rares et occupent souvent une fonction académique. Au niveau international, ils participent activement à des organismes de normalisation tels que HL7 (*Health Level 7*) ou IHE (*Integrating the Healthcare Enterprise*). Un second niveau de spécialisation correspond aux experts et développeurs spécialisés dans l'information en santé, qui savent intégrer ces standards au sein de leur logiciel et comprennent leur fonctionnement sans pouvoir toutefois les manipuler aisément. Souvent, ces experts recourent à des standards de base déjà intégrés au sein de « profils » qui rendent plus simple leur utilisation (l'objectif d'IHE est ainsi précisément de créer ces profils, en proposant un ensemble déjà construit de standards pour des cas d'usage : dossier médical électronique, ePrescriptions...). L'utilisation de tels

standards permet d'assurer l'interopérabilité technique des solutions : deux éditeurs de logiciels différents utilisant des standards similaires pourront ainsi échanger leur ePrescription ou leur dossier médical électronique, ce qui est primordial si l'information de santé a vocation à circuler entre différents professionnels de santé. Enfin, un troisième niveau de spécialisation (les « experts non spécialistes ») peut s'appuyer sur des modèles, nationaux ou internationaux, qui reposent et intègrent déjà les standards internationaux de référence. Puisque ces modèles sont déjà construits et apportent un exemple concret, ils sont plus facilement mobilisables et analysables pour des experts non spécialistes. On distingue ainsi trois types de sources pouvant être mobilisées pour formuler des standards au niveau national, chacune requérant un niveau de spécialisation différent :

- 1) Les standards internationaux « de base » (mobilisables par les experts « spécialistes »)
- 2) Les standards internationaux déjà intégrés au sein de profils (mobilisables par les experts en informatique de santé)
- 3) Les exemples nationaux et internationaux déjà construits utilisant les standards internationaux (mobilisables par les experts « non spécialistes »)

En principe, les standards internationaux « de base » ne contiennent pas d'orientations en matière de choix de contenu et d'usage des dispositifs de santé : quelles sont, par exemple, les informations importantes à intégrer dans le résumé patient ? Quelle structuration de ces informations sera la plus utile aux professionnels de santé ? Ce résumé est-il destiné avant tout au médecin traitant, ou aux autres professionnels de santé du parcours de soins ? Mais puisque les standards visent *in fine* à être utilisés dans des applications concrètes, les questions de contenu sous-tendent généralement les travaux qui sont produits dans ce domaine. Ainsi, les experts « spécialistes », et dans une moindre mesure les experts en informatique de santé, disposent d'une connaissance importante sur les contenus types des dispositifs soutenus par les standards qu'ils produisent.

Sur cette base, on peut distinguer deux types de rationalités applicables lorsqu'il s'agit de formuler des standards nationaux. Les experts « spécialistes » pourront, à partir de leurs

connaissances, structurer directement le débat afin que soient prises les décisions quant au contenu des dispositifs d'e-santé. À partir de ces choix de contenu, ils pourront manipuler directement les standards internationaux afin de réaliser concrètement les choix sélectionnés au niveau national. Ainsi, les travaux des experts spécialistes devraient se référer de manière plus systématique aux ressources de la première catégorie (standards internationaux « de base ») et éventuellement de la seconde, par opposition à ceux de la troisième catégorie (exemples nationaux et internationaux déjà préconstruits).

Les experts non spécialistes devront au contraire effectuer une recherche vers des sources externes afin d'acquérir les éléments de base de structuration du débat au niveau national, que ce soit en termes de contenus ou de standards. Ne manipulant pas eux-mêmes les standards de base, ils seront ensuite plus susceptibles de mobiliser directement des « blocs » préconstruits, incluant à la fois norme de contenu et standard technique, afin de produire le standard national final. Les experts non spécialistes seront ainsi plus susceptibles de recourir directement aux sources de la troisième catégorie dans la formulation de la politique nationale.

Or, les instruments européens développés dans le cadre d'Epsos et adoptés par le « réseau e-santé » appartiennent à la troisième catégorie de sources, qui est à la fois la plus facilement mobilisable par les non-spécialistes, et la moins utile pour les spécialistes des normes internationales. Ainsi, plus les acteurs spécialistes de normes d'interopérabilité internationales participent au processus de formulation de standards nationaux, moins il est probable que les acteurs réalisent des usages techniques de l'UE.

Formation des experts et usages de l'UE : l'opérationnalisation de l'hypothèse de l'intérêt

Pour tester la pertinence de l'hypothèse des intérêts différenciés des experts à faire usage des orientations européennes, la méthode de la covariation est utilisée et appliquée à trois cas similaires (États membres relativement anciens, système de santé ancrée dans des traditions nationales, politiques d'e-santé présentant une temporalité similaire, travail de standardisation confié à des agences spécialisées). Il s'agit ainsi d'observer dans quelle mesure la variable

indépendante (les intérêts) varie de manière congruente avec les usages de l'UE réalisés par les experts. Utiliser une méthode qualitative permet de renforcer le faisceau d'indices autour de la relation de causalité testée dans le cadre de cet article.

Afin de mesurer l'intérêt des acteurs à faire usage des orientations européennes, il s'agira dans un premier temps de s'intéresser à l'intégration différenciée des communautés techniques au sein des processus de construction des standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande. Comme nous le verrons, les experts « spécialistes » des standards d'e-santé ne sont pas mobilisés de façon égale dans ces trois pays. Il s'agira alors de décrire les processus décisionnels en place et de s'intéresser à la formation scientifique des participants. En parallèle, la mesure des « usages de l'UE » est principalement réalisée au sein des documents mêmes qui constituent la base des standards publiés au niveau national. Un « usage de l'UE » correspond ainsi à l'utilisation explicite d'un standard développé au niveau européen dans le processus de formulation des standards nationaux. Il s'agit alors d'observer les références écrites aux « orientations européennes », que ce soient celles directement issues du projet Epsos, ou celles adoptées par la suite au sein du « réseau e-santé ».

Alors que la manière dont les modèles européens « inspirent » la construction de solutions au niveau national est particulièrement difficile à objectiver, l'intérêt de ce cas est qu'il rend visible le processus d'analyse et de réutilisation de modèles internationaux. Cette visibilité tient surtout au fait que les acteurs responsables de la réalisation de ces standards sont des agences publiques spécialisées, qui entretiennent un rapport particulier avec la question de la transparence. Il existerait en effet au sein de ces agences une volonté de transparence visant à les rendre irréprochables sur un plan scientifique et procédural. Selon Daniel Benamouzig (2015 : 30–31), ces exigences se traduisent « en pratique par l'importance remarquable attribuée à l'écrit, à travers lequel se donne à voir une grande part du travail d'expertise ». Ces comptes-rendus, s'ils ne sont pas exhaustifs, permettent donc de disposer d'un matériau empirique relativement étoffé pour un observateur externe, ce qui contraste avec la plupart des processus de formulation opérés au sein des administrations. Ainsi, la plupart des données empiriques de ce chapitre sont directement issues des rapports produits par les agences elles-mêmes, qui détaillent de façon approfondie la méthode qu'elles ont appliquée dans le cadre de la production

des standards d'e-santé.⁵ Des entretiens réalisés avec les personnes responsables de la rédaction de ces standards ont permis de compléter ces informations.⁶

Les usages de l'UE dans la construction des standards d'e-santé en France, en Autriche et en Irlande

Des communautés d'experts différemment intégrées

Si en France, en Autriche et en Irlande, les acteurs responsables de développer des standards applicables aux politiques d'e-santé nationales disposent d'une formation scientifique, tous ne sont pas des « experts spécialistes » des standards d'e-santé. De plus, si de tels experts existent dans les trois pays analysés, leur intervention dans le processus décisionnel est largement différenciée.

⁵ ASIP, HAS (2013). *Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du m14odèle métier de synthèse médicale*. Paris : ASIP/HAS ; Haute Autorité De Santé (2012). *Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012*. Paris : Haute autorité de Santé ; HL7 France et H' (2007). *Guide d'implémentation du Volet Médical format CDA Release 2 — Niveau 3* ;

HIQA (2012). *EPrescribing and Electronic Transfer of Prescriptions: an International Review*. Dublin : publications de l'HIQA ; HIQA (2015). *ePrescription dataset and clinical document architecture standard*. Dublin : publications de l'HIQA ; HIQA (2016). *International Review of Summary Care Records*. Dublin : publications de l'HIQA ; HIQA (2018). *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary*. Dublin : publications de l'HIQA ;

Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013 ; ELGA, HL7 (2015). *Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'ELGA CDA. HL7 Implementation Guide for CDA® R2 : e-Medication pour un usage au sein du système de santé autrichien [1.2.40.0.34.7.8.6]*. Vienne : Publications d'ELGA ; Sabutsch Stefan, Sonja Leder et Silvia Winker (2018). Normes et Standards pour un résumé patient autrichien, disponible sur : https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary#Hinweis_auf_verwendete_Grundlagen

⁶ Entretien, Haute Autorité de Santé (France), 29/05/2018 ; Entretien, Haute Autorité de Santé (France), 25/05/2018 ; Entretien, employé de l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (France), 09/05/2017 ; Entretien, ELGA GmbH (Autriche), 07/03/2017 ; Entretien, ELGA GmbH (Autriche), 19/02/2020 ; Entretien, fonctionnaire e-santé du Department of Health (Irlande), 14/03/2017 ; Entretien, Health and Information Quality Authority (Irlande), 06/12/2017 ; Entretien, Health and Information Quality Authority (Irlande), 10/09/2019

En France, l'acteur principal responsable de la production des standards pour le résumé patient⁷ est la Haute Autorité de Santé (HAS), qui s'est vue confier cette mission suite à la convention médicale signée entre la CNAMTS et les représentants des professionnels de santé en 2011. Afin de créer ces standards, la HAS a conduit une synthèse bibliographique,⁸ et on constate qu'aucun rédacteur de cette étude n'est spécialiste des normes d'interopérabilité, malgré le fait que les personnes mobilisées soient expertes du domaine de la santé (médecins, économistes de la santé, biologistes), voire pour certaines de l'e-santé. L'association française Interop'Santé⁹ rassemble pourtant de tels spécialistes au sein de son bureau et de son conseil d'administration, mais on ne trouve pas de trace de leur participation à ces travaux, bien que la HAS soit officiellement membre de cette association. De manière similaire, il existe sans doute au sein de l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé (ASIP) des personnes spécialisées dans le maniement de ces standards, mais celles-ci ne sont pas mobilisées lors de cette première phase de définition de la politique publique. Les travaux bibliographiques de la HAS servent ensuite de base aux débats et à la prise de décision par des représentants des parties prenantes signataires de la convention médicale de 2011.¹⁰ Une fois les décisions arrêtées par ce groupe d'acteurs, l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP Santé) a la charge de formuler les spécifications techniques servant à mettre en œuvre le modèle adopté par les partenaires conventionnels. Les ressources techniques ne sont donc mobilisées que dans un dernier temps, afin d'exécuter des décisions prises dans un autre cadre. Il est d'ailleurs clairement précisé dans l'introduction du rapport présentant les travaux relatifs à la synthèse médicale que les spécifications élaborées par l'ASIP « se fondent sur » le modèle métier de la synthèse médicale développé par la HAS. Une distinction et une hiérarchisation sont donc précisément établies entre les deux sources de normalisation.

⁷ Dans le cas français, nous n'aborderons pas le sujet des ePrescriptions, qui n'a pour l'instant pas l'objet d'une production de standard au niveau national.

⁸ Haute Autorité De Santé (2012). *Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012*. Paris : Haute autorité de Santé

⁹ Interop'Santé est l'association affiliée française d'HL7 International et regroupe les activités IHE, HL7 et HPRIM en France. Son objectif est de promouvoir l'interopérabilité des solutions d'e-santé.

¹⁰ Les partenaires conventionnels sont : l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Confédération des syndicats médicaux français, la Fédération française des médecins généralistes, le Syndicat des médecins libéraux, la Fédération des médecins de France.

Une situation similaire peut être observée en Irlande, puisque les principaux responsables de la création des standards à l'*Health and Information Quality Authority* (HIQA), s'ils disposent d'une formation scientifique, ne font pas partie des spécialistes des standards d'interopérabilité. En revanche, ils travaillent en étroite collaboration avec des individus extérieurs à l'HIQA rassemblés au sein du « *eHealth Standards Advisory Group* »¹¹, qui compte parmi ses membres un spécialiste des normes d'interopérabilité. Cette « ressource technique », bien qu'elle soit importante, ne semble pas suffisante pour permettre à l'HIQA de construire ses standards sans se baser sur des exemples extérieurs. La communauté des spécialistes de ces normes semble par ailleurs particulièrement restreinte en Irlande, qui ne possède pas d'associations affiliées HL7 ou IHE comme c'est le cas en France (Interop'Santé) ou en Autriche.¹² De manière similaire à la HAS, l'HIQA procède dans un premier temps à un examen des projets internationaux et de la littérature. Après cette analyse, des réunions sont réalisées afin de prendre l'avis du *eHealth Standards Advisory Group*. Ces premiers travaux sont ensuite parfois complétés par la réalisation d'entretiens ou de *focus groups*. Enfin, une version préliminaire de standards est généralement rendue publique afin de recevoir des commentaires. La version révisée est ensuite présentée et validée par le *eHealth Standards Advisory Group*. C'est donc l'avis des acteurs du secteur de l'e-santé, informé par un processus de comparaison et de consultation, qui semble primer ici.

Le cas autrichien contraste nettement avec les cas français et irlandais. En effet, des acteurs disposant de compétences techniques élevées occupent une place centrale tant à l'entrée qu'à la sortie du processus décisionnel. Ainsi, Stefan Sabutsch, le chef de l'équipe Standards et ergonomie (« *usability* ») de ELGA GmbH¹³ depuis 2010, est également spécialiste

¹¹ Le *eHealth Standards Advisory Group* regroupe plusieurs acteurs de l'e-santé : Department of Health, Health Service Executive, Irish College of General Practitioners, Royal College of Surgeons, National Standards Authority of Ireland.

¹² En 2020, la liste des pays disposant d'une affiliation IHE ou HL7 est la suivante : Autriche, Belgique, Croatie, République Tchèque, Finlande, France, Allemagne, Italie, Luxembourg, Espagne, Suisse, Pays-Bas, Turquie, Danemark, Grèce, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie, Suède, Ukraine et Royaume-Uni (Sources : <https://www.ihe-europe.net/participate/national-initiatives>; <http://www.hl7.eu/>).

¹³ La société ELGA GmbH est créée en 2009 avec pour mission d'assurer la mise en œuvre du dossier électronique autrichien. Ce groupe appartient de manière conjointe au gouvernement fédéral, aux États

CDA (*Clinical Document Architecture*) et Président de la société affiliée HL7 en Autriche, qui compte par ailleurs deux autres spécialistes de ces standards. De plus, trois des quatre collaborateurs de Stefan Sabutsch à ELGA ont suivi des formations HL7 et sont signalés comme experts de ce standard sur le site de HL7 Autriche.¹⁴ Trois employés d'ELGA réparti dans d'autres équipes apparaissent également sur cette même liste. La communauté HL7 est donc très structurée en Autriche, et plusieurs de ces membres sont directement responsables de la production de standards pour le dossier médical informatisé à l'échelle nationale. La procédure pour l'adoption de standards à ELGA commence avec la création d'un groupe de travail au sein de cette organisation, généralement dirigé par Stefan Sabutsch et son équipe. Ils engagent alors un travail à partir des standards internationaux tels que HL7 ou IHE, dont ils discutent des résultats avec un vaste panel d'acteurs autrichiens de l'e-santé. Par la suite, les standards produits font l'objet d'un vote au sein de l'association HL7 Autriche, dont l'approbation est nécessaire pour qu'ils soient ensuite publiés par ELGA.

Alors que c'est le vote des partenaires conventionnels ou du *eHealth Standards Advisory Group* qui acte le format des résumés patients français et irlandais, c'est au contraire le vote de la communauté technique HL7 qui occupe la même fonction en Autriche. En parallèle, les ressources techniques, constituées par des spécialistes, si elles sont mobilisées, le sont de manière marginale (Irlande), ou dans un temps qui intervient de manière postérieure à la décision (France). Par contraste, on observe en Autriche que ces ressources techniques structurent le processus décisionnel tant en amont (les personnes responsables de la production des standards nationaux sont des spécialistes des standards internationaux) qu'en aval, la validation des standards après consultation étant également dépendante de la communauté technique HL7. Pour que des ressources techniques soient directement utilisées dans le processus de la formulation de la politique publique, il ne suffit donc pas qu'une communauté d'acteurs disposant de ces ressources existe ; il est également nécessaire que cette communauté soit étroitement intégrée au processus de formulation de la politique publique (Zahariadis 2003).

_____ fédérés et aux institutions de sécurité sociale. M. Brunner, le principal entrepreneur de la politique d'e-santé en Autriche, en est le Président du comité de direction.

¹⁴ Source : <https://hl7.at/home/zertifizierte-hl7-experten/>

Les différentes structurations de ces processus décisionnels révèlent donc une inclusion inégale des ressources techniques entre la France et l'Irlande d'une part, et l'Autriche d'autre part. Si les explications de ces différences demeurent en dehors du cadre de cette recherche, nous allons en revanche nous intéresser à leurs effets, notamment en ce qui concerne les usages techniques de l'UE.

Des usages de l'UE inégalement présents au sein des processus de formulation

L'analyse des usages techniques réalisés en France, en Autriche et en Irlande montre que ces usages varient en fonction de la présence de ressources techniques dans le processus décisionnel national. Ainsi, on observe des occurrences d'usage technique en France et en Irlande, tandis que ces mêmes usages semblent absents du processus de formulation de la politique publique autrichienne.

En France, les standards issus du projet européen Epsos [et qui ont ensuite été validés par le « réseau e-santé »] ont directement été mobilisés dans le cadre de la revue de littérature réalisée par la HAS afin d'alimenter le débat autour du contenu des Volets de Synthèse Médicale. Ces standards européens figurent ainsi parmi les seize sources d'informations utilisées, et sont considérés comme un « document technique » (voir ci-dessous ligne n°10) :¹⁵

¹⁵ Voir également : ASIP, HAS (2013). *Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du m14odèle métier de synthèse médicale*. Paris : ASIP/HAS, p.44

Table. Documents sources utilisés dans le cadre de l'analyse bibliographique de la Haute Autorité de Santé sur la synthèse médicale¹⁶

	Source	Type de document
1	Groupe d'experts CSMFSML — MG France / FEIMA (ref : questions P4P_Synthèse groupe d'experts syndicats — FEIMA)	Synthèse des travaux d'étude sur les indicateurs de performance de la convention médicale
2	Assurance maladie (réunion 17/11/2011 sur synthèse médicale) (ref doc PPT remis en réunion AM 17/11/2011)	
3	Guide d'implémentation du volet médical au format HL7 CDA Release 2 niveaux 3 mars 2009 (Groupe de travail C HL7 France - HPRIM)	Document technique
4	The Royal Australian College of General Practitioners Standards for general practices 4th edition. October 2010 (p. 52)	Société savante : The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) / standard
5	College of Physicians and Surgeons Of Ontario Policy statement Medical Records (p. 7) créé en 2000 revu en 2012	Société savante : College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO)/standard
6	American Academy of family physician. The integrated summary	Publication publiée dans la revue Family practice management de l'American Academy of family physician (AAFP)
7	Commission européenne Emergency Care Summary (ECS) Scotland since 2007	Rapport Commission européenne
8	National Health Services Summary Care Record (SCR) UK version de base	NHS
9	National Health Services Summary Care Record (SCR) UK (éléments ajoutés dans le temps avec accord du patient)	
10	Commission européenne Open eHealth initiative for a European large scale pilot of patient summary and electronic prescription	Document technique

¹⁶ Haute Autorité De Santé (2012). *Synthèse médicale : quel contenu ? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012*. Paris : Haute autorité de Santé, pp.9-11

	D3.2.2 Final definition of functional service requirements—Patient Summary EpSOS Minimum dataset epSOS Extended	
11	Belgian patient summary, called SumEHR (Summarised Electronic Healthcare Record) 20/09/2010	Agence SI Belge
12	Commission européenne Condition-specific summaries in Finland p.21	Rapport Commission européenne
13	Commission européenne in Sweden, a National Patient Summary (NPÖ) since April 2008 p. 21	Rapport Commission européenne
14	Integrating the Healthcare Enterprise Patient Care Coordination Technical Framework (2011) medical summary at very least	Document technique
15	Integrating the Healthcare Enterprise Patient Care Coordination Technical Framework (2011) Referral summary	Document technique
16	National Institute of Standards and Technology Test Procedure for §170.304.i Exchange Clinical Information and Patient Summary Record APPROVED Version 1.0 August 13, 2010	Document technique

On note par ailleurs que les ressources mises à disposition de la Commission européenne, notamment au travers de deux commandes d'études (EHR Impact en 2008 et eHealth Strategies en 2011)¹⁷, constituent à trois reprises des sources directes d'informations (lignes 7, 12 et 13). On retrouve ici un usage technique classique, similaire à ce qu'on peut attendre des dispositifs de la Méthode Ouverte de Coordination, où l'UE sert de plateforme à l'échange d'informations et à la comparaison de modèles nationaux.

En Irlande, il est également possible d'observer des usages de l'UE dans le cadre de la formulation de standards pour la ePrescription et les résumés patients. Dans un document de l'HIQA publié en 2015 et intitulé « *ePrescription dataset and clinical document architecture standard* », l'appui sur les standards européens est ainsi particulièrement marqué. Le mot

¹⁷ Pour plus d'informations sur le projet eHealth strategies ou sur le projet EHR impact, voir : <http://www.ehr-impact.eu/index.htm> ; <http://www.ehealth-strategies.eu/>

« Epsos » apparaît trente-six fois dans le document et les standards développés dans le cadre de ce projet sont utilisés comme fondement pour le développement des normes nationales. De même qu'en France, la revue de littérature qui a servi à alimenter la production de ces standards a pris en compte les orientations européennes, au même titre que d'autres sources d'informations :

« The countries that are reviewed in detail in this report are Australia, New Zealand, the Netherlands, England, Northern Ireland and Scotland. A short summary of the findings from the United States, Denmark and Sweden is also provided. A review of the ePrescribing element of the European eHealth Project (epSOS) is also included. Initiatives exist across these countries that could potentially inform the development of standards for ePrescribing in Ireland. Additional factors contributing to the selection of these countries for this international review include the availability of information in the English language and geographic spread. »¹⁸

Un usage technique similaire peut être observé dans le cas de la production de standards pour les résumés patients irlandais. Afin de produire ces standards, l'HIQA a suivi la procédure « classique » : revue internationale, puis réunions avec *l'eHealth Standards Advisory Group*, réalisation d'entretiens et de focus groups, consultation publique et validation des standards par l'eSAG. Dans ce cadre, les standards européens sont décrits comme faisant partie des sources utilisées pour le développement des standards nationaux :¹⁹

« The international standards and specifications which have been used in the development of the information requirements are listed below:

- *European Patients Smart Open Services (epSOS), Work Package 3.9 — Appendix B1/B2 epSOS Semantic Implementation Guidelines (2011)(13)*
- *Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU Release 2 Patient Summary for unscheduled care(20)*
- *CEN/TC 251 European standard (EN) 17269: The Patient Summary for Unscheduled, Cross-border Care (the CEN/TC 251 EN 17269)(1)*
- *HL7 International Patient Summary Implementation Guide Implementation Guide Release 0.1.0(21)*
- *Joint Initiative Council, Patient Summary Standards Set, Guidance Document, January 2018 v1.0(16)*

¹⁸ HIQA (2012). *EPrescribing and Electronic Transfer of Prescriptions: an International Review*. Dublin : publications de l'HIQA, p.4

¹⁹ On note cependant que si les standards Epsos apparaissent bien dans le document qui présente les standards irlandais pour le résumé patient, les orientations européennes sont en revanche absente de la revue de littérature qui a servi à alimenter la question autour de ces mêmes standards.

- *Australian Digital Health, Shared Health Summary Information Requirements, v1.1.(22) »*²⁰

On note que de nombreuses sources européennes sont ainsi mobilisées : Epsos, mais aussi les orientations adoptées par le eHealth network en 2016 ou encore la norme développée par le Comité européen de normalisation (CEN).²¹

On observe ainsi que dans les cas de la France et de l'Irlande, dans lesquels les communautés techniques sont peu ou marginalement intégrées au processus de formulation de la politique publique, les acteurs s'appuient sur les standards européens qu'ils utilisent avec une logique technique. Dans le cas de l'Autriche cependant, la communauté des experts des standards d'interopérabilité est fortement intégrée au processus de formulation des standards nationaux, dont elle a directement la charge.

Les travaux autour des standards pour le résumé patient en Autriche s'articulent autour de deux périodes différentes. Une première phase, entamée en 2012-2013 suite à la loi ELGA, permet à un groupe d'experts formé autour de Stefan Sabutsch de présenter un premier jeu de données pour les résumés patients autrichiens, bien qu'aucune solution technique ne soit encore considérée comme viable à ce moment-là.²² Dans la description de ces données, les spécifications d'Epsos, à l'instar de tout autre modèle international, ne sont pas mentionnées comme sources.

²⁰ HIQA (2018). *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary*. Dublin : publications de l'HIQA, p.20

²¹ Le standard CEN a en réalité été produit sur la base des orientations adoptées par le réseau e-santé, et tend ainsi à internationaliser (et à rendre plus « officiels ») ces travaux à l'origine européens.

²² Il existe notamment des débats sur la source des données et la structuration du résumé patient. En effet, celui-ci peut être généré automatiquement ou rempli manuellement par un médecin. Alors que la première solution, à ce moment-là préférée par les experts, requiert un haut niveau de structuration des dossiers (impossible à envisager avant 2020 selon eux) et est potentiellement génératrice d'erreurs, la seconde option, plus fiable, est peu appréciée par les médecins pour qui cela représente du travail supplémentaire. Voir notamment : Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013 pp.37-40

Table. Premier jeu de donnée du résumé patient autrichien, 2013²³

Patient	Health	Warnings	Health service
-Name [R] -Age [R] -Sex [R] -Address [O] -Nationality [O] -Family status [O] -Language [O] -Occupation held -Contact person [O] -Legal representative (legal guardian, custodian) [O] -Insurance(s) [O] -Exemption from fees (such as prescription fee) [O] -Care level [O] -Data on social care [O]	problems -Last diagnoses/reasons for consultation [R] -Discharge diagnosis [R] -Permanent/long-term diagnoses [R] -Free text relating to diagnoses [R] -Invalidity [R] Operations/transplantations/interventions [R] -Implants [R] - Status post diagnosis [O] -Nursing diagnosis [O] -Medical or therapeutic aids (prostheses, spectacles, walking aids, etc.) [O] -General remarks [O]	-Allergies [R] -Intolerances [O]	provider -General practitioner/family physician [R] -Professional currently providing health services [O] -Professional having provided health services [O] -Mobile nursing and care service [O]
		Medication, vaccinations -ePrescription [R] -vaccination status [O]	
		Blood groups -Blood groups including antibodies [O]	Meta data -Creation date [R] -Last update [R] -Author(s) [R] -Modifications since last access [O]
		Document references -Findings [R] -Living will [R] -Contraindications to transplantations [R]	

On apprend d'ailleurs que ces spécifications ont été élaborées suite à un questionnaire directement adressé au groupe d'experts :

« Un groupe d'experts mandaté par le Comité de coordination ELGA a préparé un document de position sur la mise en œuvre éventuelle d'un résumé du patient. Cinquante-cinq représentants de plus de trente organisations (principalement des parties prenantes d'ELGA) ont été désignés comme experts. Au cours de plusieurs réunions, les données souhaitées dans le résumé du patient ont été définies et les sources de données possibles ont été identifiées. Plusieurs options de mise en œuvre possibles ont été examinées. »²⁴

²³ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013 p.35, (traduction anglaise trouvée par Michael Nöhammer). La lettre [R] désigne les informations jugées obligatoires, [O] désigne les informations optionnelles.

²⁴ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013, p.32

« 5.7 Données nécessaires d'un résumé du patient

Le groupe d'experts a défini un ensemble de données minimales d'un résumé du patient. Les données spécifiées représentent la quantité minimale de données médicalement significatives qui doivent être contenues dans un résumé du patient. Les données sont présentées dans la figure 2. Les données minimales sont marquées par [R], les contenus optionnels par [O]. Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire et ont été convenues au sein du groupe et avec les organisations de tutelle des participants. »²⁵

Après un temps d'arrêt, les travaux autour du résumé patient autrichien reprennent en septembre 2016. De nouveau, un groupe d'expert rassemblant une cinquantaine de personnes est constitué, avec à sa tête, Stefan Sabutsch, Sonja Leder et Silvia Winker, toutes deux ingénieures spécialistes de l'informatique en santé. Sonja Leder est par ailleurs mentionnée parmi les experts certifiés sur le site autrichien de HL7. Le processus de formulation de la politique publique est donc à nouveau pris en charge par des personnes disposant d'importantes ressources techniques. Les travaux du groupe s'achèvent en août 2017, et donnent lieu à un ensemble de normes techniques (ELGA CDAPS) devant être adoptées par HL7 Autriche (adoption encore en cours en 2020). Un entretien avec deux membres d'ELGA (19.02.2020) nous apprend qu'un vote HL7 a été tenu en 2018, mais que les standards n'ont pas été adoptés à cause de désaccords ou incertitudes sur de nombreux détails. Bien que ces normes n'aient pas encore été validées officiellement, le document de travail a été entièrement rédigé et mis en libre accès par Stefan Sabutsch sur le site de HL7 supporté par Wikipédia.²⁶

On observe dans la rédaction de ces standards que les orientations européennes ne sont jamais mobilisées directement à partir d'une logique technique (une seule référence anecdotique à Epsos au sein d'un set de spécifications), et que les auteurs ne se basent sur aucun exemple international, comme c'est le cas en France et en Irlande. La seule mobilisation de ce type de référence concerne le résumé patient tel qu'il est produit par l'organisation HL7 (International Patient Summary, IPS). Majoritairement, ce sont les standards techniques « de base » qui sont directement mobilisés :

²⁵ Rapport ELGA sur le statut Clinical Document Architecture 2013, p.34

²⁶ Sources : https://wiki.hl7.org/Main_Page ;
https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary

« 3.6 Références aux bases utilisées

Ce guide a été créé à l'aide des documents décrits ci-dessous. Le droit d'auteur sur tous les documents mentionnés est pleinement respecté.

Cette norme est basée sur la spécification "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0", à laquelle s'applique le Copyright © de Health Level Seven International. Les normes HL7 peuvent être obtenues auprès du groupe d'utilisateurs HL7 Autriche (HL7 Autriche), le représentant officiel de Health Level Seven International en Autriche (www.hl7.at). Toutes les spécifications HL7 adaptées et publiées aux conditions nationales peuvent être utilisées dans tout type de logiciel d'application sans licence ni frais d'utilisation.

Les exigences relatives au résumé patient autrichien ont été largement empruntées au guide HL7 pour le résumé patient international (IPS HL7).

Ce guide est basé sur le contenu des LOINC® (Logical Observation Identifiers Names and Codes, voir <http://loinc.org>). Les codes, tableaux, panneaux et formulaires LOINC sont soumis au Copyright © 1995-2014, Regenstrief Institute, inc. et au comité LOINC et sont disponibles gratuitement. Les informations de licence sont disponibles sur <http://loinc.org/terms-of-use> . En outre, le contenu UCUM® est utilisé, les codes UCUM, les tableaux et les spécifications UCUM sont basés sur le copyright © 1998-2013 de Regenstrief Institute, inc. et sur l'organisation des codes unifiés pour les unités de mesure (UCUM). Les informations de licence sont disponibles sur <http://unitsofmeasure.org/trac/wiki/TermsOfUse>.

3.7 Autres documents d'appui

Avec ce guide, des fichiers et des documents supplémentaires sont disponibles sur le site Web d'ELGA GmbH (www.elga.gv.at/CDA) pour l'assistance :

Exemples de documents

Feuille de style de référence (outil d'affichage dans le navigateur - conversion en HTML)

CDA2PDF Suite (outil pour créer un fichier PDF à imprimer sur l'imprimante)

Fichiers Schematron pour vérifier la conformité ("exactitude") des fichiers CDA

Conditions d'enregistrement des documents CDA (directives pour les métadonnées XDS)

Instructions pour la terminologie à utiliser

Guide pour l'utilisation correcte de la terminologie »²⁷

Un cas similaire peut être observé pour le dispositif de la ePrescription. Le document final, adopté par HL7 puis ELGA en 2015, utilise directement les standards de base et ne s'appuie

²⁷ Sabutsch Stefan, Sonja Leder et Silvia Winker (2018). Normes et Standards pour un résumé patient autrichien, pp.6-7, disponible sur : https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Patient_Summary#Hinweis_auf_verwendete_Grundlagen

jamais sur des exemples internationaux, bien qu'il soit précisé que « le travail pour ce guide ait été réalisé par les auteurs selon l'état de l'art et avec le plus grand soin possible »²⁸.

« **Référence aux bases utilisées**

Ce guide a été préparé à l'aide des documents décrits ci-dessous. Le droit d'auteur de tous les documents mentionnés est pleinement respecté.

Cette norme est basée sur la spécification "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0" à laquelle s'applique le copyright © de Health Level Seven International. Les normes HL7 peuvent être obtenues auprès du HL7 User Group Austria (HL7 Autriche), le représentant officiel de Health Level Seven International en Autriche (www.hl7.at). Toutes les spécifications HL7 adaptées et publiées aux conditions nationales peuvent être utilisées dans tout type de logiciel d'application sans frais de licence et d'utilisation.

Ce guide est basé sur le contenu de LOINC® (Logical Observation Identifiers Names and Codes, voir <http://loinc.org>). Les codes, tableaux, panneaux et formulaires LOINC sont protégés par le droit d'auteur © 1995-2014, Regenstrief Institute, inc. et le comité LOINC, et sont disponibles gratuitement. Les informations sur les licences sont disponibles à l'adresse <http://loinc.org/terms-of-use>. En outre, le contenu de 175 UCUM® est utilisé. Les codes, tableaux et spécifications UCUM sont basés sur Copyright © 1998-2013, Regenstrief Institute, inc. et l'organisation Unified Codes for Units of Measures (UCUM). Les informations sur les licences sont disponibles à l'adresse <http://unitsofmeasure.org/trac/wiki/TermsOfUse>. »

S'il existe en Autriche un processus de consultation des acteurs de l'e-santé similaire à ce que l'on trouve en Irlande ou en France, on observe néanmoins que ce processus n'est pas structuré en amont par une revue de littérature explicite sur l'état de l'art en matière de standards. Ces observations soutiennent l'hypothèse du lien entre ressource technique et usage technique de l'UE : les acteurs responsables de la formulation des standards autrichiens disposent déjà de connaissances techniques fortes qui les « dispensent » du travail de recherche d'information initial, qui est en revanche réalisé par des acteurs moins spécialistes en France et en Irlande. Or, c'est précisément dans ce dernier cas que les usages techniques de l'UE sont susceptibles d'apparaître. Les usages techniques de l'UE dans la formulation des politiques publiques diminuent donc avec l'intégration des ressources techniques dans le processus de formulation.

²⁸ ELGA, HL7 (2015). *Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'ELGA CDA. HL7 Implementation Guide for CDA® R2 : e-Medication pour un usage au sein du système de santé autrichien [1.2.40.0.34.7.8.6]*. Vienne : Publications d'ELGA, p.7

Ce lien entre ressources techniques et utilisation des modèles internationaux est par ailleurs confirmé par l'analyse des standards produits par la communauté technique des standards d'e-santé française qui, comme nous l'avons vu, existe, mais n'est pas ou peu intégrée à la formulation des politiques d'e-santé. Ainsi, lorsque cette communauté s'attache à développer ses propres standards pour le Volet Médical en 2007, elle se réfère directement aux standards de base et non à des modèles étrangers ou internationaux, comme le font la Haute Autorité de Santé (France) ou la *Health and Information Quality Authority* (Irlande) quelques années plus tard :

« 1.1.2 Références

- HL7 CDA R2 (Ballot Janvier 2005).
- E-MS. Guide d'implémentation CDA (niveau 2 et 3).
- CDA Care record Summary. US realm (niveau 1 et 2) »²⁹

Cette observation renforce l'hypothèse du lien entre intégration des communautés techniques à la formulation des politiques publiques (ressources techniques) et usage technique de l'UE, puisque deux communautés établies dans deux pays différents semblent présenter le même rapport aux modèles internationaux et aux standards.

Discussion

Le cas analysé ci-dessus montre l'importance de prendre en compte l'intérêt et les ressources des acteurs pour comprendre les phénomènes d'europanisation au niveau national. Ainsi, nous avons pu démontrer l'existence d'une variation congruente entre le niveau de compétence technique des acteurs responsables de la production des standards d'e-santé et l'usage des standards européens dans la formulation des politiques d'e-santé. Ce lien ne semble par ailleurs pas affecter le type de système de protection sociale, tel que décrit classiquement dans la littérature (Esping-Andersen 1989). Les cas français et irlandais sont ainsi similaires et en contraste avec le cas autrichien au regard des usages de l'UE, alors que c'est bien en Autriche et

²⁹ HL7 France et H' (2007). *Guide d'implémentation du Volet Médical format CDA Release 2 — Niveau 3*, p.7

en France que l'on trouve le plus de similarités en termes de système de santé. Cet article a aussi permis de montrer que lorsqu'on s'intéresse aux sphères expertes, la « relation à l'UE » ne semble pas être une variable discriminante. Alors que l'Irlande est réputée pour son soutien important à l'intégration européenne, tant de la part des élites politiques que de l'opinion publique (Gilland 2004), et que la France présente un cas nettement plus contrasté en la matière (Caune *et al.* 2011), on retrouve pourtant dans ces deux pays des usages similaires de l'Union européenne dans la construction des standards d'e-santé.

Il est cependant important de noter que l'article n'a pas exploré en détail la manière dont ces usages impactent *in fine* la formulation des politiques nationales. On remarque à ce titre que lien causal entre l'usage des instruments européens et l'europanisation du contenu des standards d'e-santé n'est pas tout à fait de même nature en France et en Irlande.

Ainsi, en France, si les orientations issues du projet Epsos sont bien prises en compte lors du travail de revue de littérature de la HAS, on ne trouve pas par la suite de trace évidente de la réincorporation brute de ces standards européens dans la formulation du standard national. Il semble par ailleurs que la HAS ait particulièrement mobilisé pendant les débats trois autres standards qui se rapprochaient plus de la « valeur d'usage » telle qu'elle avait été arrêtée par le groupe des partenaires conventionnels.³⁰

« Tableau 1 — Comparaison de la valeur d'usage arrêtée par rapport à celles de la littérature analysée

Source	Destination de la synthèse destinée	Support
Health Summary RACGP (Australie) ³¹	Health summaries assist in providing ongoing care, both within the practice and on referral to other healthcare	LGC

³⁰ La valeur d'usage correspond à l'usage auquel est principalement destinée la synthèse médicale. Ainsi, les partenaires conventionnels ont approuvé une synthèse qui serait avant tout un support pour le médecin traitant, et la HAS s'est ainsi principalement appuyée sur les synthèses internationales qui mettraient en valeur l'apport de la synthèse pour le médecin traitant. Il existe ici un écart net avec l'idée de résumé patient du DMP, qui servirait avant tout aux professionnels de santé qui ne disposent pas de l'historique du patient comme c'est le cas du médecin traitant.

³¹ Royal Australian College of General Practitioner

	providers. A good health summary assists the patient's own GP, other GPs in the practice, locums, registrars and students to rapidly obtain an overview of all components of the patient's care.	
Cumulative Patient Profile CPSO³² (Ontario)	Allowing the treating physician, or any other health care professional using the chart, to quickly get the picture of the patient's overall health	LGC
Integrated Summary AAFP³³	Au praticien lui-même "a single concise page kept topmost on the left side of the chart"	LGC

Dans la suite du document, les éléments d'analyse feront le plus souvent référence à ces trois synthèses. »³⁴

Au contraire, dans le cas irlandais, les standards européens semblent avoir irrigué de manière bien plus importante les standards nationaux dans leur version finale. Dans le cas de la ePrescription, il est ainsi indiqué :

« The National ePrescribing standard was based primarily on a CDA standard developed by the epSOS project. »³⁵

En ce qui concerne les résumés patients, une analyse des sources utilisées dans la création de chaque item de ce dossier montre que les sources européennes (standards Epsos, standards adoptés par le réseau e-santé, standards CEN) sont mentionnées dans plus de la moitié des cas (19 items sur 32)³⁶.

Alors que le cas français témoigne d'un cas de causalité « relâché » (on sait ainsi que l'UE était présente dans le processus, mais on ne dispose pas de moyens méthodologiques

³² College of Physicians and Surgeons of Ontario

³³ American Academy of Family Physician

³⁴ ASIP, HAS (2013). *Synthèse médicale. Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale*. Paris : ASIP/HAS, p.8

³⁵ HIQA (2015). *ePrescription dataset and clinical document architecture standard*. Dublin : publications de l'HIQA, p.14

³⁶ HIQA (2018). *National Standard on information requirements for a national electronic patient summary*. Dublin : publications de l'HIQA, p.33-34

permettant d'évaluer la part causale attribuable à l'UE dans le produit final), le cas irlandais présente un cas de causalité beaucoup plus resserré entre usage et européanisation du contenu de la politique publique. Ce constat invite à produire une nouvelle typologie des phénomènes d'européanisation, qui prendrait davantage en compte la nature de l'intervention européenne en termes de temporalité et de place occupée dans le processus de développement de la politique publique.

CONCLUSION

L'objectif de cet article était d'analyser plus en détail le cas des usages techniques de l'Union européenne, de leur explication aux types d'effets potentiellement produits sur la formulation des politiques publiques. Nous avons ainsi pu montrer que les usages techniques semblent répondre à un besoin pragmatique de données et d'informations pertinentes de la part des acteurs nationaux. Or, cette nécessité de recourir à des modèles extérieurs n'est pas toujours identique selon les situations nationales, ce qui explique, *in fine*, un recours différencié aux instruments européens. Dans le cas des standards d'e-santé pour le résumé patient et la ePrescription, l'intérêt des acteurs pour les instruments européens a été évalué en fonction de l'intégration des communautés techniques à haut degré d'expertise dans les processus décisionnels. Alors que ce type d'acteur est fortement intégré en Autriche, les cas français et irlandais montrent une implication plus marginale, ou dans une temporalité postérieure à la décision. Il en résulte dans ces deux derniers cas un recours accru aux modèles européens pour « alimenter » ou « inspirer » la prise de décision relative aux standards nationaux.

Si ce cas est particulièrement atypique du fait de son haut niveau de technicité, il est néanmoins révélateur d'une catégorie de phénomènes plus large qui mériterait d'être investiguée plus en détail. Ce mode d'européanisation technique, peu visible et difficile à appréhender, est ainsi susceptible d'avoir des effets majeurs au niveau national, puisqu'il affecte directement la conception des solutions nationales. De manière plus générale, il serait

intéressant d'intégrer l'hypothèse de la présence de ressources « techniques » dans l'analyse des effets de dispositifs plus classiques tels que la MOC : constate-t-on une pénétration plus importante de l'enjeu européen lorsque les pays considérés disposent de peu de spécialistes ou d'institutions « expertes » dans un domaine particulier ?

Enfin, le cas présenté ci-dessus pourrait également être interprété en termes de « résistance » à la *soft law* européenne. Dans ce cadre, cet article rejoint une des hypothèses avancées par Fabien Terpan et Sabine Saurugger (2016) pour expliquer ces formes de résistances : plus les acteurs disposent de ressources (financières, sociales, ou dans le cadre de cet article, technique), plus leur marge de manœuvre est importante et plus ils sont capables de résister aux orientations européennes. Posé en termes de « résistance », le problème étudié dans cet article invite à s'interroger plus directement sur la question de la légitimité de l'introduction d'instruments européens dans cet espace expert. Les options à disposition des acteurs semblent faire apparaître deux modes de régulation distincts, qui tous deux posent des problèmes différents. D'un côté, on pourrait ainsi questionner l'intégration de « communautés techniques » fortes dans les processus décisionnels : bien qu'elles permettent par la suite de proposer des solutions de politique publique sans doute plus proches de la volonté des parties prenantes, on pourrait se demander dans quelle mesure ces mêmes choix « politiques » sont en réalité fortement cadrés par les options techniques proposées par ces experts. À l'inverse, la diminution de l'expertise technique, si elle laisse a priori plus de place au débat et à l'expression *ex-ante* de points de vue divergents, oblige également les acteurs à s'appuyer sur des modèles étrangers pour cadrer leur réflexion, dont on pourrait également questionner la légitimité, en particulier dans le cas de l'Union européenne qui ne dispose pas de compétences en matière de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Adler-Nissen R, Andersen KE and Hansen L (2020) Images, Emotions, and International Politics: The Death of Alan Kurdi'. *Review of International Studies* 46(1): 75–95.
- Alternative for Germany (2017) Manifesto for Germany - The Political Programme of the Alternative for Germany. Available at: www.afd.de.
- Atikcan EO (2015) *Framing the European Union: The Power of Political Arguments in Shaping European Integration*. Cambridge: Cambridge University Press. Available at: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781316335642>.
- Balzacq T and Jervis R (2004) Logics of mind and international system: a journey with Robert Jervis. *Review of International Studies* 30(4): 559–582. DOI: [10.1017/S0260210504006230](https://doi.org/10.1017/S0260210504006230).
- Banchoff T (1999) German Identity and European Integration. *European Journal of International Relations* 5(3): 259–289. DOI: [10.1177/1354066199005003001](https://doi.org/10.1177/1354066199005003001).
- Beaudonnet L and Mérand F (2019) Qu'est-ce que l'Europe politique? Un agenda de recherche sur la politisation'. *Politique européenne* (64(2)): 6.
- Biermann F, Guérin N, Jagdhuber S, et al. (2019) Political (Non-)Reform in the Euro Crisis and the Refugee Crisis: A Liberal Intergovernmentalist Explanation'. *Journal of European Public Policy* 26(2): 246–66.
- Bleiker R and Hutchison E (2008) Fear No More: Emotions and World Politics'. *Review of International Studies* 34(S1): 115–35.
- Börzel TA and Risse T (2018) From the Euro to the Schengen Crises: European Integration Theories, Politicization, and Identity Politics'. *Journal of European Public Policy* 25(1): 83–108.
- Campbell LB (2020) Affect, that Old Familiar Feeling. In: Van Rythoven E and Sucharov M (eds) *Methodology and Emotion in International Relations: Parsing the Passions*. Abingdon: Routledge, pp. 113–129.
- Checkel JT and Katzenstein PJ (2009) The Politicization of European Identities'. In: Checkel JT and Katzenstein PJ (eds) *European Identity*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1–26. Available at: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511806247A010/type/book_paragraph.
- Clément M and Sangar E (eds) (2018) *Researching Emotions in International Relations: Methodological Perspectives on the Emotional Turn*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan.

- Clements B, Nanou K and Verney S (2014) 'We No Longer Love You, But We Don't Want to Leave You': The Eurozone Crisis and Popular Euroscepticism in Greece. *Journal of European Integration* 36(3): 247–265. DOI: [10.1080/07036337.2014.885753](https://doi.org/10.1080/07036337.2014.885753).
- Crawford NC (2000) The Passion of World Politics: Propositions on Emotion and Emotional Relationships'. *International Security* 24(4): 116–156.
- Csehi R and Zgut E (2020) 'We won't let Brussels dictate us': Eurosceptic populism in Hungary and Poland. *European Politics and Society*: 1–16. DOI: [10.1080/23745118.2020.1717064](https://doi.org/10.1080/23745118.2020.1717064).
- Damasio AR (1995) Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain'. *Optometry and Vision Science* 72(11): 847–847.
- De Wilde P (2011) No Polity for Old Politics? A Framework for Analyzing the Politicization of European Integration'. *Journal of European Integration* 33(5): 559–75.
- Delmotte F (2008) La légitimité de l'Union européenne, une affaire de bons sentiments ? Réflexions sur l'appartenance à la communauté politique'. *Revue internationale de politique comparée* 15(4): 541.
- Die Bundesregierung (2020) Archiv von bundesregierung.de. Available at: <https://archiv.bundesregierung.de/archiv-en/articles>.
- Dingott Alkopher T (2018) Socio-psychological reactions in the EU to immigration: from regaining ontological security to desecuritisation. *European security* 27(3): 314–335.
- Ford R, Goodwin MJ and Cutts D (2012) Strategic Eurosceptics and polite xenophobes: Support for the United Kingdom Independence Party (UKIP) in the 2009 European Parliament elections: strategic eurosceptics and polite xenophobes. *European Journal of Political Research* 51(2): 204–234. DOI: [10.1111/j.1475-6765.2011.01994.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6765.2011.01994.x).
- Gallie WB (1956) Art as an Essentially Contested Concept'. *The Philosophical Quarterly* 6(23): 97–114.
- Garry J (2014) Emotions and Voting in EU Referendums'. *European Union Politics* 15(2): 235–54.
- Hall TH (2017) Three Approaches to Emotion and Affect in the Aftermath of the Zhuhai Incident'. *International Studies Review* 19(3): 481–508.
- Hall TH and Ross AAG (2015) Affective Politics after 9/11'. *International Organization* 69(4): 847–79.
- Hall TH and Ross AAG (2019) Rethinking Affective Experience and Popular Emotion: World War I and the Construction of Group Emotion in International Relations'. *Political Psychology* 40(6): 1357–72.

- Hay C (2014) Depoliticisation as Process, Governance as Practice: What Did the “first Wave” Get Wrong and Do We Need a “Second Wave” to Put It Right? *Policy & Politics* 42(2): 293–311.
- Hegemann H and Schneckener U (2019) Politicising European security: from technocratic to contentious politics? *European Security* 28(2): 133–152. DOI: [10.1080/09662839.2019.1624533](https://doi.org/10.1080/09662839.2019.1624533).
- Hooghe L and Marks G (2012) *Politicization*. Oxford University Press. DOI: [10.1093/oxfordhb/9780199546282.013.0058](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199546282.013.0058).
- Hutchison E (2016) *Affective Communities in World Politics: Collective Emotions after Trauma*. Cambridge: Cambridge University Press. DOI: [10.1017/CBO9781316154670](https://doi.org/10.1017/CBO9781316154670).
- Hutchison E and Bleiker R (2014) Theorizing emotions in world politics. *International Theory* 6(3): 491–514. DOI: [10.1017/S1752971914000232](https://doi.org/10.1017/S1752971914000232).
- Hutter S and Kriesi H (2019) Politicizing Europe in Times of Crisis’. *Journal of European Public Policy* 26(7): 996–1017.
- Hutter S, Grande E and Kriesi H (eds) (2016) *Politicising Europe: Integration and Mass Politics*. Cambridge: Cambridge University Press. Available at: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781316422991>.
- Izard CE (2010) The Many Meanings/Aspects of Emotion: Definitions, Functions, Activation, and Regulation. *Emotion Review* 2(4): 363–370. DOI: [10.1177/1754073910374661](https://doi.org/10.1177/1754073910374661).
- Jabko N and Luhman M (2019) Reconfiguring sovereignty: crisis, politicization, and European integration. *Journal of European Public Policy* 26(7): 1037–1055. DOI: [10.1080/13501763.2019.1619190](https://doi.org/10.1080/13501763.2019.1619190).
- Koschut S (2014) Emotional (security) communities: the significance of emotion norms in inter-allied conflict management. *Review of International Studies* 40(3): 533–558. DOI: [10.1017/S0260210513000375](https://doi.org/10.1017/S0260210513000375).
- Koschut S. (2018) Speaking from the heart: Emotion discourse analysis in international relations. In: *Researching Emotions in International Relations*. Cham: Palgrave Macmillan, pp. 277–301.
- Koschut Simon (2018) The Power of (Emotion) Words: On the Importance of Emotions for Social Constructivist Discourse Analysis in IR’. *Journal of International Relations and Development* 21(3): 495–522.
- Koschut S (2020) *The Power of Emotions in World Politics*. Abingdon, Oxon; New York: Routledge.
- Koschut S, Hall TH, Wolf R, et al. (2017) Discourse and Emotions in International Relations. *International Studies Review* 19(3): 481–508. DOI: [10.1093/isr/vix033](https://doi.org/10.1093/isr/vix033).

- Mercer J (1996) Approaching Emotion in International Politics'. In: *Annual Meeting of the International Studies Association*, San Diego, California, 1996.
- Mercer J (2006) Human Nature and the First Image: Emotion in International Politics'. *Journal of International Relations and Development* 9(3): 288–303.
- Mercer J (2014) Feeling like a State: Social Emotion and Identity'. *International Theory* 6(3): 515–35.
- Pace M and Bilgic A (2019) Studying Emotions in Security and Diplomacy: Where We Are Now and Challenges Ahead. *Political Psychology* 40(6): 1407–1417. DOI: [10.1111/pops.12635](https://doi.org/10.1111/pops.12635).
- Ross AAG (2006) Coming in from the Cold: Constructivism and Emotions'. *European Journal of International Relations* 12(2): 197–222.
- Ross AAG (2014) *Mixed Emotions: Beyond Fear and Hatred in International Conflict*. Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Sasley BE (2011) Theorizing States' Emotions'. *International Studies Review* 13(3): 452–76.
- Schimmelfennig F (2018) European Integration (Theory) in Times of Crisis. A Comparison of the Euro and Schengen Crises'. *Journal of European Public Policy* 25(7): 969–89.
- Schmidt VA (2019) Politicization in the EU: between national politics and EU political dynamics. *Journal of European Public Policy* 26(7): 1018–1036. DOI: [10.1080/13501763.2019.1619189](https://doi.org/10.1080/13501763.2019.1619189).
- Solomon T (2017) Rethinking Productive Power through Emotion'. *International Studies Review* 19(3): 481–508.
- Statham P and Trezn H-J (2015) Understanding the Mechanisms of EU Politicization: Lessons from the Eurozone Crisis'. *Comparative European Politics* 13(3): 287–306.
- Van Ingelgom V (2014) *Integrating Indifference: A Comparative, Qualitative and Quantitative Approach to the Legitimacy of European Integration*. Colchester, UK: ECPR Press, University of Essex.
- Van Middelaar L (2013) *Passage to Europe: How a Continent Became a Union*. Cumberland: Yale University Press. Available at: <http://qut.eblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=3421217>.
- Van Rythoven E and Sucharov M (eds) (2020) *Methodology and Emotion in International Relations: Parsing the Passions*. London; New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Vasilopoulou S and Wagner M (2017) Fear, Anger and Enthusiasm about the European Union: Effects of Emotional Reactions on Public Preferences towards European Integration'. *European Union Politics* 18(3): 382–405.