

Mode de rémunération et tarification des actes en télémédecine. Un *survey* de de la littérature

Version préliminaire, ne pas citer, ne pas diffuser

Amandine Raully (doctorante, 1^{ère} année)
amandine.raully@univ-reims.fr
Laboratoire REGARDS (EA 6292)
Université de Reims Champagne-Ardenne

1. Introduction

Une revue de la littérature sur la rémunération de la télémédecine nous a permis de faire un double constat. Le premier porte sur l'importance de la rémunération des actes de télémédecine. La pratique de la télémédecine, en France, est actuellement dépourvue d'un mode de rémunération pérenne. Or, il apparaît clairement qu'en l'absence de stabilisation de la question du mode de rémunération, la télémédecine ne pourra pas se développer davantage. Pourtant un cadre juridique lui a été conféré en 2004 à travers l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Ce cadre a ensuite été renforcé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui lui donne une définition¹. Malgré cette inscription dans le droit français et la précision, dans la loi HPST, de la nécessité d'inscrire ces actes dans le cadre de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) aucune réponse n'a pour le moment été apportée. Nos recherches se sont donc tournées vers la littérature existante portant sur les propositions de modes de rémunération appropriés à la pratique de la télémédecine en France mais également sur les raisons de l'absence actuelle de cette rémunération.

La réalisation de ces recherches nous permet d'en venir au second constat qui porte sur le manque d'information disponible au sujet de la rémunération de la télémédecine. Les travaux portant sur ce sujet sont très peu nombreux et reposent sur une littérature grise. Il apparaît clairement que la question d'un nouveau mode de rémunération pour la pratique de la télémédecine est une question principalement française puisqu'à l'étranger la pratique de télémédecine s'est insérée dans le panier de biens et services médicaux. Cela s'est fait sans avoir à bouleverser le mode de rémunération des médecins et l'organisation du système de

¹ La télémédecine est définie par la loi HPST comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ».

santé. Les travaux étrangers portant sur l'adaptation du système de santé à la pratique de la télémédecine évoquent principalement les coûts de la pratique, son efficacité, le mode de remboursement, la qualité et non la rémunération (R. L. Bashshur et Shannon 2009; R. Bashshur 1995). En France, la rémunération constitue un frein majeur au déploiement de la télémédecine, pourtant, très peu de travaux y font référence. Les raisons de l'absence de rémunération sont quant à elles inexistantes dans la littérature, nous nous sommes de ce fait éloignés de la revue de la littérature "traditionnelle" afin d'en chercher des éléments de réponse.

L'enjeu de cette communication est double. D'une part, il s'agit de mettre en évidence l'importance de l'instauration d'un mode de rémunération adapté à la pratique de la télémédecine. Sans quoi, le déploiement de l'activité n'est pas envisageable. D'autre part, nous montrerons en quoi l'institution d'un nouveau mode de rémunération est confrontée à différents obstacles institutionnels et politiques.

Le financement de la télémédecine repose actuellement sur des fonds qui avaient initialement pour objectif d'impulser une dynamique pour les projets de télémédecine. Ils ne sont en rien un moyen de rémunérer l'activité de façon pérenne. Différentes propositions recensées au sein de la littérature grise et destinées à résoudre ce problème semblent pouvoir être opérationnelles. Elles s'appuient sur l'étude des expériences étrangères de télémédecine. Or, nous montrerons que le mode de rémunération des professionnels de santé dépend de la typologie de chaque système de soins et des relations d'agence qui s'y réfèrent. Les propositions faites jusqu'à présent omettent d'étudier les différentes interactions entre les acteurs du système de santé français. Ce point permet de comprendre en quoi les propositions faites jusqu'à présent n'ont pas été appliquées puisqu'elles n'ont pas fait l'objet d'étude permettant de valider leur adaptation à la typologie du système de santé français (2).

Néanmoins, d'autres propositions peuvent être envisagées. La rémunération de la télémédecine peut s'intégrer dans un mode de rémunération existant en France. En effet, il est envisageable d'inclure la télémédecine dans les objectifs du paiement à la performance² sans pour autant bouleverser l'organisation du système de rémunération. Cette solution proposée dans le rapport Flajolet (2008) n'a cependant pas été retenue. Le refus des propositions faites en matière de rémunération semblent donc revêtir des raisons plus profondes, provenant du corps médical. En effet, en étendant nos recherches nous avons pu constater que le refus de la rémunération de la télémédecine est en réalité un choix politique. Ce refus fait référence à un choix collectif qui ne reflète pas nécessairement les préférences individuelles des médecins (3).

2. Rémunération des actes de télémédecine, un modèle clés en main ?

Là où la littérature académique fait défaut, les propositions issues de la littérature grise portant sur la télémédecine en France se font un peu plus présentes depuis le début des années

² Le paiement à la performance a été mis en place en 2004 par le biais du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

2000. Ces différents travaux semblent proposer un guide opérationnel de mise en place de la télémédecine et de sa rémunération. Ces propositions sont issues d'une analyse des expériences étrangères de déploiement de la télémédecine (2.1).

Néanmoins, ces différents rapports semblent s'affranchir de certains paradigmes. La détermination d'un mode de rémunération s'intègre dans une relation multi-agents qui dépend du système concurrentiel présent au sein d'une typologie donnée de système de santé. Les propositions recensées au sein de littérature grise ne permettent pas de garantir une adaptation des modèles étrangers en France (2.2).

2.1. La transposition des modèles de rémunération étrangers en France, un gain en termes de coût de recherche de la rémunération optimale ?

Le cadre actuel de financement de la télémédecine a montré ses limites et la rémunération en vigueur pour le colloque singulier, le paiement à l'acte, apparaît comme inadaptée à la pratique de la télémédecine du fait de son caractère inflationniste. De nouveaux modes de rémunération doivent être envisagés pour pérenniser l'activité. À ce sujet, la littérature grise émet différentes propositions et recommandations.

2.1.1. L'organisation actuelle de la télémédecine

Qu'il s'agisse de rapports établis à la demande de ministères³, de l'Ordre national des médecins⁴, de l'ANAP⁵ ou d'autres⁶, la nécessité de rémunérer l'activité de télémédecine de sorte à ce qu'elle se pérennise en France est mise en évidence. En effet, les activités de télémédecine ont bénéficié de modalités de financement qui ont atteint leurs limites. À la fin de l'année 2011, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a recensé 256 activités de télémédecine en France dont 80 % concernent des projets hospitaliers (DGOS et ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé 2011a). La plupart de ces projets sont financés par des investissements voués à des activités de soins non initialement définies comme des activités de télémédecine. Ces financements proviennent principalement des Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC), des Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), des Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ils sont regroupés dans les Fonds d'intervention régionaux (FIR) (Simon et Acker 2008). Les médecins qui participent à ces projets le font généralement de manière bénévole ou touchent une rétribution forfaitaire. Cette rémunération est en rien comparable à une rétribution durable du fait de son faible montant et ne permet donc pas d'envisager un déploiement à grande échelle de la télémédecine (Lasbordes 2009). Les médecins hospitaliers sont actuellement surreprésentés parmi tous les médecins pratiquant la

³ (Lasbordes 2009; Simon et Acker 2008; Hazebroucq 2003)(Hubert 2010)(Thierry 1993)

⁴ (Ordre national des médecins 2009)

⁵ (ANAP 2012b) (ANAP 2012a)

⁶ (HAS 2011; Les journales Eurasanté 2012; Decision Etudes & conseil 2011)

télé médecine, leur rémunération ne dépendant pas directement du type d'acte réalisé. La sous-représentation des médecins libéraux peut alors s'expliquer par l'absence d'une rémunération qui soit incitative à la pratique de la télé médecine. Actuellement, la rémunération de la télé médecine est encadrée et déterminée par des conventions et des contrats de télé médecine passés entre les porteurs de projets et l'Agence régionale de santé (ARS) concernée (DGOS et ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé 2011b). Ce mode de rémunération représente un frein à un développement homogène de la télé médecine sur le territoire français puisqu'il n'existe pas un seul modèle de rémunération, chaque contrat ou convention de télé médecine est unique. Par ailleurs, les montants alloués aux ARS ne dépendent pas nécessairement du nombre de projets de télé médecine mais d'autres éléments tels que la densité de population de la région. Ce mode de financement n'est donc pas optimal.

Afin de comprendre l'enjeu du choix d'un mode de rémunération pour la télé médecine, il convient d'en définir le champ d'application. La loi HPST et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 donnent un cadre juridique à la télé médecine. Ces textes définissent cinq actes pour lesquels la télé médecine est reconnue : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale du centre 15. Pour chacun de ces actes différents acteurs interviennent.

Chacun de ces actes peuvent être pratiqués par des médecins libéraux ou des médecins hospitaliers. Néanmoins nous ne prendrons en compte que la médecine ambulatoire dans notre analyse⁷.

Le tableau ci-dessous permet d'identifier la problématique principale lié à la mise en place d'un mode de rémunération des médecins : il s'agit de savoir comment rémunérer les actes sachant que plusieurs médecins peuvent y participer. Bien que le paiement à l'acte soit le mode de rémunération actuel pour la médecine ambulatoire, il apparaît néanmoins inflationniste si plusieurs médecins sont mobilisés pour un même acte. De même, les actes de téléassistance et de télésurveillance qui supposent une intervention fréquente du médecin ne semblent pas non plus pouvoir bénéficier de façon optimale de la rémunération à l'acte, les coûts n'étant pas supportables pour l'Assurance maladie.

⁷ Le mode de rémunération de la médecine hospitalière, le salariat, n'apparaît pas comme un frein au développement de la télé médecine puisque le niveau de rémunération ne dépend pas de la nature de l'acte.

Tableau 1 : les acteurs de la télémédecine par type d'acte

	Acteurs	
	Sur place	À distance
Téléconsultation	<ul style="list-style-type: none"> • Patient • médecin(s) (en option) • professionnel(s) paramédical(aux) (en option) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin(s)
Téléexpertise	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin(s)
Télésurveillance médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Patient • Médecin(s) (en option) • Professionnel(s) paramédical(aux) (en option) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin(s)
Téléassistance médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin(s) • Professionnel(s) paramédical(aux) (en option) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin(s)

Source : d'après (Lasbordes 2009; Simon et Acker 2008)

2.1.2. Les propositions existantes de rémunération de la télémédecine

Une remarque préalable peut être faite au sujet des propositions de rémunération de la télémédecine. Certains représentants des médecins considèrent que le débat ne doit pas porter sur le mode de rémunération mais sur le remboursement des actes de télémédecine. L'argument développé est celui de la responsabilisation du patient : il s'agit de lui laisser supporter une partie du coût de l'acte, les assurances complémentaires pouvant ensuite prendre en charge ces frais. Dans ce cas, le paiement à l'acte peut être appliqué quelle que soit la situation, c'est-à-dire qu'il y ait un ou plusieurs médecins sollicité(s) pour l'acte puisque les coûts ne sont pas répercutés sur l'Assurance maladie mais sur le patient et sa complémentaire. Bien qu'évoqué à plusieurs reprises ce postulat ne fait pas consensus au sein des médecins et est même vivement critiqué par certains. Si ce mode de rémunération est retenu, la rémunération peut différer d'un médecin à l'autre bien qu'ils interviennent dans le même acte. Cette différence se justifie par la décomposition des coûts qui s'opère entre l'acte intellectuel médical et le financement des frais de structure et administratifs. Cela étant, l'élaboration de cette tarification représente un processus trop long et trop coûteux ce qui rend sa mise en œuvre très peu probable (Simon et Acker 2008; Lasbordes 2009).

Le mode de rémunération le plus fréquemment présenté dans la littérature est un système hybride mêlant paiement à l'acte et rémunération forfaitaire. La rémunération à l'acte peut s'appliquer lorsqu'un seul médecin est sollicité tandis qu'une rémunération forfaitaire est mise en place pour les actes qui nécessitent la présence de plusieurs médecins (Lasbordes 2009; HAS 2011). La littérature ne précise pas dans ce cas la forme que prend le forfait,

forfait par pathologie ou *per capita*. Cette solution permettrait de pallier l'effet inflationniste du maintien de la rémunération à l'acte en introduisant une rémunération forfaitaire. Il est alors envisagé que le médecin perçoive une rémunération forfaitaire dans le cas où il accepte d'être un médecin dit « sollicité » c'est-à-dire celui qui n'est pas sur place et à qui on demande un avis. C'est ce service à distance qui sera rémunéré au forfait.

Une autre alternative est proposée pour cette forme hybride de rémunération. Il s'agirait de rémunérer à l'acte les actes ponctuels qui ne nécessitent pas de suivi régulier et de rémunérer au forfait les actes réguliers et de suivi sur le long terme. Ainsi, de manière schématique la téléassistance, la téléexpertise et une partie des téléconsultations seraient rémunérées au forfait et les autres actes par le paiement à l'acte (ANAP 2012b). L'objectif, ici, est toujours d'éviter une hausse des dépenses de santé. Dans ce cas les médecins des deux catégories, "sollicité" et "sollicitant", en d'autres termes les médecins sur place et ceux à distance, sont rémunérés à l'acte ou au forfait selon l'acte en question. Ce n'est plus la position du médecin qui différencie le mode de rémunération mais l'acte considéré.

Enfin, le dernier mode de rémunération proposé est la forfaitisation générale de l'activité de télémedecine (ANAP 2012b). Cependant, la mise en œuvre de ce mode de rémunération, bien que souvent évoquée est peu développée dans la littérature puisque les représentants des professionnels de santé s'y opposent. Par ailleurs, les travaux mentionnant ce mode de rémunération ne précisent pas quel type de forfait est susceptible d'être appliqué ni s'il existera un forfait différent pour les médecins "sollicitant" et les médecins "sollicités".

Cette littérature, à vocation opérationnelle, laisse donc entendre la mise en place d'un mode de rémunération hybride mêlant forfait et paiement à l'acte⁸ puisque c'est la rémunération qui semble la plus adaptée à la pratique de la télémedecine. C'est également la plus évoquée et la moins remise en cause par les différents Ordres.

Ces propositions sont généralement issues de conclusions tirées de l'étude d'expériences étrangères réussies notamment au Danemark, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Or, aucune information n'est donnée quant à l'adaptation possible des expériences étrangères au cas français. En effet, les propositions faites semblent adaptées à la pratique de la télémedecine, mais aucune information n'est communiquée en ce qui concerne leur adaptation à la typologie du système de santé.

À chaque typologie correspond une organisation bien particulière des soins et de leur rémunération. La rémunération fait partie d'une organisation globale et ne peut pas être étudiée de manière indépendante. Les relations d'agence qui existent au sein de chaque système de soins doivent être considérées comme déterminantes dans le choix des rémunérations envisageables pour chaque typologie. La télémedecine est rentrée dans les nomenclatures et les paniers de soins officiels aux États-Unis et au Royaume-Uni tout comme au Danemark, devenant ainsi une prestation médicale ordinaire aux côtés des autres. Elle n'est plus financée dans ces trois pays par des enveloppes *ad hoc* mais par un financement intégré

⁸ Une autre proposition de rémunération spécifique à l'acte de téléexpertise est proposée, il s'agirait, selon la spécificité de l'acte de téléexpertise d'un cadre conventionnel avec l'Assurance maladie et dans d'autres cas d'un cadre contractuel entre médecins (Allaert et Quantin 2009). Cela étant, nous avons fait le choix ici de ne traiter que les modes de rémunération englobant l'ensemble des actes de télémedecine.

dans le système de santé. La télémédecine fait donc partie intégrante de l'offre de soins dans plusieurs pays, mais cette rémunération n'a été rendue possible que parce qu'elle n'a pas bouleversé l'organisation du système de soins ni le mode de rémunération (Décision Études & Conseil 2011).

2.2. Le choix d'un mode de rémunération en adéquation avec la typologie du système de santé et la pratique de la télémédecine

Dans le contexte actuel du financement public des soins médicaux, la question de la rémunération de la télémédecine est fondamentale. Elle s'insère dans un dilemme global de définition du principe qui va fonder la régulation économique du secteur en prenant en compte à la fois les besoins de santé de la population et la rareté des ressources économiques. Les différents travaux cités précédemment se sont inscrits dans une tendance générale et actuelle qui consiste à emprunter des éléments de politiques publiques étrangères lorsque celles-ci ont été favorables à l'amélioration du système concerné. Ainsi, Letourmy (2000) remarque que « *tout se passe comme si chaque pays empruntait aux voisins des dispositifs supposés répondre à leurs préoccupations* ».

Au sein de chaque système de santé il existe une asymétrie d'information entre le médecin et le patient (Arrow 1963). Le patient sait qu'il est malade mais ne connaît pas la nature de la maladie alors que le médecin détient l'information. Le patient n'a pas de moyen de vérifier l'information donnée par le médecin. Il existe de ce fait une relation d'agence entre le patient et le médecin. Dans les systèmes contemporains de santé, le patient et le médecin ne sont pas les seuls acteurs à prendre part aux relations d'agence. Rochaix (1997) identifie cinq groupes d'acteurs. Il s'agit des représentants de l'autorité de tutelle, des patients, des assureurs, des acheteurs de soins, des producteurs de soins. Dans ces conditions, l'information est fragmentée et les risques d'antisélection et d'aléa moral sont élevés. Pour les réduire, les différents acteurs se lient par un contrat dans l'objectif de fixer un prix incitatif⁹ permettant de réduire l'incertitude. Les différents modèles principal-agent¹⁰ constituent une branche particulière de la théorie des contrats qui permet de rendre compte des relations d'agence entre les différents acteurs prenant part au contrat. En effet, selon les pays, la typologie des systèmes de santé diffère et les relations d'agence également puisque les acteurs concernés ne sont pas identiques dans tous les pays. De même, les informations détenues par chaque acteur ne sont pas identiques et les zones d'incertitude qui en découlent non plus, la nature et la forme des contrats seront donc différentes. Ainsi, les modes de rémunération diffèrent selon les relations d'agence constatées. Selon les pays ces acteurs interviennent de différentes façons dans la relation d'agence. Un même acteur peut occuper plusieurs fonctions, et plus il en occupe, plus l'information à sa disposition est complète. À l'inverse, plus les fonctions

⁹ Ici nous ne ferons référence qu'à l'incitation financière. Néanmoins nous avons pleinement conscience des limites d'une telle restriction.

¹⁰ L'analyse présentée ici s'appuie sur des modèles complexes de la théorie des contrats dans le sens où ils ne font pas référence à un modèle bilatérale (un principal, un agent). Ces modèles prennent en compte le fait qu'un contrat peut regrouper plusieurs agents et principaux et chaque principal et agent peut effectuer plusieurs tâches (Holmstrom et Milgrom 1991).

sont fragmentées moins l'acteur dispose d'information. Les formes de concurrence entre les acteurs modifient également les relations d'agence puisque la concurrence tend à révéler les informations sur les prix (Majnoni d'Intignano 1991).

Dans les pays beveridgiens et libéraux, il existe des mécanismes de type marchand à l'intérieur du secteur public. Le Danemark et le Royaume-Uni peuvent servir d'exemple pour comprendre le mécanisme dans les pays beveridgiens et les États-Unis pour le modèle libéral. Au Danemark et au Royaume-Uni les pouvoirs publics ont mis en place de nouvelles formes de régulation fondées sur la concurrence. Cette concurrence se traduit par l'existence de quasi-marchés et de l'institutionnalisation de la fonction d'acheteur de soins détenue par les représentants de l'autorité de tutelle (Perrot et Roodenbeke 2005). Ces systèmes de santé sont également organisés en réseaux de soins et la fonction de *gatekeeper* y est centrale. Dans ce cas de figure la relation contractuelle relève du modèle multi-agents (Mougeot 1994; Laffont et Tirole 1986) puisque la mise en concurrence des centres de soins permet aux acheteurs de soins d'exercer un pouvoir sur les fournisseurs de soins. Les acheteurs et fournisseurs de soins sont donc deux agents face à un principal, le patient. La forme que prend la relation d'agence et l'organisation du système de soins en réseaux sont favorables à la rémunération par capitation qui facilite la pratique de la télé-médecine. Le paiement à la capitation n'a donc pas été instauré dans ces pays spécifiquement pour la pratique de la télé-médecine. Ce mode de rémunération fait partie intégrante de la typologie des systèmes de santé du Danemark et du Royaume-Uni.

Aux États-Unis¹¹, il existe un système de réseaux intégrés de soins les *Health maintenance organization* (HMO). Ces organismes sont mis en concurrence par les assureurs, eux-mêmes en concurrence les uns avec les autres. Par ailleurs, les médecins peuvent toucher un intéressement sur les résultats financiers du HMO. Ici encore le schéma est celui de modèle multi-agents puisque la mise en concurrence des cabinets médicaux par les assurances permet à ces dernières de détenir un pouvoir supplémentaire. Le principal est le patient. Deux modes de rémunération sont présents dans le système de santé américain, le paiement à l'acte et le salariat. Cette dualité est rendue possible car les problèmes de risque moral liés au paiement à l'acte sont restreints du fait de la relation qu'entretiennent médecins et assureurs. Cependant, les asymétries d'information avec le patient ne sont pas réduites avec ces modes de rémunération. Blomqvist (1991) tente de montrer que les assureurs ont tout intérêt à inciter les cabinets médicaux, dont les assurés sont patients, à dispenser un niveau d'utilisation des soins optimal afin de ne pas perdre d'assuré. Aux États-Unis, comme au Royaume-Uni et au Danemark, l'organisation du système de santé et les modes de rémunération qui s'y rattachent n'ont pas nécessité de bouleversement majeur pour intégrer la pratique de la télé-médecine. Ici encore, le mode de rémunération historique est propice à la mise en place de la télé-médecine.

Les pays bismarckiens se voient également concernés par la mise en place de politiques de régulation libérales. C'est pourquoi ils mettent en place des mécanismes concurrentiels au sein du secteur de soins. En effet, la loi de 2007 sur le renforcement de la concurrence de l'Assurance maladie¹² a facilité leur introduction. Cette incitation pousse les assureurs à entrer

¹¹ Medicare et Medicaid sont exclus de notre analyse.

¹² *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung*

en concurrence et leur donne également plus de liberté en leur permettant par exemple de créer des contrats variés (Immergut 2009). Cela étant, il n'existe pas de mécanisme de concurrence directe entre les médecins. Les assureurs n'ont donc pas la possibilité de faire révéler les informations détenues par les médecins via des mécanismes concurrentiels. Il s'agit donc d'un modèle multi-principaux. Alors que les médecins peuvent établir un diagnostic exact sur la pathologie, les patients quant à eux savent qu'ils sont malades mais n'ont pas d'information sur la pathologie. Enfin, les assureurs ne savent même pas si le patient est malade et ne possèdent pas d'autre moyen que l'incitation financière pour réduire les risques d'aléa moral. Le mode de rémunération est donc rétrospectif et le paiement à l'acte est prédominant. Il s'agit d'un paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation. Les caisses d'Assurance maladie versent aux Unions régionales des médecins des enveloppes financières sur le principe de la capitation c'est-à-dire en fonction du nombre de patients traités dans la région. Ensuite, la répartition entre les médecins se fait selon l'activité et donc selon le nombre d'actes. Cependant, la valeur de la consultation peut varier puisque le montant total perçu par le médecin est plafonné par le budget de la région. Malgré un mode de paiement rétrospectif et l'absence d'information des assureurs sur la maladie du patient, les médecins allemands ont donc intérêt à mettre en œuvre des pratiques induisant une baisse des coûts de la consultation. Néanmoins, contrairement aux trois pays cités précédemment, le déploiement de la télémédecine n'est pas généralisé en Allemagne, il n'existe pas de régime de rémunération généralisé (Décision Études & Conseil 2011). Seuls les actes de télésurveillance sont rémunérés. Pour les projets qui sont entrés dans leur phase de routine, des caisses d'Assurance maladie ont défini les modalités de rémunération et négocié, avec les collègues de professionnels de santé et les autres parties prenantes, les tarifs et le financement des services de télémédecine. La rémunération des actes de télémédecine se fait alors par le biais de forfaits. L'organisation du système de santé allemand et le mode de rémunération qui y est associé n'est de ce fait pas intégralement adaptable à la pratique de la télémédecine. Pour que cette dernière se développe, des modifications doivent être apportées, c'est pourquoi l'on constate un déploiement plus lent que dans les trois autres pays cités.

La France est également concernée par la mise en concurrence des acteurs du système de santé (Batifoulier, Domin, et Gadreau 2007; Batifoulier, Eymard-Duvernay, et Favereau 2007). En médecine libérale, les mécanismes marchands se traduisent par la mise en concurrence des assureurs du fait de l'accroissement du financement des soins médicaux par les assurances complémentaires. Cette nouvelle régulation ne met pas directement les médecins en concurrence et le grand nombre d'acteurs présents dans le système de santé français (autorité tutélaire, assurance maladie, assurance complémentaire, médecin, patient) fragmente d'autant plus l'information disponible et multiplie le risque d'aléa moral. Le système de santé français repose ainsi sur un modèle multi-principaux puisque le médecin est l'agent de deux principaux, le patient et l'assurance maladie. Dans chaque relation qu'entretient le médecin avec chacun des principaux, il existe une relation d'agence avec antisélection et aléa moral puisque seul le médecin détient les informations concernant la maladie et les modalités de traitement. De ce fait, le mode de rémunération repose principalement sur le paiement à l'acte, initialement motivé par l'idée que seule une entente directe entre le patient et le médecin garantit un niveau optimal de soins en termes de qualité

et de quantité. Comme pour l'Allemagne, l'organisation du système de santé en France et le mode de rémunération qui y est associé ne favorisent pas le déploiement immédiat de la télémédecine. Néanmoins, l'introduction de modifications permettant le développement de la télémédecine doit être étudiée de manière globale. Cela afin d'avoir une vision exhaustive de l'ensemble des bouleversements que ces changements impliquent, qu'il s'agisse de répercussions directes ou indirectes.

Les modes de rémunération font donc partie d'un système plus large puisqu'ils s'inscrivent dans une typologie particulière de système de santé à laquelle est associée une relation d'agence qui lui est propre. Introduire de nouveaux modes de rémunération revient à modifier l'ensemble des relations au sein d'un système de soins. L'étude de ces typologies met en évidence le fait que la télémédecine se développe plus facilement dans les pays où les relations d'agence sont basées sur un modèle multi-agents et où les rémunérations se font sur la base d'un forfait ou du salariat. Néanmoins, pour affirmer pleinement cette relation, il serait nécessaire d'en étudier la causalité. Nous pouvons toutefois tirer comme enseignement de cette comparaison l'existence de freins au déploiement de la télémédecine, en France, en raison d'une organisation du système de soins qui favorise la rémunération à l'acte.

Il est envisageable de mettre en place de nouveaux modes de rémunération en France afin de pérenniser l'activité de télémédecine. Pour cela il faut prendre en considération l'ensemble des changements que cela provoque sur le système de santé dans sa globalité et les étudier au préalable. Avant d'entreprendre cette réflexion il est possible de s'interroger sur les possibilités d'introduire la rémunération de la télémédecine au sein des nouveaux contrats passés entre les médecins et l'assurance maladie depuis le début des années 2000.

3. L'intégration de la télémédecine au sein de contrats existants ou de nouveaux contrats, entre acceptation individuelle et réticence collective

Depuis l'assemblée constitutive de la Confédération des syndicats médicaux français du 6 décembre 1928, cinq principes de défense de la médecine libérale (libre choix du médecin par le patient, respect du secret professionnel, liberté totale de prescription, paiement à l'acte et libre entente du prix entre le médecin et le patient) contraignent toute évolution majeure du système de santé français (Hassenteufel 1997).

En 1971, dans la crainte de voir le nombre de médecins augmenter excessivement et donc le montant du revenu diminuer, les professionnels de santé acceptent de signer la première convention nationale et l'instauration de tarifs conventionnels fixés par arrêté ministériel (Samson 2009). Les médecins sont de ce fait assurés d'un certain niveau de revenu, ce qui permet d'éviter une concurrence par les prix. Néanmoins le mode de paiement, le paiement à l'acte, est considéré comme le principe fondateur de la médecine libérale en France. C'est pourquoi l'élaboration de nouveaux contrats, basés sur d'autres modes de rémunération, entre l'Assurance maladie et les médecins n'est pas envisagée avant le début des années 2000. Bien que toujours majoritaire dans la rémunération des médecins (plus de 90 % pour l'ensemble des médecins libéraux et plus de 95 % pour les spécialistes (Barlet et al 2011)), le paiement à

l'acte côtoie actuellement de nouveaux modes de rémunération en France. Ces nouveaux contrats pourraient intégrer une part de la rémunération de la télé-médecine. Cela permettrait de rémunérer la pratique sans bouleverser le système de santé (3.1).

Toutefois, l'idée d'une transformation globale du mode de rémunération n'est pas à exclure complètement. Cela permettrait d'introduire sans encombre la pratique de la télé-médecine. Par ailleurs, une part grandissante des médecins semble favorable à ces changements, bien que cela soit en contradiction avec les choix politiques des représentants syndicaux (3.2).

3.1. La télé-médecine a-t-elle une place dans les contrats existants ?

Depuis une dizaine d'années, de nouveaux contrats sont établis entre l'Assurance maladie et les médecins. La majorité des pratiques contractualisées sont rémunérées par la création de forfaits. Ainsi, en 2008, la rémunération au forfait représente 6 % des honoraires des médecins libéraux alors qu'elle n'était que de 1,7 % en 2004 (Barlet et al 2011). Les rémunérations forfaitaires concernent actuellement les actes de télétransmission, les gardes et astreintes, la rémunération du médecin traitant pour les ALD et l'engagement des médecins signataires du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Ce dernier contrat, le CAPI, introduit en 2009 le paiement à la performance en France. C'est à travers ce nouveau contrat qu'il serait envisageable d'introduire la rémunération de la télé-médecine.

En effet, les objectifs de la télé-médecine et du CAPI sont assez similaires. Les finalités de la télé-médecine, à savoir la prise en charge des maladies chroniques, la réduction des inégalités d'accès aux soins, l'amélioration des conditions de soins, la généralisation de la permanence des soins et le maintien à domicile des personnes dépendantes sont toutes ancrées dans des objectifs d'amélioration de la qualité des soins. Le CAPI, quant à lui et plus récemment le protocole de convention signé le 21 juillet 2011 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et quatre syndicats, regroupe trois grands thèmes que sont la prévention, le suivi des maladies chroniques et l'optimisation des prescriptions. La question de la qualité des soins y est également centrale. La pratique de la télé-médecine peut de ce fait s'intégrer de façon transversale dans au moins un des thèmes du CAPI. L'interrogation portant sur le lien entre rémunération à la performance et déploiement de la télé-médecine n'est donc pas anodine. En effet, le rapport Flajolet (2008) propose d'intégrer dans le futur contrat de paiement à la performance, l'ensemble des rémunérations prospectives qui indemnisent la prévention et la permanence des soins. La télé-médecine se trouve alors recensée dans les activités pouvant être éligibles dans le paiement à la performance.

À l'étranger, notamment aux États-Unis et au Royaume-Uni, une partie de la rémunération de la télé-médecine¹³ est incorporée au paiement à la performance. Le paiement à la

¹³ Il convient de préciser que la définition de la télé-médecine n'est pas la même selon les pays. En France il existe une définition précise de cinq actes de télé-médecine, les autres pratiques relevant de la télésanté et de la eSanté. Dans certains pays la définition est moins restrictive ce qui permet en partie d'expliquer l'incorporation de la rémunération des actes de télé-médecine dans le paiement à la performance.

performance, quel que soit le pays considéré, sert à « *promouvoir l'amélioration de la qualité en récompensant les prestataires (médecins, établissements de santé) qui satisfont à des critères de performance au regard de la qualité ou de l'efficience des soins* » (Rostker et al. 2011).

Bien que l'objectif soit commun, le paiement à la performance prend des formes différentes selon les contextes politiques, sociaux et organisationnels de chaque pays (Bras 2011). L'idée, ici, n'est donc pas de chercher si le mode de rémunération de la performance à l'étranger est applicable en France mais de montrer que la télémédecine peut s'intégrer aux activités rémunérées par le paiement à la performance. En effet, le déploiement de la télémédecine est considéré dans certains pays comme un des indicateurs permettant la mesure de la performance dans différents domaines cibles et permet donc d'obtenir des points pour les médecins qui y participent.

Aux États-Unis, il est difficile de présenter de façon exhaustive le paiement à la performance puisque de nombreux programmes ont été développés et résultent d'initiatives d'assureurs privés (Bras et Duhamel 2008). Néanmoins, il est possible de constater que les indicateurs d'efficience se concentrent de manière générale dans les domaines de la qualité, de la satisfaction et de l'utilisation des Nouvelles technologies de l'information et de la communication (Institute of Medicine 2001). C'est de cette dernière façon que la télémédecine est prise en compte dans le paiement à la performance.

Au Royaume-Uni, le *Quality and outcome framework* (QOF) a été mis en place en 2004 et est le fruit d'une négociation entre le *National health service* (NHS) et la *British Medical association* (BMA). Il s'agit d'un contrat qui lie les cabinets de médecine générale avec les organismes locaux du NHS, les *Primary care trust* (PCT). Ce ne sont donc pas les médecins qui sont individuellement liés par contrat avec le NHS mais les cabinets dans leur ensemble (Bras et Duhamel 2008). Cette différence est notable avec la France puisqu'au Royaume-Uni, bien que le dispositif soit basé sur le volontariat, l'ensemble des cabinets médicaux ont adhéré au dispositif alors que seul un tiers des médecins français éligibles au CAPI ont signé le contrat en 2010. La prise en compte d'une partie de la rémunération de la télémédecine est donc plus facile au Royaume-Uni du fait de la couverture étendue du paiement à la performance. Les performances sont mesurées dans cinq domaines : la qualité clinique, l'organisation du cabinet, et la satisfaction du patient, les services additionnels et la performance globale (Da Silva 2012). La particularité du QOF est le grand nombre d'indicateurs pour chaque domaine, ce qui permet d'intégrer de nombreuses pratiques. De plus, le QOF est un dispositif qui est avant tout orienté vers la performance sanitaire et non vers la performance économique. Ainsi, certains indicateurs sont orientés vers l'élargissement des modes de traitement et incitent la pratique de la télémédecine (Bras 2011).

L'intégration de la rémunération de la télémédecine au sein du paiement à la performance est une possibilité. Néanmoins, les expériences étrangères montrent que seulement une partie de l'activité de la télémédecine est rémunérée au sein de ces paiements à la performance. Ce mode de rémunération n'est qu'un complément incitatif à la pratique.

En France, une rémunération partielle est envisageable par ce biais. Une rémunération globale nécessiterait alors une transformation en profondeur du mode de paiement des

médecins. Il s'agit de savoir dans quelles mesures ces modifications sont acceptables pour le corps médical étant donné l'attachement à la rémunération à l'acte.

3.2. Le déploiement de la télémédecine conditionné par des choix politiques en matière de rémunération

Le déploiement de la télémédecine dépend de l'acceptation de nouveaux modes de rémunération de la part des médecins. Il est possible de remarquer à ce sujet que les préférences individuelles diffèrent des choix collectifs. L'analyse de ces deux éléments permet de renseigner l'état actuel du débat à ce sujet. Les réticences collectives vis-à-vis de nouveaux modes de rémunération semblent être un frein majeur au déploiement de la télémédecine. Ainsi, Jacques Lucas, vice-président de l'Ordre national des médecins a déclaré au cours de la journée du Carrefour de la télésanté 2012 « *il a fallu vingt ans pour mettre en place le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), il en faudra certainement tout autant pour le déploiement de la télémédecine* ».

En France, une étude menée en 2011 auprès de 1900 médecins généralistes libéraux montre que les opinions des médecins sont très partagées en ce qui concerne l'introduction de nouveaux modes de rémunération (Barlet et al 2011). La problématique de la télémédecine est récente et aucune étude quantitative ne permet pour le moment de tirer des enseignements généraux sur les opinions des médecins quant à la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunération pour encadrer sa pratique. Les études menées sur le champ de la prévention et de la mise en place de paiement à la performance peuvent cependant donner une première idée de la diversité des opinions. La rémunération est un facteur important pour attirer les médecins vers cette activité nouvelle. De même, toute réforme la concernant est donc délicate d'autant plus que les médecins généralistes libéraux ne représentent par un groupe homogène de professionnels (Béjean, Peyron, et Urbinelli 2007). L'étude (Barlet et al 2011) montre que 40 % des médecins ne sont pas satisfaits du mode de rémunération à l'acte et cette part atteint 46 % pour les médecins de moins de 48 ans. De même, 50 % des médecins accepteraient la mise en place d'une rémunération au forfait et 46 % accepteraient la mise en place d'une activité salariale. Il ressort systématiquement que l'âge du médecin joue sur l'acceptation d'un nouveau mode de rémunération, moins le médecin est âgé plus il est prêt à accepter un changement de mode de paiement. Parmi les médecins favorables à la rémunération forfaitaire, il est également possible de distinguer ceux préférant un forfait basé sur la pathologie (19,4 %), ceux favorables à un forfait basé sur le patient (24,3 %), et enfin ceux souhaitant un forfait basé ni sur la pathologie ni sur le patient (6,3 %).

Néanmoins, dans une vision collective, évoquer un changement de rémunération revient à s'attaquer au fondement de la médecine libérale ce qui entraîne une paralysie du débat et un prétexte au non changement (École des hautes études en santé publique 2008). Il n'existe pas de consensus au sein des syndicats de médecins libéraux et la multiplicité des acteurs lors de la négociation de nouvelles conventions représente un véritable obstacle à l'évolution des modes de rémunération. Le syndicalisme médical est très fragmenté puisque sept

organisations syndicales sont recensées par les Unions régionales des médecins libéraux (URML). Les trois syndicats Fédération des médecins de France (FMF), Syndicat des médecins libéraux (SML) et Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) se montrent opposés à tout changement de mode de rémunération jusqu'en 2007 (Cousança 2007). Depuis, la CSMF s'est montrée favorable à l'instauration d'un statut de médecin collaborateur salarié au sein de cabinet libéral. Le syndicat Espace généraliste (EG) souhaite quant à lui uniquement l'élargissement de la part forfaitaire de la rémunération des médecins traitants à tous les patients et non plus seulement à ceux en Affection de longue durée (ALD). MG France se montre favorable à l'introduction du salariat et à une plus grande part de forfait dans la rémunération des médecins. Le Syndicat des jeunes médecins généralistes (SJMG) se montre tout à fait favorable à la création d'un grand nombre de postes salariés pour faciliter l'implantation des jeunes médecins.

Tous les représentants des médecins ne sont donc pas contre l'introduction de nouveaux modes de rémunération, néanmoins la procédure de signature des accords conventionnels n'en favorise pas la mise en place puisque pour être validé, cet accord nécessite la signature d'au moins un syndicat représentatif. De plus, un syndicat majoritaire aux élections des URML peut s'opposer à un accord conventionnel (Ecole des hautes études en santé publique 2008). L'hétérogénéité des médecins pousse leurs représentants à ne pas prendre des décisions radicales dans la signature des accords conventionnels afin de ne pas perdre une partie de leur électorat. Cette organisation et les raisons politiques qui en découlent paralysent de ce fait l'évolution du débat sur le mode de rémunération.

Au-delà des raisons politiques, le refus d'un changement de rémunération exprimé par les représentants des médecins est en réalité le refus du changement de paradigme de la médecine française (Suarez 2002). En effet, la pérennisation de la télémédecine passe par une réorganisation des soins et des transferts de compétences entre le personnel médical et paramédical. Par ailleurs, le développement de la télémédecine s'inscrit dans une logique globale de *managed care* et de *disease management* qui prône le développement de la pratique de la médecine en réseaux. Accepter la généralisation de la rémunération au forfait ou le salariat revient de ce fait à accepter la mutation du système de santé. Le choix collectif de refuser un changement de mode de rémunération semble en réalité un outil de contrainte permettant de maintenir la primauté du colloque singulier au sein de l'offre de soin ainsi que l'ensemble des libertés de pratiques qui semblent chers aux médecins.

Dans une logique individualiste il n'est donc pas aisé de saisir les raisons du blocage dans le choix du mode de rémunération de la télémédecine. Néanmoins, la comparaison entre les préférences individuelles et les choix collectifs permet de mettre en évidence des logiques à plus grande échelle. De ce fait, le refus du changement de mode de rémunération devient un élément du refus global d'une nouvelle organisation de la pratique de la médecine.

4. Conclusion

La télémédecine apparaît actuellement incontournable pour faire face aux nouvelles problématiques du système de santé français que sont la prise en charge des maladies chroniques, l'amélioration du bien-être du patient, la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé. Toutefois, la pratique de la télémédecine ne pourra pas être pérenne tant qu'elle ne sera pas rémunérée. Les travaux portant sur le sujet ont pour principal objet d'étude les technologies de l'information et leur coût. Il est aisé de remarquer que d'un point de vue technologique tout est prêt pour le lancement à grande échelle de la télémédecine. Le blocage de ce développement réside donc dans la rémunération de l'activité. La littérature grise a fait différentes propositions à ce sujet et un mode de rémunération hybride mêlant rémunération à l'acte et rémunération forfaitaire est plébiscité dans ces travaux. Cela étant, ces études se sont appuyées sur des expériences étrangères réussies de déploiement de la télémédecine. Or, dans ces pays (Danemark, Royaume-Uni, Etats-Unis) le système de santé est complètement différent de celui de la France, seules des adaptations mineures du système de santé ont été nécessaires pour généraliser l'activité de télémédecine.

En France, un arbitrage doit donc se faire entre des modifications marginales du système de santé avec l'intégration de la télémédecine dans des modes de rémunérations existant ou des modifications de la structure en profondeur avec une transformation radicale du système de rémunération. Dans le premier cas, il s'agirait de rémunérer la télémédecine par le biais de contrats existants, tels que le CAPI. Dès lors, le développement de la télémédecine en sera limité puisqu'une partie seulement de la pratique pourrait être incorporée au paiement à la performance. Il s'agirait davantage d'un complément de rémunération que d'un mode de paiement à part entière. Dans le second cas, il s'agit de développer les modes de paiement aujourd'hui marginaux dans la rémunération de la pratique de la médecine libérale. Le paiement à l'acte représente plus de 90 % du montant total de la rémunération des médecins et n'est pas compatible avec le développement de la télémédecine. Cela étant, il est nécessaire de prendre en considération le fait qu'un changement en profondeur du mode de rémunération des médecins revient à une transformation irréversible de l'organisation du système de santé en France. Transformation à laquelle les représentants des médecins ne sont pas encore prêts. L'hétérogénéité des préférences des médecins concernant leur mode de rémunération ne permet pas à leurs représentants de faire des choix radicaux en ce sens, les sanctions électorales qui en découlent pouvant leur être fatales.

Les solutions pour le déploiement de la télémédecine sont donc connues, la modification du mode de rémunération des médecins libéraux en est le point central. Au-delà des raisons politiques qui poussent les représentants des médecins à une grande prudence vis-à-vis des déclarations sur l'évolution de la rémunération, une forte dépendance au sentier semble également ralentir la mise en place de la télémédecine. La rémunération n'est que la partie visible du blocage. L'intégralité du système de santé français doit être adaptée afin de pouvoir prétendre à une pratique efficiente de la télémédecine.

Bibliographie

- Allaert F.-A., Quantin C. 2009. « Responsabilités et modes de rémunération des actes de téléexpertise ». *Gestions Hospitalières, la revue des décideurs hospitaliers*, n.488.
- ANAP. 2012a. *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 1 : les grands enseignements.*
- . 2012b. *La télémédecine en action. 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 2 : monographies.*
- Arrow, K. J. 1963. « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care ». *The American Economic Review*. vol.53, n.5.
- Barlet M., et al. 2011. « Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? » *Revue française des affaires sociales*. n.2-3, pp. 123-155.
- Bashshur R. 1995. « Telemedicine effects: Cost, quality, and access ». *Journal of Medical Systems*. vol.19, n.2, pp. 81-91.
- Bashshur R., Shannon G. 2009. *History of Telemedicine Evolution, Context, and Transformation*. Mary Ann Liebert, Inc. publishers.
- Batifoulier P., Domin J.-P., Gadreau M. 2007. « La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand ». *Economie appliquée*. vol.60, n.1, pp. 101-126.
- Batifoulier P., Eymard-Duvernay F., Favereau O. 2007. « État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions ». *Economie appliquée* vol.60, n.1, pp. 203-229.
- Béjean S., Peyron C, Urbinelli R. 2007. « Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs ». *The European Journal of Health Economics* vol.8 n.3 pp. 225-236.
- Blomqvist A. 1991. « The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care ». *Journal of Health Economics*. vol.10 n.4, pp. 411-432.
- Bras P.-L., Duhamel G. 2008. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*. Rapport public. Inspection générale des affaires sociales.
- Bras, P.-L. 2011. « Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise ». *Journal d'économie médicale*. vol.29, n.5, pp. 216-230.
- Cousança. 2007. *État des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération*. Thèse pour le doctorat en médecine, Université Rennes 1.
- Décision Études & Conseil. 2011. *Étude sur la Télésanté & la Télémédecine en Europe*.
- DGOS, et ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. 2011a. *Le recensement des activités de télémédecine*.
- . 2011b. *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*.
- École des hautes études en santé publique. 2008. *De nouveaux modes de rémunération pour une médecine de ville plus qualitative ?*
- Les journées Eurasanté. 2012. *Télémédecine : État des lieux, Perspectives et opportunités*. Compte-rendu de conférence du jeudi 09 février 2012.
- Flajolet. 2008. *Peut-on réduire les disparités de santé ?* Rapport public. ministère des Affaires Sociales et de la Santé.
- HAS. 2011. *Effizienz de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*.
- Hassenteufel P. 1997. *Les médecins face à l'État: une comparaison européenne*. Presses de Sciences Po.
- Hazebroucq. 2003. *Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française*.

- Holmstrom B., Milgrom P. 1991. « Multitask Principal-Agent Analyses : Incentive Contracts, Asset Ownership and Job Design » *Journal of Law Economics and Organization*. vol.7, pp. 24-51.
- Hubert E. 2010. *Rapport Hubert sur la médecine de proximité*.
- Immergut E. 2009. « Le système de santé allemand: impasse ou révolution?. *Carnet de Santé de la France 2009*. Dunod, Mutualité Française. pp. 135-154
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century - Institute of Medicine*.
- Laffont J.-J., Tirole J. 1986. « Using Cost Information to Regulate Firms ». *Journal of Political Economy*. vol.94, n.3, Part 1, pp. 614-641.
- Lasbordes P. 2009. *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France*. Rapport public.
- Letourmy A. 2000. « Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble ». *Sociologie du travail*. vol.42, n.1, pp. 13-30.
- Majnoni d'Intignano B. 1991. « Incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé ». *Revue de l'OFCE* . vol.2, n.36, pp. 117-139.
- Mougeot M. 1994. *Systèmes de santé et concurrence*. Economica.
- Ordre national des médecins. 2009. *Télémédecine Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins*.
- Perrot J., Roodenbeke E. 2005. *La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*. KARTHALA Editions.
- Rochaix L. 1997. « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats ». *Économie & Prévision*. vol.129, n.3. pp. 11-24.
- Rostker B., et al. 2011. « RAND Review ». Product Page.
- Samson A.-L. 2009. «Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?». *Regards Croisés sur l'Économie (« Au chevet de la Santé »)*. n.5. pp. 144-158.
- Da Silva N. 2012. « Motivation et performance des médecins : un examen de la littérature empirique ». *Travail, organisations et politiques publiques : quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation ?*. Presses universitaires de Louvain. pp. 571-587
- Simon P., Acker D. 2008. *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*. ministère de la Santé et des Sport.
- Suarez C. 2002. « La télémédecine : quelle légitimité d'une innovation radicale pour les professionnels de santé ? » *Revue de l'IRES*. vol.39, n.2.
- Thierry. 1993. *La Télémédecine : enjeux médicaux et industriels*. ministères de l'Industrie, des postes et des télécommunications, du commerce.