

Lettre ouverte à ceux qui nous gouvernent

## **Télémédecine et déserts médicaux, plus qu'une solution d'avenir : une révolution.**

*L'ambition, pour le Maire, n'est pas de visser la plaque d'un médecin sur la porte d'un local municipal, mais de poser la première pierre de l'hôpital virtuel de demain.*

*La désertification médicale est une opportunité de faire évoluer notre modèle de soins pour tendre vers une équité d'accès.*

*La télémédecine, la vraie, maîtrisée, en est le catalyseur.*

### **La fin du parcours**

Imaginons ce qui passe par la tête du médecin qui quitte son poste et le gros bourg rural après quarante ans de bons et loyaux services, depuis son installation en 1977.

*« S'il m'était donné de remonter le temps et de retrouver aujourd'hui en 2017 les 28 ans qui étaient les miens lors de mon installation, est-ce qu'aujourd'hui je m'installerais ici ?*

*Dois-je avouer que ma réponse serait probablement : non.*

*J'ai eu une vie sociale et professionnelles agréables et je ne regrette rien. Mais tant de choses ont changé !*

*- Le bourg s'est dépeuplé, les artisans et les petites entreprises ont fermé, la plus importante a été délocalisée, la population s'est étiolée.  
- Mes conditions d'exercice ont changé elles aussi : les contraintes réglementaires se sont alourdies, mes revenus ont baissé notablement en termes de pouvoir d'achat, l'accès à mes collègues spécialistes, libéraux ou hospitaliers s'est considérablement compliqué et les délais se sont allongés au-delà du raisonnable, le poste d'attaché hospitalier qui me permettait de m'évader une demi-journée par semaine, de rester au contact des nouveautés et de maintenir les liens humains avec mes anciens collègues n'existe plus.*

*- Dans le même temps, la médecine a changé, elle aussi : le recours à des examens complémentaires s'impose de façon quasi systématique et je ne suis même plus autorisé à prélever du sang pour le compte du laboratoire ou de faire une scopie du thorax. Et je n'ai eu ni le temps ni les moyens de me mettre à l'échographie. Pour une suture de petite plaie accidentelle, la maman me demande de l'aider à aller aux urgences. Plus un seul accouchement n'est concevable à domicile, d'ailleurs je n'assure plus le suivi des femmes enceintes.*

*- Le patient a changé lui aussi. Il est plus exigeant, sait ou croit tout savoir à travers ses lectures sur le web, il veut une rapidité de service et le « one stop shopping » avec batterie de tests et avis immédiat du spécialiste, ce que je ne puis lui offrir.*

*Pour toutes ces raisons, j'hésiterais à refaire la même carrière en démarrant aujourd'hui. Au fond, c'est la raison profonde pour laquelle je ne me suis pas trouvé de successeur, ce que le Maire et la population me reprochent à mots couverts ».*

## Un problème plus général

La ruralité n'a pas le monopole de la désertification médicale. Elle touche tout autant les citadins qui se pressent dans les pharmacies pour se faire indiquer une adresse, après le départ en retraite de leur propre médecin traitant, non remplacé.

En clair, le problème est celui d'une difficulté générale d'accès aux soins. SOS médecins, l'appel au « 15 » n'évitent pas toujours les délais, les attentes et, dans un nombre non négligeable de cas, *in fine* le passage aux urgences hospitalières. Ce qui explique leur engorgement injustifié, pas toujours innocent. Et ce qui pose problème au niveau des soins primaires prend des proportions invraisemblables avec les spécialistes. Tous sont « surbookés » avec des délais de plusieurs semaines à plusieurs mois... Inacceptable.

Les pouvoirs publics et les cercles de décisions, CESE, Mutualité s'emparent de ce sujet chaud ; une véritable tarte à la crème. Les Maires s'épanchent dans les gazettes et les magazines d'information. Les publicités mensongères pleuvent. Les élus posent des questions sans réponses à l'Assemblée Nationale. Tous s'émeuvent de la situation à proportion du mécontentement et de l'agitation que suscite cet état de fait. On voue le *numerus clausus* aux gémonies, oubliant au passage qu'il n'y a jamais eu autant de médecins en activité, plein temps ou partielle.

***Le problème n'est pas quantitatif, il est qualitatif.***

Notre retraits ne l'a pas exprimé formellement, mais on le perçoit en filigrane de sa réflexion :

- La génération actuelle prend ses distances vis-à-vis des exigences d'une médecine générale « solo », « d'un autre âge » notamment en milieu rural ou dans un environnement urbain difficile.
- L'environnement professionnel d'une médecine plus technique, d'une discipline parcellisée et d'une clientèle impatiente rend l'exercice plus compliqué.
- Le patient ne peut certes apprécier sa propre situation de façon objective, mais il est devenu adulte. Il compte ses dépenses caloriques sur l'iPhone. Le discours de prévention comportementale commence à passer. Mais il reste crédule en présence d'annonces sensationnelles, (robot, génome, organes artificiels, nouvelles molécules) et met le médecin de terrain en difficulté dans son quotidien.

La télémédecine présentée comme une mesurette, un simple adjuvant, en queue de liste du catalogue des propositions, est un ingrédient essentiel dans sa forme la plus consistante, la

seule qui vaille, que nos élites confondent, aussi naïfs que les patients, avec les leurres du brouhaha marketing.

Oui, le monde a changé, la médecine - conservatrice souvent, fétichiste parfois - renâcle à suivre. Dans leurs conclusions, les dirigeants méconnaissent ou sous-estiment ces paramètres majeurs avec les solutions classiques qu'ils proposent.

## **Ces solutions conventionnelles, quelles sont-elles ?**

- **Le Maire du village mise sur la séduction**

En première ligne face à ses administrés qui grondent, le Maire cherche par tous moyens l'oiseau rare n'hésitant pas, pour l'attirer, à rafraîchir les locaux rachetés au départ du médecin ou à monter une maison médicale qu'occupent pour l'heure différentes catégories de professionnels de santé non médecins. Avec une croix verte qui clignote, non loin. Il rajoute au pot des avantages matériels sans que, pour autant, les candidats se bousculent au portillon. Certains élus vont jusqu'à passer des annonces ou sollicitent des cabinets de recrutement qui pistent d'éventuelles compétences en France et hors de France, en Afrique, en Europe de l'Est ou du Sud.

Parfois le Maire réussit et un jeune médecin s'installe. Bravo. La greffe peut prendre mais, le plus souvent, le nouveau venu peine à s'insérer dans le tissu local de l'offre de soins. Il est seul et le reste. Les réseaux d'infirmiers libéraux se sont organisés avant lui et sans lui. Ses collègues de voisinage dissimulent leur enthousiasme à l'accueillir dans leur communauté et l'accès à l'hôpital lui est *de facto* interdit par des praticiens occupés à assurer une disponibilité de tous les instants avec une pénurie de moyens. En conséquence, près d'une fois sur deux, soutenu moralement par son conjoint, le médecin importé renonce après quelques mois, plongeant la petite commune dans un profond marasme que ne console pas l'ouverture d'une « maison médicale » à dix kilomètres, inaugurée en grandes pompes.

- **Le Ministère propose un catalogue de mesures**

Sans attendre les conclusions des innombrables réflexions en cours, les pouvoirs publics annoncent une série de mesures. Dans la foulée de la récente communication du Premier Ministre et de la Ministre de la santé, on en recense pas moins de 26. Sous les formes les plus diverses, privilégiant globalement la carotte au bâton.

Passent à la trappe les dispositions coercitives un temps envisagées, au premier rang desquelles l'obligation d'installation selon un schéma administré au niveau national ou régional. Inopérant, irréaliste, irréalisable. Le tirage au sort n'a, fort heureusement, jamais été proposé.

L'accent est placé sur une série de mesures incitatives : financières, dispositions fiscales, avantages en espèce ou en nature. Nombre d'entre elles, du registre de l'incantation, resteront dans les cartons. Les plus intéressantes, quoiqu'elliptiques, sont celles qui favorisent une coopération intergénérationnelle et un rapprochement (réel) ville/ruralité avec l'hôpital. Ça peut fonctionner.

Suit le couplet classique sur les « Maisons médicales » qu'il faut analyser sans concession. Si l'objectif assigné se limite à adosser des cabinets individuels les uns aux autres en mutualisant l'hôtesse d'accueil, la salle d'attente, le parking et l'électricité, mieux vaut laisser les praticiens là où ils sont en les réunissant « fonctionnellement ». Toute concentration physique de ressources comptées a pour conséquence mathématique d'aggraver la sensation de désertification et de majorer les déplacements sans contrepartie.

Si, à l'inverse, ces maisons médicales proposent une offre « élargie » plus technique et plus complète avec biologie, radio-échographie de base, endoscopies et petite chirurgie, le pari est gagné. Le médecin et l'infirmier, plus intimement liés, enrichiront leurs pratiques respectives. Le patient - qui n'est pas stupide - appréciera, percevant immédiatement que ce service plus complet légitime des distances forcément plus importantes qu'il acceptera sans regimber. A cette seule condition.

Et ... avec l'adoption de la télémédecine, on verra que la maison médicale prend une nouvelle dimension !

### **Car la lumière viendra de la télémédecine**

La télémédecine c'est la pratique de la médecine à distance. A toute distance.

Cette révolution, rendue possible par les techniques actuelles de communication et d'accès à l'information, a pour effet de permettre au professionnel de santé de s'affranchir de la distance. Mais aussi de compacter le temps. Deux authentiques révolutions qui font gagner du temps médecin et du temps patient. De l'efficacité d'un côté, de la satisfaction, de l'autre.

**Une médecine plus performante à outils thérapeutiques constants. Par la téléconsultation, une consultation médicale pleine et entière.**

- **La télémédecine, ce qu'elle n'est pas ...**

**On ne parle pas ici de « téléconseil » abusivement appelé « téléconsultation »** et qui consiste en un entretien par téléphone vers un médecin contacté via une plateforme *ad hoc*. Utile ? surement, pour rassurer la maman sur l'état de santé de son enfant ou pour exercer une fonction de triage en invitant à une hospitalisation nécessaire. Définitif ? certainement pas. La délivrance d'une ordonnance au terme d'une simple conversation téléphonique est une hérésie.

**La distinction téléconseil versus téléconsultation doit être établie formellement.** On l'attendrait des instances ordinales habituellement promptes à relever ce genre d'ambiguïtés, exploitées sans vergogne par des annonceurs mutualistes peu scrupuleux qui jouent les bonimenteurs sur les ondes et à la télévision.

Autre forfaiture, les kiosques et autres cabines. Le patient est censé, juché sur un trône, relever lui-même ses paramètres physiologiques (faussés par l'émotion) puis positionner sur et dans son corps des capteurs dont il ne connaît rien. Cela relève de la faute contre l'esprit. Et on ne parle pas des questions d'hygiène. *Exit.*

- **La télémédecine, ce qu'elle est ...**

**Une téléconsultation se doit de reprendre, l'ensemble des étapes pertinentes de toute consultation médicale,** notamment la phase **conversationnelle** (accueillir, écouter, questionner, observer) puis, autant que de besoin, les **quatre étapes de l'examen physique** (inspection, palpation, percussion, auscultation). Palpation et percussion seront efficacement supplées par l'échographie, nativement intégrée au dispositif. La (télé)consultation sera - comme il se doit - complétée des indispensables étapes de prescription, de documentation, d'archivage selon des procédures rigoureuses garantissant sécurité maximale et confidentialité absolue.

**Le DMP, brocardé, délaissé, s'avère un allié fort utile.** Notamment pour transmettre à toute pharmacie une ordonnance sécurisée. Et pour tenir informés sans délai les professionnels de santé partenaires, dont le médecin traitant,

lorsqu'il existe, évidemment. Question de professionnalisme, de déontologie et de respect du patient.

Toutes tâches auxquelles le soignant non médecin - infirmier le plus souvent - accompagnant le patient lors de la téléconsultation contribuera, déchargeant d'autant le médecin.

- **ce qu'elle permet de réaliser.**

La téléconsultation est une révolution dans l'accès aux soins et dans l'échange d'informations entre professionnels de santé.

Qu'on en juge :

- 1) L'expérience prouve que les médecins téléconsultants établissent avec leurs patients une phase conversationnelle de toute première qualité, dense, profonde, sans déficit d'informations, ce que démontre par exemple l'efficacité de la télépsychiatrie. Madame la Ministre l'a relevé dans un entretien récent commentant les annonces gouvernementales.
- 2) Les médecins disposent, pour la phase d'examen physique, d'outils numériques souvent supérieurs aux appareils qu'ils utilisaient préalablement dans leur cabinet, à telle enseigne qu'ils les adoptent pour leur propre usage. Les performances d'un (télé)examen clinique sont surprenantes. Pour un « ventre douloureux » par exemple, une affection ORL, un suivi de grossesse, etc., la télémédecine apporte la réponse, en toute sécurité.
- 3) Ils découvrent la pratique de l'échographie qui se doit de faire partie de l'arsenal diagnostique de tout médecin généraliste en 2017 et qui enrichit leur pratique et économise de nombreux transferts. Une formation adaptée, validante, est proposée.
- 4) Dépassant ce que l'on est en mesure de faire dans la « vraie vie », **les médecins généralistes peuvent mettre en contact leur patient avec un spécialiste en « direct », sans délais ni déplacements, au cours de leur propre consultation.** Quand on y réfléchit, on prend la mesure de ce progrès indéniable. Une révolution, quand on connaît les affres du schéma classique.
- 5) Autre révolution, l'infirmière libérale peut appeler le médecin à partir du domicile du patient chez lequel elle se trouve. Elle établit une téléconsultation (y compris en l'absence de connexion internet, 4G et même 3G suffisent). Si l'on y réfléchit, cela **permet au médecin**

**de faire une visite à domicile sans déplacement, ni pour lui qui reste à son cabinet, ni pour le patient.**

- 6) La « **co-consultation** » entre le médecin et le téléassistant, aux côtés du patient, qui prépare et conclut la consultation en dehors du médecin **fait gagner à ce dernier un temps précieux**. C'est l'émergence de la fonction de « *physician assistant* » qui accompagnera à terme tout médecin libéral, comme elle existe dans tous les pays nordiques et anglo-saxons.

## Dans la pratique

- **Il n'y a pas de médecin sur place, la stratégie municipale n'a pas encore fonctionné.**

Tout en continuant à chercher, on agit. Sans attendre.

Un local est aménagé sur le schéma d'un cabinet médical conventionnel : salle d'attente et bureau de consultation. Ce dernier comprend un fauteuil inclinable confortable permettant de réaliser un examen échographique ou un ECG. On dispose bien entendu des appareils de prise de paramètres physiologiques comme dans tout cabinet : tension artérielle, pouls par oxymétrie, thermomètre et spiromètre. Electroniques ou non, connectés ou non. On y ajoutera une toise et une balance, connectée ou non. Ils seront utilisés par l'assistant de téléconsultation, avant la mise en relation avec le médecin.

L'élément essentiel du dispositif est le chariot de consultation. Il s'entend complet, sans compromis, comportant un outil d'examen optique pour chaque fonction, un échographe ou un écho-doppler intégrés, un stéthoscope à double régime de fréquence, un électrocardiographe, une caméra mobile télécommandable et un dispositif de vidéoconférence fonctionnant sur tout support de la salle de staff au *smartphone* Android ou iOS en passant par les PC et les tablettes. L'ensemble doit être cohérent, intégré pour permettre une coopération fluide, quasiment intuitive. Les saisies sont simplifiées au maximum, l'accès au dossier médical est automatique.

Ce module de téléconsultation sera placé, selon les circonstances, entre les mains d'infirmiers, d'aides-soignants, de pharmaciens ou de préparateurs. Tous, assistants et médecins, auront été formés ensemble à sa manipulation lors de simulations / jeux de rôle. C'est eux qui accueilleront le patient, obtiendront son consentement, relèveront dans le calme les paramètres physiologiques et prépareront l'entrée en scène du médecin qui communiquera avec un patient en

confiance. Il est temps que l'assurance maladie rémunère correctement sa prestation, effaçant un loupé magistral du législateur.

Vous en doutez ? Essayez-vous à la (vraie) téléconsultation. Vous serez convaincu.

Les consultations télémédecine du médecin traitant avec les patients en EHPAD sont dès à présent prises en charge dans le cadre de la Convention Médicale. Pour les téléconsultations avec des médecins spécialistes, l'acte médical peut être honoré dans le cadre de conventions établies entre une structure sanitaire et l'ARS, sur des crédits d'expérimentation. Le service rendu pour un coût modique est tel que les ARS sont ouvertes à ce type de partenariat. La téléconsultation entrera dans le régime de droit commun en 2018 selon des modalités à mettre en place.

Il est possible d'aller un cran plus loin, en permettant au « télémédecin » de s'ouvrir à des spécialistes. En direct, comme cela a été indiqué plus haut. Comprenons bien ce que cela représente : le patient est dans une vallée vosgienne. Le premier médecin généraliste disponible, ce matin là, est à Saint-Dizier et le cardiologue dont il souhaite obtenir l'avis est à Strasbourg. Et la double consultation simultanée de déroule sans anicroches. En toute sérénité. Cette procédure hypersophistiquée, que la « vraie vie » est incapable de proposer, part de ce village « abandonné », baptisé désert ! Gommant les délais insupportables et les déplacements exténuants. Avec un accès immédiat au spécialiste, plus facile que pour les habitants de la grande ville voisine.

***C'est ça la téléconsultation.***

- **Le Maire a réussi à attirer un praticien.**

Un jeune médecin s'est enfin installé. Il faut maintenant l'aider à se « fixer » pour vaincre le « signe indien » de l'échec annoncé et du départ après six mois.

Notons d'abord que le matériel de téléconsultation n'a pas été un obstacle au recrutement, bien au contraire. Passée la première surprise, le médecin a compris que ce dispositif était son allié, à plusieurs titres :

- 1) Il le place, lui médecin, en prise directe avec le réseau infirmier local qui faisait (et continuera à faire) fonctionner le dispositif.



- 2) Il a maintenu active une zone de chalandise avec des mouvements de patients qui connaissent encore le chemin qui mène au cabinet. Il ne part pas de zéro.
- 3) Il lui donne de l'oxygène en lui permettant de s'évader quelques demi-journées pour raisons personnelles ou professionnelles. En son absence, l'offre médicale sera maintenue par les infirmiers « de permanence » en mode de téléconsultation. Les « télémédecins », partenaires d'un jour, le tiendront instantanément et complètement informé de leur prestation, ce qui maintiendra la continuité des soins. Par réciprocité, notre médecin - à son tour - fournira la même prestation pour ses collègues lorsqu'eux-mêmes seront absents de leur poste. En douceur, un lien social s'établit.
- 4) Après ces échanges professionnels aseptisés, par DMP interposé, le plus intéressant reste à venir. Facebook® ou LinkedIn® entrent en action et notre médecin ne se sent plus seul. C'est même comme cela qu'il a « recruté » une dermatologue à l'autre bout de la France avec qui il établit une session de travail le premier lundi de chaque mois ! Pour lui, ce type de contacts n'a pas de prix. Il lui permet de compenser les inévitables obstacles d'insertion « locale », en se créant des liens professionnels sans limitation de distance. Il reste même en relation avec son copain d'étude, néphrologue universitaire à Bucarest pour le conseiller - gracieusement - sur le dossier du patient greffé rénal qui est venu le voir.
- 5) Ça y est, il a réussi à établir le contact avec un interniste de l'hôpital local voisin et un hématologue du CHU à la faveur d'une « RCP » (réunion de concertation pluri-disciplinaire) pour un patient qu'il suit depuis quelques semaines et qui avait souhaité sa participation. Et comme les hospitaliers ont découvert que ce petit médecin roumain était sympa, futé, plein de bon sens, ils l'ont « adopté » et se sont rencontrés à l'occasion d'un EPU (enseignement post-universitaire) organisé par le Professeur du CHU!

Roman à l'eau de rose ? Que ceux que ce scénario laisse dubitatifs se préparent. La (vraie) téléconsultation, celle qui est complète et qui reste humaine aux deux extrémités de la chaîne est en passe de gagner la totalité de la population médicale. A des degrés divers, tous les praticiens - eux, vous compris - l'intégreront dans leur pratique, mêlée à leur exercice classique en mode présentiel. Dans les cinq ans. J'en prends le pari.

## Conclusion

**C'est avec cette vision conquérante qu'il faut appréhender la question des déserts médicaux.** En milieu rural comme au centre de la cité. L'exercice médical classique a vécu. Ce n'est en rien une critique contre les professionnels de santé. Ils trouveront dans leurs nouvelles fonctions un intérêt accru et renouvelé à l'exercice de leur mission.

Passer d'une époque à une autre n'est pas simple et génère de l'angoisse. L'antidote est d'élever le niveau de ses ambitions et de reconquérir la multidisciplinarité du « médecin généraliste » d'antan, lui qui s'est retrouvé confiné à un *minimum minimorum* technique, interdit d'empiéter sur le terrain de certains spécialistes. Son exclusion (ridicule) du champ de la pratique échographique en est la démonstration.

C'est dans ce paysage soudainement élargi, avec un horizon repoussé à l'infini que les pouvoirs publics pourront mettre efficacement en œuvre leurs mesures d'accompagnement incitatives.

La Maison Médicale, où travaille à temps partiel, un jour par semaine, le médecin voisin qui exerce en solo, est devenue un mini-hôpital offrant l'accès à toutes les spécialités. D'aucuns parleront de télé-expertise. Soit, c'est la même chose, cela reste de la médecine.

Oui, on peut enfin parler de **maison médicale 2.0 ou 3.0 ou 4.0**. Comme vous voulez. Si cela vous intéresse, je décris un scénario « plausible » au cœur de mon Auvergne familiale, sous « Au pied du Puy Mary », dans un ouvrage :

« **Télémédecine : la vraie médecine de proximité** »

Jacques Cinqualbre  
Editions du Signe, 2017