



Madeleine CAVET

Formée à l'Université Pierre et Marie Curie, ancienne interne et cheffe de clinique des hôpitaux de Paris, le docteur Madeleine Cavet est médecin et directrice médicale du groupe CTM^[1] (Compagnie de télémédecine).

« L'outil numérique doit se mettre au service des soignants »

Pouvez-vous partager, sur le plan professionnel, une anecdote, un fait qui vous a marquée pendant la crise ?

Je me souviens de l'accélération majeure dans la semaine autour du 13 mars, au tout début du confinement. Grâce au numérique et aux outils de suivi mis en place début mars, nous avons eu une visibilité nationale sur les données d'activité dans nos filières de télémédecine en temps réel. On a donc vu le nombre des cas de Covid-19 augmenter à l'Est d'un facteur 2, 5, 10, 20, puis démarrer de façon différée mais exponentielle en Île-de-France, et grimper parallèlement partout sur le territoire. À titre personnel, je n'en dormais plus ; j'étais fascinée par ces courbes.

L'essence de notre métier, c'est d'être en adaptation permanente aux besoins médicaux – mais on ne l'avait jamais fait à cette vitesse-là.

Quelle a été votre expérience pratique de la crise sur le plan professionnel ?

Je dois d'abord expliquer ce qu'est une filière coordonnée de télémédecine, à ne pas confondre avec les outils de téléconsultation. Une filière coordonnée de télémédecine, c'est ce qui permet la prise en charge d'un patient qui se trouve dans un hôpital par un médecin à distance dans la spécialité pertinente. Cela est rendu possible dans plus de 120 hôpitaux de toutes tailles sur le territoire, avec plusieurs centaines de médecins qui exercent ainsi à distance, dans plusieurs spécialités, depuis leur cabinet ou leur domicile.

Sur le plan médico organisationnel, il a été possible d'anticiper la réorganisation de l'ensemble de notre activité extrêmement rapidement grâce à la visibilité sur le Grand-Est : circuits distincts Covid/non-Covid sur des machines dédiées, traçabilité des mesures d'isolement, protocoles d'acquisition d'imagerie particuliers, recherche de complications spécifiques, grille de lecture commune pour les examens, refonte quotidienne des plannings pour coller aux fluctuations d'activité... Pour cela, nous avons compilé les nouvelles pratiques des hôpitaux en première ligne, les recommandations des médecins spécialistes de la communauté, puis celles des sociétés savantes, et établi la cartographie des risques spécifiques au Covid-19.

Les éléments de cette analyse médico-organisationnelle ont pu être intégrés au système d'information et automatisés : chaque action est rendue disponible en un clic pour tous les hôpitaux et les médecins utilisateurs de la solution. D'où l'importance de l'aller-retour entre le médico-organisationnel et la technique !

Si on prend l'exemple du compte rendu structuré de la Société d'Imagerie Thoracique, sa mise à disposition des radiologues qui prenaient en charge un patient pour une suspicion de Covid-19, a permis qu'il soit utilisé près de 9000 fois depuis le début de la crise. Ce compte-rendu constitue de la donnée claire et structurée, qui facilite le travail des médecins demandeurs, la recherche ultérieure, et contribue à former les médecins en continu, puisqu'il décrit très précisément quels sont les signes positifs indiquant une probable infection par le Covid-19, ainsi que la façon de la quantifier, et les signes négatifs qui mènent à un diagnostic différentiel. Enfin, la visibilité transversale sur l'activité nous permet aussi de participer à des projets de suivi épidémiologiques nationaux comme le projet Covid SFR ou la base FIDAC.

Le numérique, par sa force de frappe remarquable, est l'outil qui permet tout cela. Mais il n'a de la valeur que parce qu'il est enrichi de tout ce travail d'intégration médico-organisationnelle : sans une écoute préalable des besoins des référents de l'imagerie médicale région par région et des recommandations des sociétés savantes, la télémédecine aurait été un simple moyen sans valeur ajoutée.

Quels dysfonctionnements – ou au contraire, quels bons fonctionnements – ont été révélés par la crise ?

Les filières coordonnées de télémédecine à l'hôpital ont démontré leur robustesse, elles ont continué à fonctionner en s'adaptant aux besoins et avec des volumes d'activité conséquents. On a même assisté à un élargissement des usages aux praticiens confinés chez eux qui pouvaient prendre en charge une part d'activité de leur propre hôpital à distance.

En téléconsultation hospitalière sur des filières spécifiques, comme en radiologie, nous avons continué à travailler avec une adaptation très fine. En parallèle, certains pans de l'activité de la télémédecine se sont complètement arrêtés, comme les activités de dépistage en télé-ophtalmologie.

Nous regrettons que les filières de la télémédecine n'aient pas pu être adaptées pour maintenir un meilleur niveau d'accès aux soins hors Covid-19, ce qui aurait pu nous permettre de mieux anticiper d'éventuels rebonds de crise.

Qu'est-ce qui vous a le plus manqué pour accomplir vos missions pendant la crise ?

Les missions de coordination et d'animation de télémédecine ont été maintenues. Nous avons eu les informations et l'accompagnement réglementaire nécessaires, donc nous n'avons pas vraiment manqué de quoi que ce soit.

En revanche, nous n'avons pas réussi à développer des nouvelles filières de télémédecine dans le secteur public pendant la crise. Le secteur public n'a pas eu le temps de développer d'autres modes d'organisation car il a été pris de vitesse par la crise et avait en priorité à gérer la réanimation massive et subite d'un grand nombre de patients – alors que la médecine de ville a les moyens d'être plus agile et d'évoluer rapidement dans sa pratique.

Quels sont les enjeux saillants pour demain dans la santé numérique et la télémédecine, tels que révélés ou amplifiés par la crise ?

Le principal enjeu est la disparité d'adaptation des usages du numérique entre la ville d'un côté, et l'hôpital et le médico-social de l'autre.

Traditionnellement, la médecine de ville était plus réticente vis-à-vis de la télémédecine. Avec la crise, les usages de téléconsultation ont explosé, grâce à la levée d'un certain nombre de barrières encadrant la télémédecine. Il y a d'ailleurs eu certainement trop de souplesse : les solutions recommandées sur le site de l'Assurance maladie sont des solutions commerciales grand public, ni françaises ni dédiées à la santé. Elles n'apportent donc pas toutes les garanties (RGPD[2], HDS[3]) requises des outils du

numérique en santé en France – même si elles permettaient de répondre de façon pragmatique à un besoin urgent.

Nous constatons deux réalités, deux standards :

- celui des filières coordonnées de télémédecine dans le secteur public, qui est d'une très grande rigueur dans ses pratiques mais aussi d'une certaine lenteur, et qui nécessite un financement du médico-organisationnel ;
- celui du libéral, qui, dans une dérégulation totale suite à la crise Covid-19, a montré une grande capacité d'adaptation mais aussi un risque de dégradation des pratiques.

Face à cette disparité, quelles seraient les réformes à conduire, les changements à opérer sans délais ?

Il faut faire converger les avantages comparatifs du secteur public et du privé. Du côté du privé, il faut vraiment réfléchir aux outils du numérique comme des moyens de l'amélioration des pratiques professionnelles. Par exemple, la téléconsultation doit être qualifiée médicalement : il faut définir en amont des critères d'éligibilité, ou de conversion en présentiel. Il faut des cartographies des risques, une gestion des incidents, un suivi des projets avec des évaluations des pratiques, une formation continue des utilisateurs...

Côté public, c'est l'inverse : il s'agit de lever un certain nombre de lourdeurs infinies dans l'écosystème du sanitaire et du médico-social. De plus, les dispositifs numériques doivent se mettre au service des soignants, et non représenter une contrainte pour eux, comme c'est souvent le cas dans les hôpitaux aujourd'hui.

Pour faire converger ces forces privé-public, il faut pouvoir identifier, valoriser et financer l'innovation médico-organisationnelle. De nombreuses enveloppes d'équipements pour des projets de télémédecine se résument en fait à des objets connectés ou à un chariot de télémédecine qui traînent dans le couloir d'un EHPAD. Nombreux sont les projets de télémédecine menés à grand frais qui périclitent, faute de suivi permettant d'adapter le projet à des besoins en mutation, ou parce que le porteur de projet finit par abandonner.

Tout cela, c'est du gaspillage d'argent public. Il faut financer le médico-organisationnel spécifiquement. On commence à voir une ébauche de logique du financement des fonctions de coordination, avec les CPTS[4] et les DAC[5], mais le maillage est encore beaucoup trop fin. Si je devais militer pour une chose, ce serait donc pour des réelles enveloppes budgétaires pour faire vivre ces filières coordonnées à tous les niveaux : en ville, en transversalité ville-hôpital, au niveau des ARS[6], et même au niveau national.

Propos recueillis par Julie Jolivet le 8 juin 2020.

[1] Le groupe CTM fournit aux hôpitaux, aux médecins, aux CPTS et aux régions des solutions médico-organisationnelles et numériques pour la coordination et l'accès aux soins.

[2] Règlement général sur la protection des données.

[3] Hébergement des données de santé.

[4] Communautés professionnelles territoriales de santé.

[5] Dispositifs d'appui à la coordination.

[6] Agences régionales de santé.