

Octobre 2021

E-BOOK

Les déserts médicaux, avenir de la e-santé ?



Medaviz
Solution de télémédecine

Préambule

Stéphanie Hervier, Directrice générale de Medaviz

“



Stéphanie Hervier,
Directrice générale de
Medaviz

Selon une étude de l'AMRF, 148 cantons étaient dépourvus de médecins en 2017 contre 91 en 2010, et les habitants du rural consomment 20 % de soins hospitaliers en moins que ceux des villes (à âge et sexe égal). Les déserts médicaux sont plus que jamais au cœur des débats sur l'égalité de l'accès aux soins.

Medaviz est situé à Vannes dans le Morbihan. Notre position géographique crée de facto une sensibilité aux déserts médicaux. Au-delà du Morbihan, plus globalement en Bretagne, on ne compte plus les villages avec des banderoles à l'entrée annonçant leur recherche de médecins.

Ce sujet de l'accès aux soins, ou de comment permettre l'accès aux soins avec le digital, est l'une des raisons d'être de Medaviz. Notre société est autant fondée sur le T de la technologie que sur le T de la territorialité.

La fin du *numerus clausus*, le recours aux technologies de l'information et de la communication, le déploiement de structures de coordination telles que les CPTS et les SAS (Service d'Accès aux Soins), doivent rebattre les cartes de notre système de soins. La technologie doit rapprocher le patient des soins et être au service de la territorialité des soins, fragilisée par les zones sous denses.

Alors que la santé est une priorité pour 81 % des Français, quel rôle peut jouer la télémédecine dans l'accès aux soins sur les territoires ? ”

”

Sommaire

Préambule	p. 3
Stéphanie Hervier, Directrice générale de Medaviz	
Edito	p. 4
Denise Silber, fondatrice de Basil Strategies consultants et co-fondatrice de VRforHealth	
Les intervenants	p. 5
Les territoires face à une crise nationale	p. 6
Dominique Dhumeaux, 1er Vice-président de l'Association des Maires Ruraux de France	
Faciliter l'accès aux soins par le numérique est l'affaire de tous	p. 8
Guillaume de Durat, Président de l'Association Université des Déserts Médicaux et Numériques	
Les déserts médicaux, une chance pour changer nos modes de fonctionnement	p. 10
Dr Sylvaine Le Liboux, Médecin généraliste, Secrétaire générale Les généralistes-CSMF	
6 questions aux experts de la e-santé	p. 12
Pour conclure	p. 15
Stéphanie Hervier, Directrice générale de Medaviz	
À propos de Medaviz	p. 16

Les déserts médicaux : de quoi parlons-nous ?

Une trop faible densité de ressources médicales y compris en Ile de France

Habitant des communes de 600 habitants pour Fercé sur Sarthe, 897 pour Auzon, et 2351 pour Valençay, nos trois experts invités, Dominique Dhumeaux, Guillaume de Durat, et le Dr Sylvaine Le Liboux, vivent en direct dans des zones géographiques où la densité en professionnels et en établissements de soins, rapportée à la population, est plus faible que dans le reste de la France. Ces zones peu denses en population représentent environ 18% de la population de la France et 63% de son territoire. A cela s'ajoute le fait que les déserts ne sont pas limités au milieu rural. Selon l'Union régionale des professionnels de santé, l'Ile-de-France est à la fois la région la plus densément peuplée du pays, et « le premier désert médical en France métropolitaine ». Entre mi-2017 et fin 2019, la région parisienne a perdu 479 médecins libéraux qui n'ont pas été remplacés en 2020. D'autre part, 30% des médecins généralistes en région parisienne ont plus de 65 ans.

Un problème ne vient jamais seul : zones blanches et illectronisme

Deux défis s'ajoutent à la problématique des déserts médicaux. Les zones blanches se caractérisent par un accès à l'internet insuffisant, voire instable. Même si nous avons lu que « près de 80% des infrastructures de réseau mobile en France avaient basculé en 4G fin 2020 », les déserts numériques persistent selon leurs propres résidents. Dans le même temps, l'illectronisme, c'est-à-dire l'inhabileté à utiliser les

moyens numériques, touche 12 à 13 millions de personnes, pour des raisons de manque d'éducation, de ressources, d'incapacité générale, voire une difficulté due à l'âge. Ces facteurs, nous le savons, sont corrélés seuls et ensemble à une espérance de vie inférieure.

Les déserts médicaux et numériques appellent plusieurs formes de solution

Comme nous venons de le voir, il sera nécessaire de trouver des solutions adaptées aux différents profils de la population. Elles concerneront l'organisation et la rémunération du temps médical ainsi que la mise en place du numérique et de moyens d'accompagnement des usagers. De nouveaux modes d'exercice plus collaboratifs arrivent à point nommé. Les CPTS peuvent faciliter la recherche de praticiens disponibles, les assistants médicaux peuvent venir en support des cabinets, la téléconsultation assistée par un professionnel de santé local peut suppléer au manque de médecins généralistes, la télé-expertise rapproche les spécialistes.

L'e-santé, un outil de lien

L'e-santé peut participer à l'optimisation de l'usage du temps des professionnels et aussi au renforcement du lien entre le patient et le professionnel, à condition que ce premier soit accompagné, en cas de besoin. La mise en place de l'Identifiant National et l'ouverture de Mon Espace Numérique en Santé font partie de la fondation de cette nouvelle étape qui nous attend.

Les intervenants

**Denise Silber, Dominique Dhumeaux, Guillaume de Durat,
Dr Sylvaine Le Liboux**



Denise Silber, fondatrice de **Basil Strategies** consultants et co-fondatrice de VRforHealth, est une pionnière et experte de la e-santé. Dans le top 10 des influenceurs sur les réseaux sociaux en France et internationalement, elle est conseillère en communication, animatrice, speaker et auteure. Diplômée du MBA de Harvard, Denise Silber est Vice-présidente du Harvard Club en France.

Dominique Dhumeaux est 1er Vice-Président de l'**Association des Maires Ruraux de France** (AMRF), en charge de la commission santé. L'Association des maires ruraux de France (AMRF) fédère près de 10 000 maires ruraux et porte la voix des communes ancrées sur les territoires ruraux pour défendre leurs enjeux spécifiques.



Guillaume de Durat est consultant en affaires publiques en santé. Par sa spécialité et son attachement provincial, il est concerné par les territoires, l'accès aux soins et la problématique des déserts médicaux. Il est le fondateur de l'**Université des Déserts Médicaux et Numériques** et co-président du groupe de travail Fracture numérique aux côtés du Conseil du numérique en santé.

Dr Sylvaine Le Liboux est installée en tant que médecin généraliste libérale à Valençay (région Centre-Val de Loire) depuis 1994. Elle est également Secrétaire générale **Les généralistes-CSMF**. Très attachée à son territoire berrichon, désert médical s'il en est, elle est également Vice-présidente de l'Inter CPTS 36, Présidente de la CPTS du Boischaud Nord et co-porteuse du projet SAS 36, pour essayer de trouver des solutions.



Les territoires face à une crise nationale



Dominique Dhumeaux,

1er Vice-Président de l'Association des Maires Ruraux de France (AMRF), en charge de la commission santé.



“La Sarthe, comme d’autres départements ruraux, subit les difficultés de l’accès aux soins depuis de nombreuses années. Nous constatons, comme la Nièvre, l’Indre, l’Eure-et-Loir ou d’autres départements très touchés tels que les départements d’outre-mer ou la Guyane, que nous sommes face à de vraies tensions.”

Un seul service d'urgence pour les 550 000 habitants du département

En Sarthe, 10 à 12 % de la population n’a pas d’autre solution que les urgences aujourd’hui. Le territoire attire peu les médecins, et ces services se retrouvent donc très souvent à accueillir les patients sans médecin. Les urgentistes - élément clé pour que les citoyens se sentent rassurés et accompagnés - commencent cependant à manquer également de manière prégnante dans les départements touchés par la désertification médicale.

Ainsi, dans ce département de 550 000 habitants, seul un service d’urgences situé au Mans fonctionne vraiment. Les autres parviennent tout juste à ouvrir leur accueil et à recevoir des patients une à deux journées par semaine. Cela crée des tensions car cela réduit d’autant l’espérance de vie dans certaines pathologies, dans des accidents de la circulation ou les cas d’arrêts cardiaques.

Les médecins généralistes absents, les médecins urgentistes en tension, tout cela met à mal l’organisation des secours. Les ambulanciers privés, les sapeurs-pompiers et le SMUR peuvent mettre jusqu’à 2h30 pour faire l’aller-retour aux urgences avec leurs

véhicules, alors qu'ils ne mettaient qu'une demi-heure à 1 heure lorsque les hôpitaux périphériques assuraient les urgences.

Nous faisons d'ailleurs face à une baisse du nombre de sapeurs-pompiers volontaires, parce qu'ils quittent leur emploi non plus pour 1h mais pour 2 à 3h, et parce que leur épouse ou leur mari doivent faire des choix pour éviter de mettre à mal l'équilibre familial.

Cette situation s'aggrave de mois en mois. Le nombre de patients sans médecin traitant s'accroît. Des départements que l'on imaginait encore préservés il y a quelque temps, sont touchés par cette situation, comme le littoral Atlantique avec des communes touristiques qui voient leur médecin partir en retraite et non remplacé. Dans un an ou deux ans maximum, les territoires qui n'auront pas de tension dans l'accès aux soins seront très rares, en métropole et dans les DOM-TOM.

Gagner du temps médical

Nous savons que cette situation ne va pas s'arranger dans les prochaines années. Nous savons aussi que le temps médical se réduit. Lorsque les jeunes s'installent, ils veulent désormais bénéficier d'un meilleur équilibre personnel et nous ferions de même à leur place. Il y a pourtant un vieillissement de la population et un nombre d'habitants de plus en plus important à soigner.

Il va nous falloir trouver des pistes et des solutions, pour faire en sorte de limiter la crise. Nous savons qu'elle arrivera : aujourd'hui, 4 médecins partent en retraite pour 2 médecins qui arrivent, et sur ces 4 médecins, la plupart exerçaient 60 heures par semaine, alors que les 2 qui arrivent en feront une quarantaine, ce qui est déjà beaucoup. Mathématiquement cela ne fonctionnera pas. Il y aura certainement la possibilité d'ouvrir la porte en amont de la consultation, aux infirmiers, aux kinésithérapeutes et aux pharmaciens, pour réaliser des actes qui libèrent un peu de temps médical aux médecins généralistes.

Il y a le numérique, mais nous voyons aussi que cet outil est fragile. Il ne faut pas oublier qu'en milieu rural, la moitié de la fibre est desservie sur des poteaux en bois qui tombent au moindre coup de vent. Faciliter la santé par le tout numérique peut aussi être risqué.

Faciliter l'accès aux soins par le numérique est l'affaire de tous



Guillaume de Durat,

Président de l'Université des Déserts Médicaux et Numériques



“Nous sommes convaincus, au sein des Universités des Déserts Médicaux et Numériques, que le numérique peut apporter des solutions et il ne faut absolument pas s'en priver, en rappelant bien que c'est un moyen, pas une fin en soi. Cela ne remplacera pas le médecin, mais cela peut réduire les distances dans les déserts médicaux.”

Attirer les praticiens dans les déserts médicaux

Selon certains ressentis locaux, les médias nationaux sont parfois responsables du fait d'avoir ostracisé les territoires. La crise sanitaire a cependant bousculé les choses, alors que, comme le rappelait Jean Castex lorsqu'il a ouvert le congrès de l'AMRF (Association des Maires Ruraux de France), 86 % des Français plébiscitent les zones rurales.

Ceci étant dit, pourquoi s'installer dans les territoires ? L'incitation financière est presque une réponse facile, qui évite de réfléchir à une organisation, à un cadre de vie, un projet familial avec une école, à tout ce qui fait l'attractivité d'un département. Certains médecins disent qu'ils veulent aussi avoir une vie sociale. C'est pourquoi, il ne faut pas que cela devienne une punition d'aller dans un endroit dit sous-dense ou reculé. Nous ne sommes donc pas favorables à ce que nous appelons la coercition. Dire à quelqu'un : “Vous avez fait 7 à 9 ans d'études et vous allez en faire 2 dans un territoire sous doté”, je ne pense pas que cela soit une bonne chose. Cela ne va pas contribuer à l'épanouissement des professionnels de santé.

Il faut aussi penser aux praticiens débordés dans ces zones sous-dense (le terme de désert médical gêne), comme cette orthophoniste qui a 3 ans d'attente dans le Lot-et-Garonne. Quand vos enfants ont des problèmes d'élocution ou de bégaiement, comment voulez-vous gérer cette situation ?

Couverture numérique nationale et illectronisme, les enjeux de la e-santé

Au sein des Universités des Déserts Médicaux et Numériques, nous constatons que les déserts médicaux correspondent aux zones où le numérique est également absent ou faible. La fibre est souvent évoquée, mais dans certains endroits, la 3G ne fonctionne même pas !

J'ai moi-même dû migrer vers une ville où la connexion est suffisante, parce qu'il y avait moins de 1,5 Mo dans mon secteur. Il subsiste encore beaucoup de zones non couvertes et nous attendons de l'Arcep (Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse) de réguler cela avec plus de vigilance. Cette problématique de réseau a même été épinglée par une commission du Sénat fin septembre.

Tant qu'il n'y aura pas de couverture numérique correcte à l'échelle nationale, il ne sera pas possible de faire de la e-santé, de la télésurveillance, de l'hospitalisation à domicile, etc.

Est-ce que la e-santé va apporter une accélération à l'accès aux soins ? Nous l'aimerions beaucoup, évidemment, mais elle ne peut fonctionner qu'avec l'interopérabilité, avec le succès de Mon Espace Santé mis en place par Dominique Pon en 2022 (Direction du Numérique en Santé pilotée par Laura Létourneau), avec des applications correctement développées. Je suis absolument pour l'usage de la e-santé. Il faut cependant que les médecins l'adoptent, donc qu'ils soient formés et que les logiciels métiers soient améliorés, plus ergonomiques sans doute.

Il existe aussi la question de l'illectronisme pour les patients, à laquelle nous sommes très vigilants au sein du groupe auquel je participe au Ministère des Solidarités et de la santé. En effet, si nous avons tous accès à une application de santé aujourd'hui, combien de Français pourraient réellement l'utiliser ?

Plus que de financer seulement, parfois à fonds perdus, il serait judicieux de tenir une grande concertation pour définir les solutions qui rendront plus attractives ces zones que l'on appelle des Déserts Médicaux – et qui refont l'actualité en ce moment.

Les déserts médicaux, une chance pour changer nos modes de fonctionnement



Dr Sylvaine Le Liboux,

Médecin généraliste et Secrétaire générale
Les généralistes-CSMF.



“Je suis installée à Valençay depuis 26 ans et mon exercice actuel est complètement différent de mon exercice d’alors. Je n’étais pas du tout dans un désert médical, même si je n’aime pas ce terme, je préfère “un territoire où l’on se bat”. Il y a 26 ans, nous étions 5 médecins et nous ne sommes plus que 2 aujourd’hui. On pourrait penser que mon exercice est plus difficile maintenant. Ce n’est pas le cas, car j’ai complètement changé mon organisation en intégrant une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé).”

La CPTS pour gagner du temps médical

Je suis présidente de la CPTS du , l’un de ces dispositifs nés il y a très peu de temps dans le cadre de la loi santé 2016. Elles ont été conçues pour optimiser l’organisation des professionnels de santé libéraux dans les territoires.

Dans la région Centre-Val de Loire qui est une région très déficitaire, et l’Indre un département encore plus déficitaire, nous avons pensé que c’était une solution pour améliorer nos conditions d’exercice. Je précise que les CPTS ont 4 tailles différentes. La mienne est numéro 1, soit la plus petite taille, et nous sommes une centaine de professionnels de santé libéraux : médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, sage-femmes, pour 31 000 habitants environ.

L’une des missions socles des CPTS est d’améliorer l’accès aux soins, et l’un des premiers exemples est d’inciter les médecins à employer des assistants médicaux. Je milite pour cela, car depuis 2 ans j’ai une assistante médicale et cela a complètement changé mon mode de fonctionnement.

Elle gère le secrétariat, les bons de transport, les arrêts de travail, accompagne les personnes âgées à se déshabiller, prend leur tension, assure les pesées, etc. Je peux donc me concentrer sur mon acte médical et cela me permet mécaniquement de voir 15 à 20 % de patients en plus, sans faire beaucoup d'efforts.

Dans ma CPTS, nous sommes déjà 3 médecins à en avoir recruté. Je pense qu'il faut absolument développer cela, en s'appuyant sur l'aide proposée par l'Assurance Maladie.

Plusieurs solutions existent pour lutter contre les déserts médicaux

La télémédecine est un autre axe à court terme. Je pense qu'il faut plutôt parler de e-santé entre professionnels : par exemple, les téléconsultations assistées, lorsqu'une infirmière ou un professionnel de santé accompagne un patient à domicile ou en EHPAD. Nous sommes dans notre bureau, devant notre ordinateur et nous pouvons préparer une réponse, une ordonnance, un conseil. Nous gagnons énormément de temps, parce que nous évitons de nombreuses visites à domicile.

Il y a aussi toute la coordination entre les professionnels de santé, qui nous permet de gagner du temps. Nous avons mis tout cela en place dans ma CPTS, pour améliorer nos conditions d'exercice.

Le troisième axe, à moyen terme, c'est évidemment de recevoir les internes et les externes. Le département de l'Indre présente la plus grande proportion de généralistes recevant les internes en cabinet. Ils s'aperçoivent que la médecine générale actuelle n'est plus du tout la médecine générale d'il y a 25 ou 30 ans. Nous travaillons moins, il y a des systèmes de garde et des astreintes. Dans ma CPTS, j'ai organisé des plages horaires de soins non programmés. Tous les jours de la semaine entre 17h et 20h, il y a un médecin d'astreinte, ce qui permet aux autres médecins de finir plus tôt s'ils le souhaitent. Les internes sont très intéressés par ce mode d'organisation, qui est à développer.

À long terme il y a le cabinet 2030, ce combat de mon syndicat la CSMF. À l'avenir, le médecin doit être centré sur son expertise médicale, travailler avec des secrétaires, des assistants médicaux, des infirmiers de pratique avancée, pour voir plus de patients. En moyenne, un médecin a 850 patients en France, dans mon département c'est 2000. En Allemagne c'est 3000, justement parce qu'il travaillent déjà avec des assistants, des secrétaires et des infirmières. Je pense que c'est l'avenir.

La pénurie médicale, on la subit. Elle fait suite à des choix politiques pris il y a 25 ans pour réduire les coûts. Nous devons nous adapter. C'est ce que nous faisons en tant que professionnels de santé libéraux dans des territoires comme le mien et j'espère que nous réussirons. Pour preuve, quelques internes se sont déjà installés dans le département.

6 questions aux experts

Dominique Dhumeaux, Guillaume de Durat, Dr Sylvaine Le Liboux

1. Comment avez-vous appréhendé les CPTS au sein de votre désert médical ? Avez-vous été formée pour ce dispositif et existe-t-il une relation entre la création d'une CPTS et l'attraction de nouveaux médecins ?



Dr Sylvaine Le Liboux : "Dans ma région Centre-Val de Loire, l'Union régionale des professionnels de santé libéraux a tout de suite compris que les CPTS pouvaient avoir un impact important et a financé des postes de coordinateurs, qui nous ont aidés à monter ces projets. C'est pour cela que la région est maillée de CPTS : parce que nous avons été aidés. Pour exemple, ma coordinatrice

est une jeune femme de 30 ans qui a un bac + 5 en santé. Elle a pu préparer le projet de santé, que l'on doit signer avec les Agences Régionales de Santé. C'est un document de 50 pages, que nous n'avons pas le temps de rédiger, pourtant il fallait remettre ce projet de santé pour avoir les financements.

Quant à la question de l'attractivité, il faut se rappeler que les CPTS datent de 2 à 3 ans. L'incitation financière à l'installation dans les zones sous-dotées existe et pourtant ne fonctionne pas si bien que cela. Ce qui fonctionne, c'est le compagnonnage. Si un médecin se sent bien dans un territoire, avec des confrères et des collègues qui l'aident et une organisation, il va plus facilement s'installer."

2. Quel serait, selon vous, le portrait robot idéal d'une entreprise de télémédecine ?



Dominique Dhumeaux : "L'entreprise idéale serait celle qui mettrait l'humain au cœur de son système, qui vendrait un outil rempli d'humanité. Toutes les démarches lors desquelles les professionnels de santé ne sont pas intégrés dans le parcours du patient sont à risques.

Aujourd'hui, beaucoup d'actes de la vie courante sont déshumanisés et dématérialisés. La tension avec les actes du quotidien via la tech ne doit pas être reproduite avec la santé et nous savons que la télémédecine ne règlera pas la crise, elle l'atténuera. Il le faudra, car parmi les 550 000 habitants de la Sarthe, 100 000 n'ont plus de médecin traitant. Dans mon secteur, le ratio est de 1 médecin traitant pour 30 000 habitants."

3 ● Quid des Maisons de santé ?



Guillaume de Durat : “Dans mon territoire, comme dans beaucoup d’endroits, il y a des Maisons de santé vides. On a construit les murs avant de demander aux professionnels de santé ce qu’il leur fallait. Cela a aussi été un problème pour les élus locaux, qui pensaient bien faire en construisant ces pôles.

Certaines associations essaient d’aider en matière d’attractivité, notamment dans mon secteur, pour faire en sorte qu’un professionnel de santé qui s’installe ne reparte pas ailleurs. Des expériences ont démontré que certaines personnes touchent leur prime puis déménagent au bout de 2 ans. L’idée est toujours de faire venir des jeunes, qui vont s’apercevoir pendant leurs études que le secteur n’est pas désagréable, qu’il ne correspond pas forcément à ce qu’ils ont pu entendre à la faculté de Paris, Lyon ou Bordeaux. Ils peuvent aussi être confrontés à des problèmes de logement personnel, en plus du cabinet médical. Il n’y a pas de solution miracle.”

4 ● Voyez-vous les mesures prises dans le PLFSS, notamment pour la télésurveillance, comme des solutions ou des points de vigilance ?



Dr Sylvaine Le Liboux : “Tout ce qui peut permettre la coordination entre le médecin et les paramédicaux va améliorer l’accès aux soins. Il ne faut simplement pas que ce soit une délégation sauvage. Il faut que ce soit un travail effectué en coordination entre tous les professionnels de santé.

Chacun doit être à sa place, le médecin doit garder le diagnostic et sa responsabilité, mais nous devons travailler en coordination, c’est une certitude. Je dis oui à la télésurveillance avec les médecins.”

5 ● Est-ce que la mise en place de dispositifs comme les bornes de télémédecine, en lien avec les élus locaux, peut être une solution ?



Dominique Dhumeaux : “Ce sont des pistes et il ne faut pas se priver de tout moyen qui permettrait de solutionner la question du patient sans médecin. Un chariot de téléconsultation dans les mains des infirmières - qui sont plus nombreuses en milieu rural - peut permettre un renouvellement d’ordonnance ou le suivi d’une maladie chronique, dans un parcours médical complet suivi par un médecin.”

6 ● Est-ce que les déserts médicaux sont l’avenir de la e-santé ?

Guillaume de Durat : “Je le comprends ainsi : est-ce que cela doit booster la e-santé ? Si tel est le cas, j’ai l’impression que la e-santé va surtout aider les gens hyper-connectés dans un premier temps. Il faudra que nous soyons tous connectés. Ensuite, il faudra travailler ensemble l’interopérabilité, ce qui est le souhait de la Direction du Numérique en Santé. Aujourd’hui, si je télécharge une application ou un logiciel pour faire de la télémédecine avec un médecin, je télécharge un document, puis je réponds par un autre canal sécurisé et je peux encore échanger par mail. On doit faire beaucoup plus simple et beaucoup mieux.”



Pour conclure

Stéphanie Hervier, Directrice générale de Medaviz



“ Le numérique n'est pas une fin,
c'est un moyen.

Le véritable sujet est celui du temps médical, de l'organisation, de la coordination médicale entre les professionnels de santé. La téléconsultation assistée en est un parfait exemple : accompagner le patient, c'est humaniser l'acte, rassurer le patient et ses proches, tout en fluidifiant l'échange avec le médecin.

Nous défendons également la notion de territorialité, qui est essentielle pour nous, puisque le numérique doit toujours être un pont vers la médecine physique.

Un médecin du territoire peut ainsi proposer une téléconsultation à un patient du même territoire, parce qu'il sera en mesure de l'orienter si nécessaire vers une structure de soins à proximité de son domicile.

Le numérique n'est certes pas la solution à tout. Il permet cependant d'abolir des distances et facilite la coordination des soins, bien qu'il reste encore beaucoup à construire.

À propos de Medaviz

Acteur majeur de la télémédecine en France depuis 2014, Medaviz conçoit **des solutions dédiées aux acteurs de la santé**, afin de **faciliter l'accès aux soins pour tous**.

Régulation des soins non programmés, **téléexpertise, télésoin, téléconsultation, adressage** ou encore **interfaçage**, l'équipe Medaviz s'engage pour le développement de l'e-santé.

Fort de 6 années d'expérience et de **400 000** actes de téléconsultation réalisés en 2020, Medaviz est également **reconnu pour la sécurité et la simplicité d'utilisation de ses services**.

Actuellement, **9 000** médecins, **180** établissements, **60** entreprises et **70** Communautés Professionnelles Territoriales de Santé nous font confiance.

Ils partagent notre vision d'une **télémédecine respectant la saine logique des cercles concentriques de notre système de santé**, qui place le patient au cœur d'un dispositif lui apportant une réponse médicale adaptée au plus proche de son lieu de vie.



9 000 Médecins
utilisateurs

180 Établissements

60 Entreprises
partenaires

70 Communauté Professionnelle
Territoriale de Santé



Medaviz

Solution de télémédecine



Titre ebook - date

Medaviz, Le Prisme, Place Albert Einstein, CP9 – CS 72008, 56038 Vannes Cedex | contact@medaviz.com | 02 57 62 08 06 | PODALIRE (SAS au capital de 83 800€)
R.C.S. Vannes 807 414 024. TVA N° FR 85 807 414 024 00016. Code APE 6130Z