Canadian Journal of Rural Medicine | Journal canadien de la médecine rurale

Winter 1998 Contents • Hiver 1998 Table des matières

# Telemedicine: myth or reality?

John Wootton, MD, CM, CCFP, FCFP
Shawville, Que.

Can J Rural Med vol 3 (1):5

---

A group of recent graduates gather around a table in Sioux Lookout while a technician readies the equipment to send an x-ray of a child to a distant hospital. A group of keen but inexperienced GPs have scratched their heads for several days over the child's diagnosis. The heart seems big. There are several unidentifiable prominences, which look nothing like anything found in the medical texts.

More than 1600 km away, as the x-ray's image forms on the monitor, Dr. Barney Reilly, at Toronto's Hospital for Sick Children chats to the docs in that distant room about the weather, about pickerel, about the quality of the phone line. Ah, the wonders of telemedicine in 1997!

Wrong! Switch those digits around! The year is actually 1979, and telemedicine conferences similar to the one described have already been happening in Sioux Lookout for several years.

Fast forward to 1997. This time to a room in Rouyn-Noranda, where this rural doc has come from afar to observe a telemedicine conference on breast cancer. The base hospital is Montreal's Hôtel-Dieu, and the equipment at each site cost more than $100 000. The cameras beam real-time images to their respective monitors. The problem is that the presenter has forgotten to show up, no local docs are in the room to participate, and none of the other remote sites that usually hook up even bother to connect.

Judging by these 2 vignettes we may not have come as far as we think in almost 30 years.

Make no mistake, I am a fan of telemedicine. It causes me no end of misery to see it continually fail to live up to its promise. This is particularly tragic for rural medicine where the prima facie case would seem to have been made for its usefulness. How often have you agonized over a "c-spine" that seemed all right, but you weren't sure? How often did you forgo a fetal assessment because your radiologist didn't see fit to visit your community that week? Information is good. It

won't keep you awake at night nearly as effectively as the lack of it will. So where's the roadblock?

As is pointed out by Manson, reflecting on the Australian experience in this issue's "literature of rural medicine" (see page 39), the adoption of telemedicine may outstrip the ability of the legislative and administrative frameworks to keep pace.1

Using a Canadian example: Is a radiologist in Montreal who interprets an x-ray sent from rural Newfoundland practising medicine in Quebec or Newfoundland? Is a licence needed? In which province? Who pays him?

Rural doctors must become involved in this debate and not leave it in the hands of the "regulators." We must define the questions that we want telemedicine to answer and describe the structures required to make it happen. Perhaps if the process is driven by real rural needs rather than theoretical benefits we will advance more quickly. The alternative is endless cycles of pilot projects and promises, and precious little to show for it.

Reference

1. Manson N. Telemedicine and the New Children's Hospital (Royal Alexandra Hospital for Children). J Telemed Telecare 1997;3 Suppl 1:46-8.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada

Canadian Journal of Rural Medicine | Journal canadien de la médecine rurale

Winter 1998 Contents • Hiver 1998 Table des matières

# La télémédecine : mythe ou réalité?

John Wootton, MD, CM, CCMF, FCMF
Shawville (Québec)

Can J Rural Med vol 3 (1):6

---

Un groupe de nouveaux diplômés se réunissent autour d'une table à Sioux Lookout pendant qu'un technicien prépare le matériel nécessaire pour transmettre une radiographie d'un enfant à un hôpital éloigné. Des omnipatriciens enthousiastes mais sans expérience se sont consultés pendant des jours pour essayer de diagnostiquer le problème de l'enfant. Il semble avoir le cœur hypertrophié. Il y a plusieurs proéminences impossibles à identifier qui ne ressemblent à rien de ce qu'on trouve dans les manuels médicaux.

À plus de 1600 kilomètres, pendant que la radiographie prend forme à l'écran, le Dr Barney Reilly, de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto, bavarde avec les médecins réunis dans la pièce au loin et leur parle de la température, du doré, de la qualité de la ligne téléphonique. Vive les merveilles de la télémédecine en 1997!

Erreur! Intervertissez les deux derniers chiffres! Nous sommes en fait en 1979 et il y a déjà plusieurs années que des conférences de télémédecine comme celle que je viens de décrire se déroulent à Sioux Lookout.

Retour rapide à 1997. Passons cette fois à Rouyn-Noranda, où un médecin rural est venu de loin participer à une conférence de télémédecine sur le cancer du sein. L'hôpital de base est l'Hôtel-Dieu de Montréal et le matériel à chaque endroit coûte plus de 100 000 $. Les caméras transmettent des images en temps réel vers le moniteur de chaque participant. Il y a toutefois un problème : le présentateur a oublié de se présenter, il n'y a aucun médecin local pour participer et aucun des autres sites éloignés qui se branchent habituellement ne se donne même la peine de le faire.

Si l'on en juge par ces deux vignettes, les progrès réalisés en presque 30 ans ne sont peut-être pas aussi importants que nous le pensons. Il ne faut pas vous tromper : je suis partisan de la télémédecine. Je me désole sans fin de voir constamment qu'elle n'est pas à la hauteur de ses

promesses. C'est particulièrement tragique pour la médecine rurale, domaine qui semblerait à première vue en démontrer l'utilité. Combien de fois vous êtes vous interrogé au sujet d'une «déviation de la colonne» qui semblait correcte, mais au sujet de laquelle vous aviez des doutes? Combien de fois avez-vous laissez tombé un examen fœtal parce que votre radiologiste n'a pas jugé bon de se rendre dans votre localité au cours de la semaine en question? L'information, c'est bon. Elle ne vous fera pas perdre le sommeil autant que le manque d'information. Où est donc le problème?

Comme le signale Manson au sujet de l'expérience de l'Australie dans la chronique «litérature scientifique» de ce numéro (voir page 39), l'adoption de la télémédecine peut déborder la capacité des infrastructures législatives et administratives d'en suivre le rythme1.

Utilisons un exemple canadien : un radiologiste de Montréal qui interprète une radiographie qu'il a reçue d'une région rurale de Terre-Neuve pratique-t-il au Québec ou à Terre-Neuve? Le radiologiste a-t-il besoin d'un permis? Dans quelle province? Qui le paye?

Les médecins ruraux doivent participer au débat et ne pas s'en remettre aux «organismes de réglementation». Nous devons définir les questions auxquelles nous voulons que la télémédecine réponde et décrire les structures nécessaires à cette fin. Si le processus est dicté par les besoins ruraux réels plutôt que par les avantages théoriques, les progrès seront plus rapides. Sinon, c'est le cycle interminable des projets-pilotes, des promesses et des résultats plutôt maigres.

Référence

1. Manson N. Telemedicine and the New Children's Hospital (Royal Alexandra Hospital for Children). J Telemed Telecare 1997;3 Suppl 1:46-8.

© 1998 Société de la médecine rurale du Canada