



**Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie**



ANNÉE 2020

**THÈSE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 08 octobre 2020 à Toulouse
par **Monsieur Hugo BONCOEUR**

**Téléconsultation en santé au travail :
Intérêts et ressentis des médecins du travail des 3 services
interentreprises de Vienne et de Charente.**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Membres :
Madame le Professeur Isabelle BALDI
Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT
Madame le Docteur Camille CARLES
Madame le Docteur Yolande ESQUIROL
Madame le Docteur Catherine VERDUN-ESQUER
Monsieur le Docteur Fabrice HERIN

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (absente jusqu'au début mars 2020)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOCHA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUQUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC, Service de Santé au Travail du CHU de Limoges, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Merci de votre disponibilité, du soutien que vous apportez aux internes de Poitiers et d'avoir accepté de diriger ma thèse parmi toutes les missions qui vous incombent. Vous avez à jamais changé mon regard sur la joie qu'apporte les tableurs Excel.

A Madame le Professeur Isabelle BALDI, Institut de Santé publique, d'Épidémiologie et de Développement du CHU de Bordeaux, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel SOULAT, Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Yolande ESQUIROL, Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Fabrice HERIN, Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Catherine VERDUN-ESQUER, Service de la Consultation Santé Travail Environnement du CHU de Bordeaux, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Camille CARLES, Service de la Consultation Santé Travail Environnement du CHU de Bordeaux, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Sylvie ROYER, du SISTAC à Cognac, pour m'avoir fait découvrir et aimer la spécialité durant mon premier semestre.

A Monsieur le Docteur Joseph TUMBA, du SISTA à Angoulême, ta bienveillance et ton humanité font de cette année passée à tes côtés un moment inoubliable de mon internat. Et à toi Nathalie, dont la joie et le sourire CONSTANT illumine le service jour après jour.

A Monsieur le Docteur Jean-Baptiste BOUSQUET, de l'ASSTV à Poitiers, merci de m'avoir laissé la chance de profiter de toute ton expérience et de ton professionnalisme.

A tous mes tuteurs et médecins qui m'ont tant transmis durant mon internat, le Docteur Véronique DIAZ, le Docteur Catherine HA, le Docteur Isabelle FONTAINE, le Docteur Thierry DABBADIE, le Docteur Anne-Sophie HEIDRECHEID-DOLEZ, le Docteur Carole GAUTIER, le Docteur Nicole CAUNES, le Docteur Laurence EDMOND.

A mes anciens co-externes, Doudoune et Doudou, pour m'avoir accompagné depuis le début.

A vous les internes poitevins, Nicolas, Stéphan, Manon, Sophie, Vincent, Thierry, Clémence, Lucie, Margaux, Damien, Alain, Mélanie, Christelle, Laurence, Elsa, Romain, Anne-Lise, Raphaël, Vincent et Amélie, je vous souhaite le meilleur pour les années à venir.

A mes amis, Pitcho, Bérangère, Loulou, Mathieu, Lilie, Loïc, Marion, Éric, Amandine, Pauline, Pierre, Bastien, Damien, Julien, Hélène... proches ou distants mais toujours dans mon cœur.

A ma famille et belle-famille,

A mes parents, pour tout leur amour, tout leur soutien et les encouragements qu'ils ont eu à mon égard mais aussi pour toute la confiance qu'ils ont eue pour moi tout au long de mes études, même quand il m'arrivait moi-même de douter.

A mes sœurs, Elsa et Laure, toutes mes excuses pour le traumatisme de m'avoir comme grand-frère !

A toi mon fils, mon Chonchon, merci pour toute la joie et l'amour que tu m'apportes au quotidien, te voir grandir m'émerveille tous les jours.

A toi Makay, mon amour, j'ai la chance immense de partager ta vie, être à tes côtés me comble de bonheur chaque jour. Merci pour ton soutien durant ce travail et d'être toujours là pour moi. Je ne saurai en quelques lignes exprimer toute l'estime et les sentiments que j'ai à ton égard. Je t'aime.

ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASSTV : Association du Service de Santé au Travail de la Vienne

BTP : Bâtiment Travaux Publics

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

Covid-19 : Coronavirus disease 2019

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGT : Direction Générale du Travail

DIRECCTE : Direction Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMST : Dossier Médical en Santé au Travail

DSSIS : Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé

EMA : Examen Médical d'Aptitude

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDEST : Infirmier Diplômé d'Etat de Santé au Travail

IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

IST : Infirmier de Santé au Travail

NTIC : Nouvelles Technologie d'Information et de Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRT : Programme Régional de Télémédecine

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SARSr-CoV : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus

SFMT : Société Française de Médecine du Travail

SISTA : Service Interentreprises de Santé au Travail d'Angoulême

SISTAC : Service Interentreprises de Santé au Travail de l'Arrondissement de Cognac

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SSTA : Service de Santé au Travail Autonome

SSTI : Service de Santé au Travail Interentreprises

VIP : Visite d'Information et de Prévention

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
ABRÉVIATIONS	
1 INTRODUCTION :	1
2 GÉNÉRALITÉS :	3
2.1 Télémédecine, développement politique, juridique et déontologique :	3
2.1.1 La Télémédecine, une définition entre dans la loi française :	3
2.1.1.1 Le rapport HAZEBROUCQ :	3
2.1.1.2 Le rapport DIONIS-ETIENNE :	4
2.1.1.3 Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie :	5
2.1.2 La Télémédecine, un acte à part entière :	5
2.1.2.1 Le rapport SIMON-ACKER :	5
2.1.2.2 Le livre blanc du CNOM sur la télémedecine :	6
2.1.2.3 Loi du 21 juillet 2009 Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) :	6
2.1.2.4 Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine :	7
2.1.3 La Télémédecine, entre expérimentation et financement :	9
2.1.3.1 Le rapport HUBERT :	9
2.1.3.2 Le Programme Régional de Télémedecine (PRT) par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) :	9
2.1.3.3 Le programme ETAPES (Expérimentations de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé) :	10
2.1.3.4 Rapport de l'application des lois de financement de la sécurité sociale :	11
2.1.4 La Télémedecine, une entrée dans le droit commun :	13
2.1.4.1 La Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 (34) :	13
2.1.4.2 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 :	14
2.1.4.3 La convention médicale 2016-2021 :	14
2.1.5 Télémedecine, entre Data et autorité ordinale :	16
2.2 La Télémedecine en santé au travail :	18
2.2.1 Introduction politique de l'usage de la télémedecine en santé au travail :	18
2.2.1.1 Rapport sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail :	18
2.2.1.2 Le rapport LECOCQ-DUPUIS-FOREST :	19
2.2.2 Contexte démographique en santé au travail :	20
2.2.3 La téléconsultation en santé au travail en pratique avant 2020 :	20
2.2.3.1 Exemple du SSTI Medisis :	21
2.2.3.2 Exemple du SSTA d'Eramet :	22

2.3	Epidémie de COVID-19 et santé au travail :	23
2.3.1	Contexte sanitaire en 2020 :	23
2.3.2	Organisation du suivi des salariés :	23
2.3.2.1	IDEST et téléconsultation :	26
2.3.2.2	Procédures de visioconférence mise en place par les SSTI de Charente et de Vienne : 26	
2.3.2.3	Déconfinement et téléconsultation :	27
3	MATÉRIELS ET MÉTHODES :	29
3.1	Objectifs de l'étude :	29
3.2	Schéma d'étude :	29
3.3	Population étudiée :	29
3.4	Recueil de données :	30
3.5	Analyses statistiques :	31
3.5.1	Analyse descriptive :	31
3.5.2	Analyse qualitative des commentaires libres :	32
3.5.2.1	Analyse linguistique :	32
3.5.2.2	Analyse fréquentielle :	32
3.5.2.3	Analyse thématique de contenu :	32
3.6	Méthode bibliographique :	32
3.7	Considérations éthiques :	33
4	RÉSULTATS :	34
4.1	Diagramme de flux (Figure 6) :	34
4.2	Analyses descriptives :	35
4.2.1	Caractéristiques des répondants (Tableaux 1 et 2) :	35
4.2.2	Modalités d'exercice et de réalisation des visites (Tableaux 3 et 4) :	36
4.2.3	Recours à la téléconsultation (Tableaux 5, 6, 7 et 8) :	37
4.2.3.1	Réalisation de visites en téléconsultation par les IDEST (Tableau 7) :	38
4.2.3.2	Types de visites réalisées en téléconsultation pendant le Covid-19 (Tableau 8) :	38
4.2.4	Ressentis des médecins du travail sur la téléconsultation (Tableaux 9 et 10) :	39
4.2.5	Perspectives sur la téléconsultation en santé au travail (Tableau 11) :	42
4.3	Analyse qualitative des commentaires libres :	46
4.3.1	Analyse linguistique :	46
4.3.2	Analyse fréquentielle (Tableau 12) :	46
4.3.3	Analyse thématique de contenu (Figure 7) :	47
4.4	Analyses comparatives :	48
4.4.1	Facteurs associés au recours à la téléconsultation (Tableaux 13 et 14) :	48
4.4.2	Influence de l'intérêt pour la téléconsultation après Covid-19 sur les perspectives d'utilisation futures (Tableau 15) :	50

5	DISCUSSION :	55
5.1	Discussion de la méthode : Forces et limites	55
5.1.1	Le choix du sujet :	55
5.1.2	Le choix du type d'étude :	56
5.1.3	Le questionnaire :	56
5.1.4	Taux de participation et représentativité de l'échantillon :	57
5.1.5	Biais :	57
5.2	Discussion des résultats :	58
5.2.1	Ressentis sur la téléconsultation :	58
5.2.2	Perspectives sur la téléconsultation :	60
6	CONCLUSION :	63
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
	ANNEXES	I
	Annexe 1 : Courriel de présentation de l'étude et envoi du questionnaire.	I
	Annexe 2 : Questionnaire de l'étude	II
	Annexe 3 : Commentaires libres des répondants de l'étude. (Question 22)	VII

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants (variables qualitatives).....	35
Tableau 2 : Caractéristiques des répondants (variables quantitatives).....	35
Tableau 3 : Modalités d'exercice et de réalisation des visites (variables qualitatives).....	36
Tableau 4 : Modalités d'exercice et de réalisation des visites (variable quantitative).....	37
Tableau 5 : Recours à la téléconsultation (variable quantitative).	37
Tableau 6 : Recours à la téléconsultation (variable qualitative).	37
Tableau 7 : Recours à la téléconsultation par l'IDEST.....	38
Tableau 8 : Types de visites réalisées en téléconsultation.	39
Tableau 9 : Difficultés et ressentis de la téléconsultation en santé travail.	41
Tableau 10 : Intérêt à la téléconsultation en contexte sanitaire normal.	41
Tableau 11 : Perspectives d'utilisation de la téléconsultation.	43
Tableau 12 : Analyse fréquentielle des mots des commentaires libres.....	46
Tableau 13 : Facteurs associés au recours à la téléconsultation (variables quantitatives).	49
Tableau 14 : Facteurs associés au recours à la téléconsultation (variables qualitatives).	50
Tableau 15 : Influence de l'intérêt pour la téléconsultation après Covid-19 sur les perspectives d'utilisation futures.	51

Table des figures

Figure 1 : Les 5 actes de télémédecine.....	8
Figure 2 : Évolution des effectifs de médecins du travail et autres médecins entre 2010 et 2018.....	20
Figure 3 : LIM Star, le cabinet du médecin en mobilité. Hopi médical.	21
Figure 4 : H4D, la cabine Consult Station ®.	22
Figure 5 : Modalités du report des visites relatif au décret du 08 avril 2020 selon la DIRECCTE.	25
Figure 6 : Diagramme de flux.	34
Figure 7 : Analyse thématique de contenu.	48

1 INTRODUCTION :

Depuis plus de vingt ans les réflexions autour de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) (1) dans le système de santé français se multiplient.

Un état des lieux de la télémédecine en France est réalisé en 2003 (2) montrant déjà l'existence de bon nombre d'expérimentations, et bien que l'OMS donne une première définition en 1997 (3) : *«La télémédecine est la pratique de la médecine au moyen de techniques interactives de communication des données (audiovisuelles notamment); cela comprend la fourniture de soins médicaux, la consultation, le diagnostic et le traitement, ainsi que la formation et le transfert de données médicales »*, il faudra attendre le retour de rapport (4) et de commission (5) en 2004 pour que le terme de Télémédecine rentre dans la loi (6) cette même année.

Mais le véritable cadre législatif à la pratique de la télémédecine n'est défini que bien après, impulsé par le rapport de 2008 (7), dans la loi HPST de 2009 (8) puis inscrit dans le code de la santé publique en 2010 (9).

Son développement, jugé essentiel, est souvent présenté pour répondre à la démographie médicale actuellement décroissante et s'inscrit dans un contexte de rationalisation des dépenses du système de santé.

Après presque 10 ans d'expérimentations d'abord localisées (10) puis généralisées (11) c'est en 2018 (12) qu'une des composantes majeure de la télémédecine, la téléconsultation, devient accessible à toute la France et est remboursée par l'Assurance maladie : *« tout médecin, quelle que soit sa spécialité, peut désormais proposer à ses patients de réaliser une consultation à distance au lieu d'une consultation en présentiel, pour toute situation médicale qu'il jugera adaptée. »*

Dans sa définition le législateur n'exclut aucune spécialité médicale, la télémédecine peut donc s'appliquer en santé au travail, tel que le définit le code de la santé publique (9).

La médecine du travail a également vu se succéder ces vingt dernières années un certain nombre de changements, elle devient Santé au travail en 2002 (13) et intègre la notion de pluridisciplinarité en 2004 (14), la loi du 20 juillet 2011 pérennise ces changements renforcé par décret en 2012 (15) en encadrant la délégation de certaines tâches aux infirmiers, et une autre vient les conforter en 2016 (16) modifiant le suivi des salariés.

La baisse de la démographie médicale n'épargne pas la médecine du travail, et même si selon le rapport de l'IGAS en 2017 (17) : « *Les médecins du travail seraient, à horizon de 10 ans, en nombre suffisant dans le cadre des obligations et des évolutions organisationnelles induites par la loi de 2016* », la réalité actuelle du terrain apparaît toute autre.

C'est donc pour « Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail » dans la recommandation n°7 du rapport Lecocq (18) publié en août 2018 et pour « *maintenir [...] un fonctionnement répondant à leurs obligations* » dans le rapport de l'IGAS (19) de février 2020 que tous deux préconisent l'utilisation de la télémédecine en santé au travail.

Cette pratique apparaît encore balbutiante dans notre spécialité, en particulier dans la région Nouvelle-Aquitaine où aucun projet de téléconsultation n'a vu le jour au sein des services de santé au travail interentreprises alors que son recours s'organise dans la médecine de soin comme définit dans le code de la santé publique en 2018.

L'année 2020 se voit marquée par une crise sanitaire sans précédent (20) dans notre monde moderne, les pouvoirs publics ont dû adapter la législation (21) pour faire face à l'épidémie de Covid-19, en particulier dans le fonctionnement des SSTI (22) et leur recours à la téléconsultation (23).

Les SSTI ont dû déployer tous les moyens disponibles dans un temps court pour assurer le suivi des salariés dont les visites ne pouvaient être reportées.

Devant ce recours forcé à l'utilisation des NTIC et en particulier à la téléconsultation, nous avons choisi d'interroger des médecins du travail de la région Nouvelle-Aquitaine, en ciblant ceux exerçant dans les SSTI de Vienne et de Charente, afin de recueillir leur ressenti et leur perspectives d'avenir concernant cette nouvelle pratique. Y ont-ils eu recours ? Continueront-ils ce mode de pratique après la crise sanitaire de Covid-19 ? Quelles sont pour eux les limites de cette pratique ? Pour ce faire nous avons mis en place une enquête descriptive par auto-questionnaire en ligne.

Par cette étude, nous souhaitons recueillir le ressenti des médecins du travail, et dégager les facteurs favorisant et ceux à améliorer dans le projet d'un déploiement de la téléconsultation en santé au travail pour répondre au mieux à leurs missions dans les années futures.

2 GÉNÉRALITÉS :

2.1 Télémedecine, développement politique, juridique et déontologique :

La pandémie de Covid-19 en 2020 a fait sauter tous les verrous régulant les actes de télémedecine en France permettant dans un contexte sanitaire difficile et anxiogène, où la distanciation sociale fut le mot d'ordre pour endiguer la propagation du virus, de garder le lien entre patient et médecin et d'assurer la continuité des soins.

Outil indispensable en cette période pour protéger les populations les plus vulnérables.

Avant d'aborder le contexte législatif futur il faut en comprendre la construction antérieure.

Si l'évolution de la pensée autour de l'utilisation des NTIC en médecine dans le monde, comme les expérimentations, se sont développées depuis plus d'un siècle :

« 1905 : Einthoven commence à transmettre des électrocardiogrammes depuis l'hôpital vers son laboratoire à 1,5 Km par câble téléphonique. Le 22 mars, le premier ' Télécardiogramme ' est enregistré sur un homme. » (24)

La construction d'un cadre régissant cet exercice dans notre pays est beaucoup plus récent.

2.1.1 La Télémedecine, une définition entre dans la loi française :

2.1.1.1 Le rapport HAZEBROUCQ :

En 2003, le Docteur Vincent HAZEBROUCQ est missionné par la ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies pour recenser les principales applications actuelles de télémedecine en France et d'en faire un état des lieux (2).

Le but de ce rapport était de : *« de contribuer à la préparation de l'action du gouvernement en faveur du développement de la télémedecine, considérée à la fois comme un vecteur du progrès médical, et comme un vecteur d'appropriation par le public des technologies de l'internet et de la micro-informatique, nécessaire pour progresser vers la Société de l'information et vers l'industrie européenne de la connaissance ».*

Les champs d'application sont abordés et il réalise une définition des différentes familles d'utilisation de la télémédecine :

- « *Des échanges d'avis entre professionnels de santé = **téléconsultation** et **télé-expertise** ou encore visioréunions, parfois multidisciplinaires ;*
- *Assister à distance, principalement par des conseils diagnostiques et thérapeutiques, un patient localement démuné = **téléassistance** ;*
- *Surveiller à domicile, en ambulatoire..., une fonction vitale défaillante = **télesurveillance** ;*
- *Pratiquer totalement et exclusivement à distance un acte médical = **télédiagnostic**, **téléchirurgie**... »*

Ce rapport fait état d'un réel succès au plan clinique des différentes expérimentations mises en place, mais décrit à cette époque une volonté de coordination et d'organisation encore insuffisante de la part des pouvoirs publics. **Le passage de la recherche à la clinique restant encore trop rare.**

2.1.1.2 Le rapport DIONIS-ETIENNE :

En 2004, année de débat sur la maîtrise des dépenses de santé, le député Jean DIONIS et le sénateur Jean-Claude ETIENNE sont missionnés pour évaluer l'apport des NTIC au système de soin (4).

Dans la deuxième partie du rapport relatif à la télémédecine, **la notion d'absence de remboursement des actes** de télémédecine par l'assurance maladie est pointée du doigt comme un frein majeur à son développement. Les rapporteurs soulignent que les moyens technologiques nécessaires à la réalisation des actes à distance sont déjà opérationnels et fonctionnels. Ils relèvent la « *frilosité* » du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui dans son commentaire de l'article n°33 du code de déontologie décrit à l'époque que « *Cette pratique soulève des difficultés d'application déontologique* ».

Ils démontrent l'intérêt de ces pratiques et s'accordent sur le fait que « *l'intervention d'une loi est nécessaire pour pouvoir poser un diagnostic à distance car la télémédecine n'est ni reconnue ni financée* ».

2.1.1.3 Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie :

Ce fut une réforme importante de l'assurance maladie (6) à une période où les comptes de la sécurité sociale étaient au plus bas. Entre la création des parcours de soins, coordonnés autour d'un médecin traitant et du dossier médical partagé, il se glisse à l'article n°32 **la première définition de la télémédecine** dans la loi française :

« *La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical.* »

Cet article met ainsi fin à l'interdiction de l'exercice médical à distance.

2.1.2 La Télémédecine, un acte à part entière :

2.1.2.1 Le rapport SIMON-ACKER :

Il est rappelé qu'en 2007, le CNOM définit l'acte de télémédecine comme un acte à part entière et émet 12 principes que tout médecin se doit de respecter lorsqu'il pratique un acte médical par télémédecine. Les valeurs principales étant :

- **L'information** du patient et le recueil de son **consentement**.
- Le respect du **secret médical** et de **la confidentialité** des données.
- **La connaissance** des technologies et la **compétence** de leurs utilisateurs.
- **La responsabilité médicale** des médecins requérants et requis.

Dans ce rapport réalisé en 2008 (7), les auteurs s'emploient à donner une définition simplifiée des actes de télémédecine et élaborent le cadre juridique pour les acteurs qui y ont recours.

Ils mettent en avant des freins importants, l'absence de généralisation d'un système d'information numérisé, le dossier médical personnel à ce moment-là étant encore peu répandu, et la réticence voire la méfiance « ...des professionnels de santé habitués au contact physique avec les patients... ».

Ils s'accordent sur le fait que **le manque d'encadrement juridique, de protocoles et surtout de financement spécifique** mettent à mal les différentes expérimentations de télémédecine lancées depuis plusieurs années.

Ils concluent sur la nécessité d'un engagement de la promotion de la télémédecine par les pouvoirs publics et du besoin de formation des professionnels de santé à son usage.

2.1.2.2 Le livre blanc du CNOM sur la télémédecine :

En 2009, le CNOM se positionne et donne un cadre déontologique en proposant une définition à la télémédecine : « *La télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, **mettant en rapport à distance**, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et / ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale. » (25)*

Le Dr LUCAS, principal rédacteur, y fait aussi la distinction non exhaustive des principaux actes de télémédecine. Il rappelle également la **nécessité d'élaborer un cadre juridique** précis pour cet acte médical spécifique.

2.1.2.3 Loi du 21 juillet 2009 Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) :

La loi HPST (8) définit une nouvelle organisation sanitaire accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Après le CNOM, c'est donc le code de la santé publique qui renforce la télémédecine comme un acte à part entière :

« Art.L. 6316-1.-*La télémédecine est **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. »*

Si la définition des actes n'est pas encore aboutie, ce présent article vient abroger les articles 32 et 33 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (6).

2.1.2.4 Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine :

Ce décret (9) est le principal texte d'application de l'article 78 de la Loi n°2009-879 HST (8) qui a institué l'article L 6316-1 du Code de la santé publique. Il précise la définition de 5 types d'actes de télémédecine (Figure 1) :

- **La téléconsultation** : consultation à distance entre un professionnel médical et un patient, ce dernier pouvant être accompagné d'un professionnel de santé pour l'assister.
- **La télé-expertise** : un professionnel médical sollicite l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- **La télésurveillance médicale** : un professionnel médical interprète à distance les données nécessaires au suivi médical du patient, et le cas échéant, prend des décisions sur sa prise en charge.
- **La téléassistance médicale** : un professionnel médical assiste à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
- **La réponse médicale**, apportée dans le cadre de la régulation médicale (SAMU).

Il vient également expliciter les conditions de mise en œuvre et l'organisation à respecter. La notion de sécurité des données et les droits relatifs aux patients y prennent une place importante. Tout comme la nécessité de formation du personnel y ayant recours.

Si la place des pouvoirs publics apparaît importante dans la gestion de cette activité, il n'existe toujours pas de positions claires pour son financement.

TÉLÉMÉDECINE

Pratique médicale réalisée à distance sous la responsabilité d'un médecin utilisant les techniques de l'information et de la communication.

ARTICLE L.6316-1
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DÉCRET N°2010-1229 DU 19 OCTOBRE 2010

ARTICLE R.6316-1
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

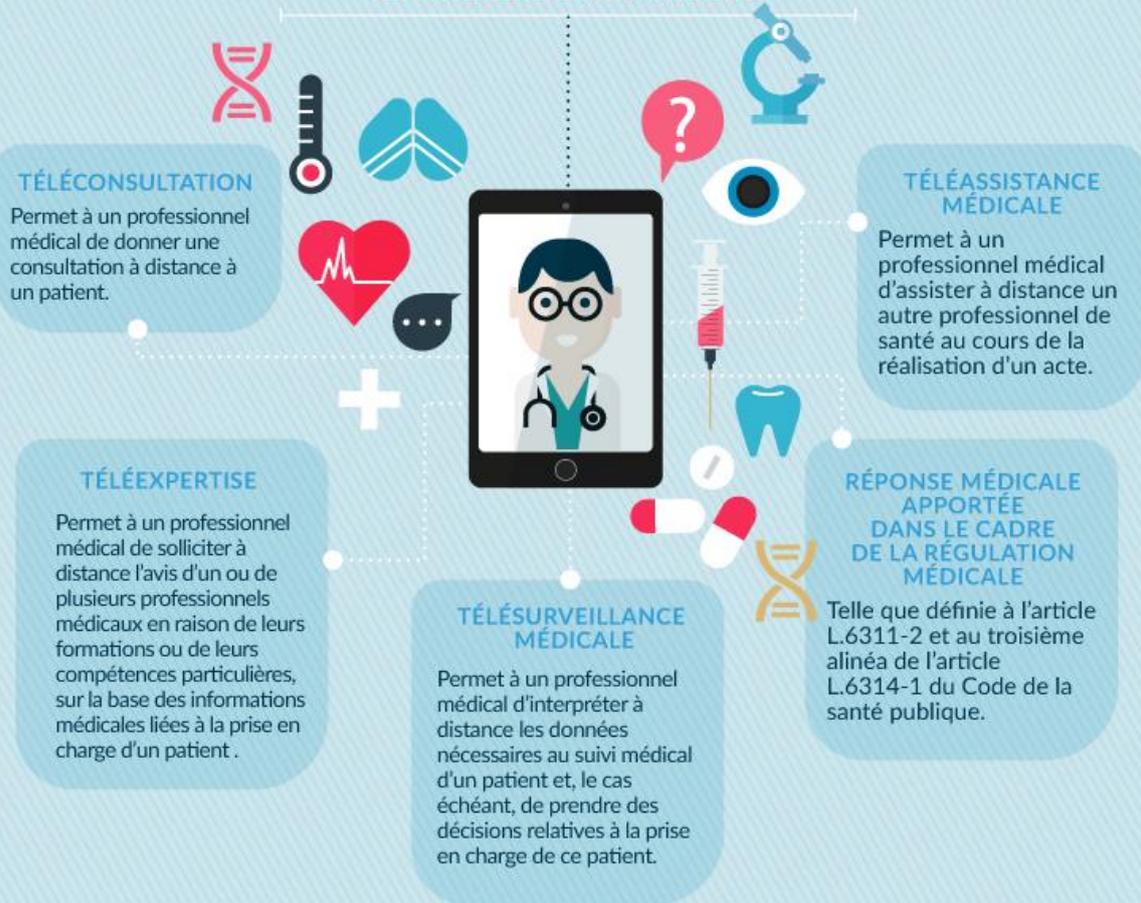


Figure 1 : Les 5 actes de télémédecine.

2.1.3 La Télémédecine, entre expérimentation et financement :

2.1.3.1 Le rapport HUBERT :

La mission confiée au Dr HUBERT en 2010 avait pour intitulé « mission de concertation sur la médecine de proximité » (26). Elle fait suite à la loi HPST. Les objectifs étaient multiples, principalement d'élaborer un nouveau modèle d'organisation pour la médecine ambulatoire et de **rechercher des solutions à la pénurie médicale** actuelle dans certains territoires.

Il est décrit dès son introduction l'enjeu majeur de développer les systèmes d'informations et la télémédecine. Pour ce faire il est considéré comme indispensable de **lever les obstacles juridiques** à leur réalisation et de **clarifier l'aspect financier** de ces pratiques.

A cette date, si la technologie existe, elle reste encore majoritairement consacrée à une utilisation hospitalière, dans un intérêt **d'équité d'accès aux soins**, étendre ces pratiques dans le domaine ambulatoire apparaît essentiel.

Ce développement se heurte à plusieurs freins :

- Le retard au développement de la couverture numérique de certaines régions.
- L'absence d'informatisation pour la plupart des cabinets médicaux.
- Le manque de solutions sécurisées pour la transmission d'informations médicales.
- La question de la responsabilité médicale lors d'échanges entre plusieurs spécialistes sur un patient.
- Et le manque de financement pérenne pour le développement en milieu extrahospitalier.

L'informatisation du système de soin, une responsabilité médicale clairement établie et une politique nationale permettant **un financement étendu de la télémédecine** deviennent les enjeux de la prochaine décennie.

2.1.3.2 Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) :

Les pouvoirs publics prennent pleinement conscience des enjeux démographiques, épidémiologiques et économiques auxquels le système de soin va devoir faire face. En janvier

2011, la DGOS établissait un guide méthodologique pour déployer un programme régional de télémédecine (27).

Ce développement avait pour but l'accès pour tous à des soins de qualité sur le territoire, améliorer la coordination entre les professionnels et le parcours de soin des patients.

Cinq chantiers majeurs ont été lancés, basés sur des expérimentations fonctionnelles ou innovantes. Parmi lesquels on retrouve dans un premier temps la permanence des soins en imagerie, la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, la santé des personnes détenues et dans un second temps la prise en charge d'une maladie chronique, les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile.

Les **Agences Régionales de Santé (ARS)** se sont vues **pleinement mobilisées** tout d'abord pour recenser les projets mis en place. Par la suite, pour mettre en place une gouvernance régionale du déploiement de la télémédecine, fournir un apport d'expertise, s'assurer de la mise en œuvre et de l'avancement des actions prévues, ainsi que d'identifier les freins et les difficultés liés à leurs mises en œuvre.

Si les ARS jouent un rôle majeur au niveau local, le but de ses travaux instaurés par la DGOS était de diffuser à la fin du 1^{er} trimestre 2012 **un plan national de déploiement de la télémédecine**. Pour ce faire un comité de pilotage national a été mis en place avec l'appui de la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Informations de Santé (DSSIS) et était composé de l'ensemble des acteurs institutionnels contribuant à promouvoir la télémédecine.

Les projets furent décortiqués, les appels à projets se sont multipliés, leurs viabilités furent éprouvées et **leurs financements se dessinèrent**.

2.1.3.3 Le programme ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé) :

Le constat fait par la DGOS au terme des travaux instaurés en 2011, était qu'il existait un faible déploiement de la télémédecine dans les secteurs ambulatoire et médico-social.

C'est pourquoi **l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014** (10), a créé un programme permettant, initialement dans neuf régions, de promouvoir des projets innovants en télémédecine. Le but était de visualiser ce que pourrait représenter une

organisation de la télémédecine à l'échelle nationale et de proposer des modes de financement pour les actes réalisés dans le cadre de ces expérimentations.

Prévue pour une durée de 4 ans, son cahier des charges a évolué au fil du temps et a été modifié par de nombreux arrêtés :

- Arrêté du 17 avril 2015 (28) : cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes.
- Arrêté du 28 avril 2016 (29) : cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation et télé-expertise (abrogeant le précédent cahier des charges).
- Arrêté du 6 décembre 2016 (30) : cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance (patients insuffisants cardiaques chroniques, insuffisants rénaux chroniques et insuffisants respiratoires chroniques).
- Arrêté du 25 avril 2017 (31) : cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance du diabète.
- Arrêté du 14 novembre 2017 (32) : cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique.

L'inscription à ce programme, initialement prévue pour les projets de télésurveillance a vu son champ des expérimentations s'élargir rapidement sur ces quelques années, la zone géographique également, puisque **le programme ETAPES devient national** suite à l'article 91 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 (11).

2.1.3.4 Rapport de l'application des lois de financement de la sécurité sociale :

En septembre 2017, la cour des comptes, dans son chapitre VII, cherchait à évaluer l'adéquation de «...l'action conduite par les pouvoirs publics aux enjeux et conditions du développement de la télémédecine. ». (33)

Si elle considérait que la télémédecine est un atout majeur pour la modernisation du système de soin, elle déplorait le fait que « *Le caractère fragmentaire et désordonné des actions menées par les pouvoirs publics en maintient cependant le développement à un stade embryonnaire.* »

Pourtant les applications permettant **la réalisation d'économies** sont multiples. La couverture sanitaire des territoires isolés en premier lieu permet « *Tout en assurant l'accès aux soins (...) faire l'économie de structures sous-utilisées et de transports onéreux* ». Mais la forme la plus prometteuse de télémédecine, selon le rapport, comprenons la plus économique pour le système de soin, apparaît être le développement de la télésurveillance.

En sus des économies possiblement réalisables, elle insistait également sur l'intérêt que ces pratiques représentent pour les professionnels de santé. Permettant le transfert de compétences et de savoir-faire et « *...un recentrage des praticiens médicaux sur les actes à forte valeur ajoutée médicale.* »

Dans son évaluation elle constatait une **action publique dispersée aux résultats modestes**. Les expérimentations semblaient éparpillées et inachevées. Le plan national lancé en 2011 considéré comme tardif fut abandonné l'année suivante faute d'un modèle de financement pérenne. La lenteur des actions du comité de pilotage national de télémédecine a été aussi critiquée, actions débutées en 2012 et qui ne furent toujours pas opérationnelles en 2015.

Le programme ETAPES a été également montré du doigt aux vues des nombreuses difficultés qu'il a pu rencontrer :

- Multiplication des cahiers des charges.
- Définitions difficiles et imprécises des expérimentations.
- Accord complexe de la DGOS et de la direction de la sécurité sociale sur les modèles tarifaires à expérimenter.

Le développement de **la télémédecine apparaissait encore très limité** représentant 0,3% (en 2015) des actes et consultations externes effectués par les établissements de santé.

Une stratégie cohérente devait donc être mise en place, le système devait être repensé et s'adapter à la rapidité d'évolution des moyens technologiques.

La cour des comptes formulait ainsi certaines recommandations :

- **Mettre en place une stratégie d'ensemble coordonnée** : « *fixer des objectifs précis et mesurables de déploiement de la télémédecine...* »

- **Lever certains préalables techniques et juridiques** : « généraliser à court terme un dossier médical partagé, de l'authentification des professionnels de santé en établissement, de la dématérialisation des prescriptions médicales ou de l'utilisation de messageries sécurisées par l'ensemble des intervenants en santé »
- **Généraliser un modèle de tarification** : « mettre en place une tarification de droit commun des actes de télémédecine... »

2.1.4 La Télémédecine, une entrée dans le droit commun :

2.1.4.1 La Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 (34) :

Avec son décret d'application, produit fin décembre 2017 (35), la Stratégie Nationale de Santé constituait le cadre de la politique de santé en France. Définie par le Gouvernement, elle se fonde sur le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), concernant l'état de santé de la population, ses principaux déterminants ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables.

Les principaux axes présentés par le gouvernement étaient :

- Donner la priorité à la prévention.
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Garantir la pertinence et la qualité des soins.
- Soutenir la recherche et réaffirmer la place des usagers.

La place du numérique et des NTIC y était donc prépondérante afin d'assurer une médecine innovante et de qualité sur l'ensemble du territoire.

Il apparaissait essentiel pour les années à venir de :

- « **Généraliser dans la pratique quotidienne l'usage de la télémédecine, en premier lieu des téléconsultations et les télé-expertises** » ;
- « **Favoriser les prises en charge sur les lieux de vie, notamment en développant la télémédecine et les soins et l'hospitalisation à domicile** » ;
- « **Compenser l'inaccessibilité par des moyens dédiés à l'innovation (télémédecine, téléconsultation...)** » (en particulier liée aux contraintes de l'insularité de certain territoire).

La volonté de développement de la télémédecine par les pouvoirs publics apparaissait plus que jamais comme une priorité.

2.1.4.2 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 :

Dans son article n°54 la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (12), cette dernière prévoyait l'inscription **dans le droit commun des actes de téléconsultation et de télé-expertise**, par le biais des conventions nationales (tant pour les médecins traitants que pour les médecins spécialistes).

Cette loi mettait fin aux expérimentations relatives à la téléconsultation et à la télé-expertise. Celles prévues pour la télésurveillance étaient prolongées pour une durée de 4 ans.

2.1.4.3 La convention médicale 2016-2021 :

L'actuelle convention signée le 25 août 2016 (36), qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, a été négociée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les principaux syndicats de médecins libéraux (MG France, la Fédération des médecins de France et Le Bloc ; rejoints ultérieurement par Le Syndicat des médecins libéraux et la Fédération des médecins de France en 2018).

Le 14 juin 2018 l'**avenant n°6 à la convention nationale** a été signé et accélérera le déploiement de la télémédecine en France. Il a été approuvé par l'arrêté du 01 août 2018 (37) et complété par celui du 16 août 2018 (38).

Il précisait les **conditions de réalisation et de prise en charge** des actes de téléconsultation ou de télé-expertise. Ils y sont définis comme suit :

- **Téléconsultation** : «... la consultation à distance réalisée entre un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit "téléconsultant" , quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.»
- **Télé-expertise** : « ... l'expertise sollicitée par un médecin dit "médecin requérant" et donnée par un médecin dit "médecin requis", en raison de sa formation ou de sa

compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier. »

Depuis le 15 septembre 2018 pour la téléconsultation et le 10 février 2019 pour la télé-expertise ces actes **sont remboursés par l'assurance maladie**.

Certaines restrictions demeurent. La téléconsultation doit s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés, le patient ne peut être orienté initialement vers un médecin téléconsultant, seulement par le médecin traitant. Des exceptions existent concernant l'accès à certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie), pour les patients de moins de 16 ans, les patients sans médecin traitant ou indisponible et les situations d'urgences. Le médecin téléconsultant doit également avoir connaissance du patient, impliquant une consultation en présentielle dans les 12 derniers mois (39).

Concernant la télé-expertise jusqu'à la fin de l'année 2020 elle reste réservée aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique (patients en affection de longue durée, atteints de maladie rares, résidents en zone « sous-dense », en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et pour les personnes détenues) (40).

La pratique des actes de télémédecine fut également facilitée en 2018 par un décret, relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine, **supprimant les « ... obligations de contractualisation avec les agences régionales de santé et de conventionnement et entre les acteurs mettant en œuvre une activité de télémédecine. »** (41)

➤ L'année 2018 fut donc une année charnière pour le développement de la télémédecine.

Cette décennie se clôture finalement par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (42) qui confirmait la place de « *l'e-santé* » dans l'organisation du système de santé français en favorisant :

- La création d'un espace numérique de santé pour chaque usager.
- **Le déploiement de la télémédecine** et des télésoins.

2.1.5 Télémédecine, entre Data et autorité ordinale :

Le rôle primordial du CNOM est de faire respecter le code de **déontologie médicale**. Depuis les 15 dernières années il s'emploie à développer les conditions nécessaires à l'utilisation des NTIC tout en garantissant la qualité de la médecine et le respect des droits des patients.

En 2008, il entendit être partie prenante dans le développement de l'informatisation de la santé (43). Il incita les médecins à la **formation continue** dans l'utilisation de ces technologies faisant partie intégrante de l'amélioration de la qualité des soins. Et réitéra le fait que **l'informatisation de l'exercice de la médecine** devient une nécessité.

Dans son livre blanc de 2009 (25), où l'acte de télémédecine y est définit, il exhorte le pouvoir de consolider son existence sur des bases juridiques affirmées. Il rappelle qu'un **accès équitable et la qualité des soins** comptent au nombre des enjeux prioritaires. L'exercice de la télémédecine peut y contribuer en abolissant les distances, favorisant la coopération des pratiques médicales et facilitant le suivi à distance.

Suite à la loi HPST (8) définissant un cadre juridique, les débats se tournèrent vers la question d'un modèle économique viable, le Dr LUCAS, rappelait dans le bulletin d'informations de l'Ordre National des Médecins en avril 2011 (44) que : « *L'histoire de la médecine démontre que (...) les médecins ont incorporé dans leurs pratiques les innovations technologiques. (...) comment peut-on dire que la télémédecine déshumanisera la relation médecin-patient ! (...) Il faut donc raison, éthique et déontologie garder : ni diaboliser, ni porter aux nues la télémédecine. Elle n'est qu'une nouvelle forme de pratique intégrant les TIC en santé qui structurera progressivement différemment les organisations dans les prises en charge. Il faut d'abord la voir (...) comme un nouveau moyen qui se développe au service de la personne.* » . La télémédecine ayant donc toute sa place dans notre système de santé.

Le Vade-mecum de septembre 2014 (45), s'employa à commenter les aspects juridiques et déontologiques qui sont à respecter lors de la construction des projets de télémédecine lancés dans le cadre du programme ETAPES. Le CNOM souhaitait les réactualiser afin de constituer « **une base de doctrine déontologique** ». Il attira également l'attention des pouvoirs publics concernant le développement de pratiques médicales utilisant les NTIC en santé, en dehors du cadre réglementaire de la télémédecine, particulièrement sur le **téléconseil personnalisé**. Cette dispensation d'information personnalisée par des médecins, via des sites de sociétés prestataires, n'évoluant pas dans le champ de la réglementation en vigueur.

Début 2015, devant l'émergence de cette santé connectée et d'un marché de l'industrie de la santé, le CNOM appela, dans son livre blanc, à un usage responsable et pragmatique (46).

Il réitéra sa mise en garde dans son rapport de mission de février 2016 (47) où il fait référence à **la téléconsultation proposée dans le cadre des assurances de complémentaire santé collective**. La télémédecine étant en partie encore engluée par des contraintes réglementaires, la crainte était de voir fleurir des solutions alternatives aux solutions contractualisées avec les ARS ouvrant vers des situations « *d'ubérisation de la médecine* ».

Ces préoccupations perdurent, dans sa session de 2018 (48), il s'inquiète que : « *les prestations proposées directement via des plateformes par les assureurs complémentaires ou les mutuelles en santé installent de fait **une rupture concurrentielle** dans l'organisation territoriale des soins et le parcours de soins* ».

Il n'aura de cesse de marteler le fait que ces pratiques doivent être réglementées et que **la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce** et que sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité comme le rappelle l'art. R.4127-19 du code de la santé publique. Il renvoie leurs utilisateurs au code de bonne pratique éthique et déontologique et demande la régulation de ses offres.

Il apparaissait urgent de **concilier** les « *données de santé, l'open data, le big data et le secret médical* » comme le précise le livre blanc de janvier 2018 (49). La médecine ne pouvant se passer de l'humain mais elle devra **faire une place au digital**.

Le Pr Stéphane OUSTRIC, délégué général aux données de santé et au numérique au CNOM, dans une interview de mars 2020 (50) a été interrogé sur la place du numérique en santé. Il soulignait que :

- « *...les professionnels de santé ne doivent **pas aller contre l'accélération du progrès** technologique et de la transformation numérique en santé. Au contraire, il est indispensable de **s'emparer de ce nouvel enjeu** pour être en phase avec notre époque.* »
- « ***L'humanisme** dans la relation du médecin et du patient peut et doit se trouver **renforcé** par les technologies* »

- « *Le colloque singulier n'existe plus ou du moins différemment, le patient est aujourd'hui traité par une équipe de soins. Il y a besoin du numérique pour la coordination des membres de l'équipe de soins au bénéfice de la prise en charge des patients* »
- A cette fin, il en ressort que certains articles du code de déontologie médicale devront évoluer pour être en adéquation avec les modifications apportées par ces nouvelles technologies en santé.

2.2 La Télémédecine en santé au travail :

2.2.1 Introduction politique de l'usage de la télémédecine en santé au travail :

2.2.1.1 Rapport sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail :

Dans ce rapport d'août 2017 (17), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) conjointement avec l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR) devaient, dans une de leurs missions, évaluer le fait que l'évolution de la démographie des effectifs de médecins du travail était préoccupante.

Si **les perspectives au niveau national ne leur apparaissaient pas alarmantes** suite à la modification de l'organisation du suivi de l'état de santé des salariés arrêtée par la loi de 2016 (16). La répartition des médecins du travail sur le territoire n'était pas uniforme, et leurs capacités à suivre leur effectif différent dépendant du nombre d'infirmier(ère)s diplômés d'état en santé travail (IDEST) qui leur était attribué, et du nombre de salariés en suivi individuel renforcé.

Pour pallier à cette hétérogénéité de répartition le rapport proposait une des mesures suivantes :

- « **autoriser la visite par télémédecine, en présence d'une IST** »

L'usage de la télémédecine en santé au travail est ainsi évoqué pour la première fois dans un rapport officiel.

2.2.1.2 Le rapport LECOCQ-DUPUIS-FOREST :

Le 28 août 2018, la mission parlementaire composée de Charlotte LECOCQ, députée du Nord, Bruno DUPUIS, consultant senior en management, Henri FOREST, ancien secrétaire confédéral CFDT et avec l'appui d'Hervé LANOUZIERE de l'IGAS, a remis au premier Ministre un rapport relatif à la réforme de la santé au travail (18). Intitulé « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée ».

Les objectifs de cette mission portaient en premier lieu sur l'évaluation de la performance de notre système de prévention des risques professionnels, et en second lieu sur les leviers notamment organisationnels permettant d'améliorer cette performance.

Il y est fait état de 16 recommandations, dont nous retiendrons particulièrement la recommandation n°7 : « *Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé.*

- *Mettre en place des mesures pour optimiser l'organisation et faciliter le suivi individuel de santé systématique des salariés par les médecins du travail et les personnels de santé :*

- ***Moderniser les outils du quotidien pour la réalisation des examens médicaux :***
 - *Généralisation des systèmes d'information avec connexion des dispositifs d'examens complémentaires ;*
 - *Plateformes internet pour la prise des rendez-vous directe par les salariés ou les entreprises ;*
- ***Développer l'usage de la télémédecine pour répondre aux disparités territoriales et réduire la durée de certains actes médicaux. »***

Une santé au travail connectée est mise en avant, l'usage des NTIC et particulièrement de la télémédecine est encouragé pour répondre aux problèmes démographiques et de répartitions territoriales dans notre spécialité.

Tout comme l'IGAS, ce rapport fait état de la question relative à la démographie et à la répartition des médecins du travail sur le territoire pour introduire la nécessité de développer la télémédecine, notion abordée également dans les différents rapports et stratégie nationale de santé développés précédemment.

2.2.2 Contexte démographique en santé au travail :

La santé au travail dans la dernière décennie a été modifiée par deux réformes en 2011 (51) puis 2016 (16), dans le but premier de pallier au manque de médecins du travail. La première réforme avait pour objectif de renforcer la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail et la seconde de modifier le suivi des salariés en allongeant la périodicité des visites médicales.

Dans notre étude portant sur des médecins du travail exerçant en SSTI, nous avons étudié la démographie médicale générale de ce groupe.

Selon l'association Présance, dans son rapport de 2018 (52), le nombre de médecins exerçant en SSTI au 1^{er} janvier 2018 était de 4721 en personnes physiques, c'est-à-dire une baisse de 3,5% par rapport à 2017 (Figure 2). Leur âge moyen était de 56 ans, dont 68% de femmes et 57% d'entre eux avaient une activité à temps partiel. (A contrario l'effectif des infirmiers en santé travail a augmenté de 22% entre 2017 et 2018 pour atteindre 1874 en personnes physiques.)



Figure 2 : Évolution des effectifs de médecins du travail et autres médecins entre 2010 et 2018.

2.2.3 La téléconsultation en santé au travail en pratique avant 2020 :

Avant 2020, le développement de la télémédecine en santé au travail reste mineur pour la téléconsultation et exceptionnel voire inexistant pour la télé-expertise. Concernant la région Nouvelle-Aquitaine, un projet a été déposé à l'ARS par tous les directeurs des SSTI en mars 2020 pour développer la téléconsultation.

Certains SSTI ou Service de Santé au Travail Autonome (SSTA), particulièrement dans le Nord de la France ou dans la capitale, se sont saisis de cette nouvelle pratique pour répondre à l'inégale répartition de la ressource médicale ou pour assurer le suivi de salariés exerçant dans des entreprises multisites.

2.2.3.1 Exemple du SSTI Medisis :

Le service de Medisis exerçant sa mission sur le département de l'Oise a fait le choix de développer la téléconsultation depuis le 24 septembre 2019 à l'aide de la société Hopi médical.

La solution offerte par cette société se porte sous l'appellation Telemedica, lancée en 2015, comme « la solution de téléconsultation ». Elle a aussi lancé LIM Star, le cabinet du médecin en mobilité (Figure 3). Ce dispositif est doté d'une caméra pilotable à distance et également de bon nombre d'endo/exoscopes, d'un écho doppler intégré et d'un stéthoscope électronique.

A l'aide de ce dispositif, il associe à la consultation l'infirmier en santé au travail qui réalise l'auscultation du salarié, transmise numériquement au médecin situé à distance. Le service a fait ce choix «... pour ne pas creuser de fossé technologique ou relationnel entre le médecin et le salarié » (54).



Figure 3 : LIM Star, le cabinet du médecin en mobilité. Hopi médical.

2.2.3.2 Exemple du SSTA d'Eramet :

Eramet est une entreprise minière et métallurgique française présente sur cinq continents et dans 20 pays avec un effectif de 12 590 salariés répartis sur 47 sites. Le 9 avril 2019 elle fait le choix d'inaugurer au sein de son siège parisien un service de téléconsultation à l'aide de la société H4D. (55)

Fondée par le Dr BAUDINO en 2008, cette société a développé la première cabine médicale digitale et connectée, nommée « Consult Station ® ». Elle permet d'établir une prise en charge complète d'un patient/salarié dotée d'un tensiomètre, thermomètre, oxymètre, électrocardiogramme, audiogramme, dermatoscope, de tests visuels... (Figure 4). Sa spécificité réside dans l'autonomie de la personne y ayant recours. (56)

Les intérêts évoqués par l'entreprise étaient d'améliorer le parcours de soins des collaborateurs de leurs sociétés multisites et d'engager une politique de qualité de vie au travail.

La cabine Consult Station Dispositif Médical Certifié CE



2 modes :

- **Mode télésurveillance (TS): prévention primaire, dépistage, suivi post thérapeutique (ex pathologies chroniques)**
 - Le patient utilisateur réalise lui-même son bilan de santé (tension artérielle, saturométrie, ECG, poids/taille (IMC), température, Evaluation de la douleur)
 - Il est guidé tout au long du processus par des tutoriels (films et voix-off)
 - Le médecin interprète les données en différé via le site jemesurveillance.com
- **Mode téléconsultation (TK): consultations de premier recours, aide à l'orientation, suivi, prévention secondaire et tertiaire**
 - Le médecin est en direct avec le patient et le guide à l'aide de la visioconférence
 - Il pilote la cabine et son patient pour la prise des constantes physiologiques
 - Il dispose aussi de : stéthoscope, otoscope, dermatoscope
 - Compatible Carte Vitale



Bénéfices médecins

- Accès facilité aux patients
- **TS** : Fiabilité et systématisation des données pour la prévention, le dépistage et le suivi de pathologies
- **TK** : Prise en charge à distance dans un contexte professionnel, réglementé et validé par les ARS et l'ordre des médecins

Bénéfices patients

- Accès médical de proximité
- **TS**: Bilan de santé simple et rapide
- **TK**: Un médecin disponible pour la permanence des soins et des consultations médicales à distance

Figure 4 : H4D, la cabine Consult Station ®.

2.3 Epidémie de COVID-19 et santé au travail :

2.3.1 Contexte sanitaire en 2020 :

En décembre 2019, une nouvelle souche de l'espèce de coronavirus SARSr-CoV (acronyme anglais de Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus) est découverte à Wuhan (province de Hubei, en Chine), nommée **SARS-CoV-2** (57). La maladie à coronavirus 2019, ou **Covid-19** (acronyme anglais de coronavirus disease 2019), est une maladie infectieuse de type zoonose virale. Les symptômes retrouvés le plus fréquemment sont la toux, la fièvre, l'asthénie, l'anosmie, l'ageusie et la gêne respiratoire (qui dans sa forme la plus grave peut causer un syndrome de détresse respiratoire aiguë) (58).

Devant la progression de cette maladie l'OMS a déclaré une urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020 (59), puis de pandémie le 11 mars 2020.

Le 14 mars 2020 notre pays est passé au stade 3 du plan de prévention et de lutte pandémie grippale afin d'atténuer les effets de la vague épidémique. La situation de l'épidémie Covid-19 en France le 16 mars 2020 était considérée comme grave et non contrôlée, le nombre de cas ayant doublé dans les dernières 72 heures. Des mesures gouvernementales ont été prises pour endiguer la propagation du virus et **la population française a été mise en confinement le 17 mars 2020** dans les suites de l'allocution présidentielle diffusée le jour précédent (20).

2.3.2 Organisation du suivi des salariés :

Dans son instruction du 17 mars 2020 relative au fonctionnement des services de santé au travail pendant l'épidémie (23), la Direction Générale du Travail (DGT) y a précisé les lignes directrices pour assurer le suivi des salariés.

« Toutes les visites peuvent en principes, être reportées sauf si le médecin du travail estime qu'elles sont indispensables. (...) Il revient en effet au médecin du travail d'apprécier l'opportunité de la visite, de son caractère urgent ou non et des conditions dans lesquelles elle est réalisée. »

Certaines visites se doivent d'être obligatoirement maintenue en particulier pour les *«... salariés exerçant une activité nécessaire à la continuité de la vie de la Nation. »*

Suite à cette instruction, les modalités de la visite ont pu être aménagées et pouvaient faire l'objet d'une **téléconsultation**.

Cette notion d'aménagement a été renforcée suite à la loi proclamant l'état d'urgence sanitaire le 23 mars 2020 (21), qui dit dans son article 11 :

« - d'aménager les modalités de l'exercice par les services de santé au travail (...) notamment du suivi de l'état de santé des travailleurs, et de définir les règles selon lesquelles le suivi de l'état de santé est assuré... »

Spécifiquement, c'est l'ordonnance du 1^{er} avril 2020 qui a adapté les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire (60).

De façon générale, c'est tout le système de santé français qui s'est réorganisé afin d'éviter la propagation du virus comme défini dans l'arrêté du 23 mars 2020 (61) :

*« Considérant que **la télésanté** permet à la fois d'assurer une prise en charge médicale et soignante à domicile pour les patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints du covid-19 et de protéger les professionnels de santé de l'infection ainsi que les patients qu'ils prennent en charge; qu'il y a lieu de prendre les dispositions nécessaires pour permettre le développement de la télésanté ; »*

Les services de santé au travail se devaient donc d'assurer la continuité de leurs missions :

- Accompagnement des entreprises et des salariés.
- **Visites en présentiel et à distance.**
- Relais des messages de prévention.

Une des solutions d'adaptation de leur activité devenait *«... **le recours aux téléconsultations** ou à d'autres moyens techniques permettant de réaliser un suivi à distance dans des conditions garantissant la qualité des visites et la confidentialité des échanges.* » comme précisé dans l'instruction de la DGT du 02 avril 2020 (62).

Les moyens pour la réalisation des visites ont évolué en fonction de l'importance de la crise sanitaire, favorisant ainsi le recours à la **visioconférence et à la téléphonie** le cas échéant. En parallèle, il était donné au médecin du travail la possibilité de reporter les visites, liées au suivi individuel de l'état de santé des salariés dont l'échéance était comprise entre le 12 mars et le 31 août 2020, jusqu'au 31 décembre 2020. Ces modalités et leurs exceptions sont définies par décret le 08 avril 2020 (22) et détaillées dans la figure suivante (Figure 5).

Il revenait donc au médecin du travail d'apprécier si la téléconsultation était suffisante pour réaliser la visite au vu des informations en sa possession. Dans le cas contraire il se devait d'évaluer le risque que pouvait encourir un salarié à l'exposition au Covid-19 en diligentant une visite en présentielle, et s'assurer qu'il n'était pas considéré comme une personne vulnérable, à risque de forme grave de Covid-19, comme définie par le HCSP dans son avis du 14 mars 2020 (63).

Tableau de synthèse du décret n°2020-410	Type de visite	Report possible	Délai maximum
Suivi individuel simple	VIP initiale	Oui	31/12/2020
	VIP périodique	Oui	31/12/2020
	Visite de reprise VIP	Oui	3 mois après la visite de reprise du travail
Suivi individuel adapté Travailleurs de nuit, jeunes < 18 ans, handicapés, invalides, femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitante, travailleurs exposés à des champs électromagnétiques affectés à des postes avec des VLEP dépassées	VIP initiale SIA	Non	
	VIP périodique SIA	Oui	31/12/2020
	Visite de reprise SIA	Non	Avant la reprise du travail
Suivi individuel renforcé	EMA embauche SIR	Non	
	Visite intermédiaire SIR	Oui	31/12/2020
	Visite intermédiaire SIR des travailleurs exposés à des rayonnements ionisants catégorie A	Non	
	Visite de reprise SIR	Oui	1 mois après la reprise du travail
Tout type de suivi	Visite de pré-reprise	Le médecin du travail n'est pas tenu d'organiser la visite de pré reprise lorsque la reprise doit intervenir avant le 31 août 2020 sauf appréciation contraire	

EMA : examen médical d'aptitude • VIP : visite d'information et de prévention
 • SIA : suivi individuel adapté • SIR : suivi individuel renforcé

Figure 5 : Modalités du report des visites relatif au décret du 08 avril 2020 selon la DIRECCTE.

2.3.2.1 IDEST et téléconsultation :

Suite à la loi de 2011 (51) et renforcée par décret (15), depuis le 1er juillet 2012, le médecin du travail peut confier certaines activités aux infirmiers, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits.

Concernant les visites médicales, les IDEST ont deux missions :

- « Réaliser les visites d'information et de prévention, ainsi que leurs renouvellements dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés.
- Réaliser les visites intermédiaires effectuées dans le cadre du suivi individuel renforcé. » (64)

Dans son article n°8 l'arrêté du 23 mars 2020, permet aux infirmiers, sans distinction, de réaliser un suivi en utilisant les moyens de la télésanté, sous la dénomination de **télésuivi**, sur prescription médicale.

La télésanté peut être définie comme : «... *the full array of technologies, networks and healthcare services provided through telecommunications, including delivery of educational programs, collaborative research, meetings, patient consultations and other services provided with the purpose of improving health.* » (65) [Traduction] « l'ensemble des technologies, de réseaux et de services de soin de santé fournis par les télécommunications, y compris la prestation de programmes éducatifs, la recherche collaborative, les réunions, les consultations avec les patients et d'autres services fournis dans le but d'améliorer la santé. »

Les infirmiers en santé au travail, exerçant leurs missions sous la responsabilité du médecin, ne sont donc **pas exclus du recours à la téléconsultation** et peuvent participer au suivi à distance des salariés pendant la crise sanitaire.

2.3.2.2 Procédures de visioconférence mise en place par les SSTI de Charente et de Vienne :

Les services charentais ont fait le choix d'avoir recours à la plateforme « monmedecin.org » conçue par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine et développée par avis2sante. Ils ont utilisé uniquement le moyen de téléconsultation permettant une visioconférence immédiate avec les salariés.

Le service de la Vienne quant à lui a utilisé la solution « Cisco webex » extension de visioconférence que l'on peut retrouver dans l'outil numérique de coordination utilisé par les professionnels de la région Nouvelle-Aquitaine pour le suivi de tous types de parcours de santé sous le nom de « Paaco-Globule ».

Pour les salariés ne disposant pas d'outils numériques permettant la visioconférence ou certains habitants en zone blanche, le recours à **la téléphonie** pour la réalisation des visites a également été employé.

Dans tous les cas, l'employeur devait être **informé** de la réalisation de la visite et du recours à la téléconsultation. Les salariés de leur côté, après avoir reçu les informations sur les moyens de réalisation de la visite devaient donner leur **consentement**, consigné par la suite dans le dossier médical en santé travail.

Le médecin devait ensuite pouvoir assurer la téléconsultation dans un lieu assurant la **confidentialité** des échanges.

Ces derniers points sont repris dans l'avis du 15 avril 2020 par la Société Française de Médecine du Travail (SFMT) (66).

2.3.2.3 Déconfinement et téléconsultation :

L'instruction de la DGT du 16 juillet 2020 (67), dans les suites du déconfinement du 11 mai 2020, confirme **l'intérêt du recours à la téléconsultation**. Si elle invite les services de santé au travail à s'équiper, l'utilisation de moyens de vidéotransmissions grand publics ainsi que la téléphonie restent autorisés jusqu'au 31 décembre 2020.

On notera tout particulièrement, le fait que « ***la téléconsultation peut être mise en œuvre pour tout type de visite et pour l'ensemble des professionnels de santé.*** »

Si, préférentiellement, il convient d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques de mai 2019, émanant de la Haute Autorité de Santé (HAS), pour la réalisation des téléconsultations (68), la DGT propose de respecter au minimum les grands principes suivant :

- « *Le médecin du travail estime que la téléconsultation est possible et le salarié l'accepte ;*

- *Le système de communication doit permettre une communication en temps réel par vidéo transmission (nécessité de disposer d'une webcam), la communication par tablette ou téléphone portable étant autorisé ;*
- *L'organisation et les moyens pour la téléconsultation doivent garantir la confidentialité des échanges (professionnel de santé et salarié peuvent dialoguer sans interférence extérieure) ;*
- *La téléconsultation doit permettre une traçabilité des échanges (alimentation du dossier médical en santé au travail et transmission d'une attestation de visite ou d'un avis d'aptitude par courriel au salarié et à l'employeur) ; »*

3 MATÉRIELS ET MÉTHODES :

3.1 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, dans une population de médecins du travail exerçant en services interentreprises, leurs ressentis et leurs perspectives concernant l'utilisation de la téléconsultation dans leur exercice quotidien.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les facteurs ayant pu faire varier leur recours à la téléconsultation et l'influence de leurs intérêts sur son utilisation future.

3.2 Schéma d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale issue d'une enquête menée durant un mois sur la période du 30 juin 2020 au 30 juillet 2020.

3.3 Population étudiée :

L'étude a été réalisée auprès des médecins du travail exerçant dans les SSTI de la Vienne (l'ASSTV) et de Charente (le SISTA et le SISTAC).

Le choix de cette population s'est imposé devant la connaissance de l'impétrant des 3 SSTI de ces deux départements suite aux stages de spécialités réalisés en leur sein.

La liste des médecins exerçant dans ces services et leurs coordonnées ont été fournies par leurs directeurs respectifs, après avoir donné leur aval à la réalisation de l'étude.

Leurs effectifs en personnes physiques étaient de 26 à l'Association du Service de Santé au Travail de la Vienne (ASSTV), de 22 au Service Interentreprises de Santé au Travail d'Angoulême (SISTA) et de 8 au Service Interentreprises de Santé au Travail de l'Arrondissement de Cognac. Respectivement 46% de femmes à l'ASSTV, 59% au SISTA et 50% au SISTAC. Soit un effectif total sur ces deux départements de 56 médecins dont 51,7% de femmes. Considérant que 2 médecins de l'ASSTV étaient au moment de l'étude en contrat épargne temps et n'avaient pas d'activité, **l'effectif total réel actif se portait à 54 médecins** (données transmises par les directeurs des SSTI concernés au 30 juin 2020).

Selon le CNOM en 2018 (53), la Charente et la Vienne ont toutes deux une densité forte en médecins du travail. Comme le relevait l'IGAS, c'est la bonne répartition géographique et donc le maillage territorial qui permet un suivi cohérent des salariés. Au moment de l'étude nous comptons 14 centres dans la Vienne pour l'ASSTV, 10 pour le SISTA et 3 pour le SISTAC.

Chaque SSTI comporte un centre principal, réunissant en plus d'un certain nombre de médecins, le pôle administratif et le pôle des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Les centres annexes les plus éloignés du centre principal pour chaque SSTI se trouvent à 59km pour le SISTA (soit 44 minutes de trajet), à 33km pour le SISTAC (soit 37 minutes de trajet) et 62km pour l'ASSTV (correspondants à 55 minutes de trajet). Le maillage au niveau de ses départements est donc important, si tant est que les centres annexes soient pourvus de la présence d'un médecin.

Au 30 juin 2020, le centre annexe situé à Loudun en Vienne était dépourvu de médecins, nécessitant le partage de l'effectif entre 3 médecins basés au centre principal à Poitiers soit un temps de trajet de 55 minutes (aller) pour réaliser les visites.

Au total, au 30 juin 2020, **la population étudiée comptait 54 médecins du travail actif.**

Le critère d'inclusion portait sur tous les médecins du travail exerçant dans ses 3 services. Les médecins retraités en cumul emploi-retraite et les médecins collaborateurs n'ont pas été exclus. Le seul critère de non inclusion retenu était les médecins n'exerçant plus au sein de leur service mais appartenant toujours à l'effectif global.

3.4 Recueil de données :

L'enquête a été réalisée via un auto-questionnaire anonyme en ligne en utilisant le logiciel Google Form®.

Un courriel a été envoyé le mardi 30 juin 2020 concomitamment à tous les médecins exerçant dans les 3 services ciblés, il comprenait une présentation de l'étude et un lien hypertexte menant au questionnaire Google Form® (Annexe 1). Une relance a été effectuée le mardi 21 juillet 2020. La clôture s'est faite le jeudi 30 juillet 2020.

Le questionnaire était composé de 22 questions (Annexe 2).

Les données recueillies étaient les suivantes :

- Caractéristiques du répondant : sexe, âge, ancienneté en santé travail, lieu d'exercice, ancienneté dans le service.
- Modalités de leur exercice et de la réalisation des visites : collaboration avec un IDEST, utilisation du dossier médical informatisé, déplacement en centre annexe éloigné géographiquement, fréquence des déplacements, temps de trajet acceptable pour les salariés.
- Recours à la téléconsultation : intérêt pour la téléconsultation avant le Covid-19, réalisation de téléconsultations par le médecin, réalisation de téléconsultations par l'IDEST, type de visites réalisées en téléconsultation.
- Ressentis : difficultés matérielles et humaines rencontrées, ressentis sur la téléconsultation en santé au travail (chacune de ces 2 questions comprenait un item « autre » permettant une réponse qualitative ouverte), intérêt pour la téléconsultation après le Covid-19.
- Perspectives : type de visites les plus adaptées à la téléconsultation, secteur d'activité le plus adapté aux visites par téléconsultation, moyen le plus viable pour réaliser une téléconsultation, rentabilité de la téléconsultation.
- Champ de commentaires libre : question ouverte permettant de recueillir librement le ressenti, les perspectives et les limites de la téléconsultation en santé au travail (Annexe 3).

3.5 Analyses statistiques :

L'ensemble des réponses au questionnaire a été saisi dans le logiciel Excel®.

3.5.1 Analyse descriptive :

L'analyse des variables étudiées a été effectuée à l'aide du logiciel StatView®. Les variables qualitatives sont exprimées avec les effectifs et les pourcentages, les variables quantitatives

sont exprimées en moyenne \pm écart-type (ET). Les analyses comparatives ont été réalisées avec le test de Chi² de Pearson en appliquant un facteur de correction pour les petits effectifs par un test exact de Fisher.

3.5.2 Analyse qualitative des commentaires libres :

L'analyse des commentaires libre a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo® version 20.2.0.426.

3.5.2.1 Analyse linguistique :

L'ensemble des commentaires libres a été découpé et encodé selon l'opinion positive ou négative exprimée.

3.5.2.2 Analyse fréquentielle :

Une analyse par comptage fréquentiel a été réalisée sur l'ensemble des mots des commentaires libres.

3.5.2.3 Analyse thématique de contenu :

Un découpage sémantique a été réalisé sur l'ensemble des commentaires libres permettant une analyse par codage ouvert. 12 thèmes ont été identifiés.

3.6 Méthode bibliographique :

La recherche bibliographique a été effectuée à partir des moteurs de recherche du catalogue Sudoc, Pubmed, Google Scholar, Lissa (Littérature scientifique en santé) et Odébu+ de la bibliothèque en ligne de la faculté de Poitiers. Les sites de l'HAS, du CNOM, de Légifrance, de Vie-publique, du ministère des solidarités et de la santé ainsi que du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion ont été régulièrement consultés. Les thèmes recherchés étaient la télémédecine, la téléconsultation et la santé au travail (telehealth, occupational health). Le logiciel Zotero® a été utilisé pour enregistrer les sources retenues.

3.7 Considérations éthiques :

Le questionnaire de l'étude a été transmis directement par courriel aux médecins du travail, leur participation s'est faite sur la base du volontariat. Les participants renseignaient les réponses en ligne, le logiciel Google Forms® ayant permis l'attribution d'un numéro d'identification unique et garantissant l'anonymat des réponses. Il n'existe aucun moyen d'identifier les répondants de façon directe ou indirecte à travers les questions posées, aucune donnée personnelle (type nom, adresse, date de naissance) n'a été collectée. Les réponses étaient accessibles uniquement par l'impétrant. Aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'a été nécessaire.

4 RÉSULTATS :

4.1 Diagramme de flux (Figure 6) :

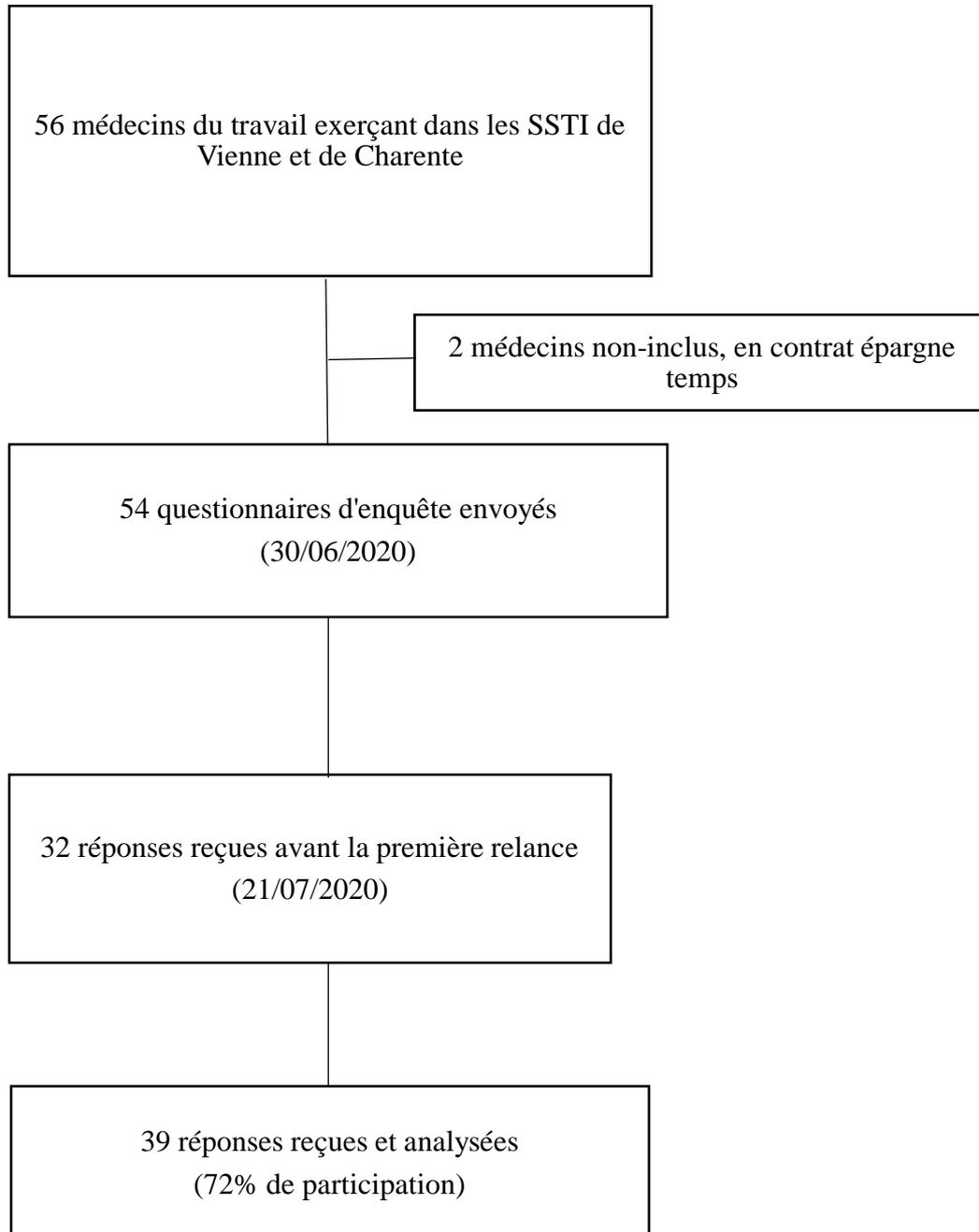


Figure 6 : Diagramme de flux.

Au total, l'effectif des médecins du travail exerçant activement dans les services interentreprises de Vienne et de Charente était de 54. Sur les 54 questionnaires envoyés, 39 médecins ont répondu entre le 30 juin 2020 et le 30 juillet 2020 soit un taux de participation de 72%.

L'échantillon de l'étude était représentatif de la population des médecins exerçant dans les 3 SSTI sur le genre, l'âge moyen et le département d'exercice ($p > 0,10$).

4.2 Analyses descriptives :

4.2.1 Caractéristiques des répondants (Tableaux 1 et 2) :

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants (variables qualitatives).

Variables qualitatives (N = 39)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Sexe			0
Femme	23	58,97	
Homme	16	41,03	
Département d'exercice			1
Charente	21	55,26	
Vienne	17	44,74	

N : effectif pour chaque variable

Les répondants à cette étude étaient majoritairement de sexe féminin à 59% et la proportion exerçant en Charente était légèrement supérieur à celle exerçant en Vienne à 55% vs 45%.

Tableau 2 : Caractéristiques des répondants (variables quantitatives).

Variables quantitatives (N = 39)	Moyenne (± ET)	Médiane	Min / Max	Données manquantes (n)
Age (années)	53,26 (± 12,87)	58	31 - 72	0
Ancienneté en santé au travail (années)	17,14 (± 12,27)	18	0,5 - 40	1
Ancienneté dans le service (années)	11,72 (± 10,69)	7,5	0,4 - 40	1

ET : Ecart-type

50% des répondants avaient plus de 58 ans, l'étendue correspondant à l'ancienneté en santé au travail comme dans le service était particulièrement importante avec respectivement 39,5 ans et 39,6 ans.

4.2.2 Modalités d'exercice et de réalisation des visites (Tableaux 3 et 4) :

La proportion des médecins collaborant avec un IDEST était similaire (51% vs 49%). Ils avaient recours majoritairement à 90% dans leur exercice quotidien au dossier médical informatisé. Ils déclaraient se déplacer dans un centre annexe éloigné géographiquement de leur centre de référence à 62% à une fréquence supérieure ou égale à 1 jour par semaine à 78% pour les 24 répondants.

Tableau 3 : Modalités d'exercice et de réalisation des visites (variables qualitatives).

Variables qualitatives (N = 39)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Collaboration IDEST			0
Oui	20	51,28	
Non	19	48,72	
Utilisation DMST informatique			0
Oui	35	89,74	
Non	4	10,26	
Déplacement en centre annexe éloigné			0
Oui	24	61,54	
Non	15	38,46	
Fréquence de déplacement en centre annexe éloigné			16
< 1jr/semaine	5	21,74	
1jr/semaine	9	39,13	
> 1jr/semaine	9	39,13	

N : effectif pour chaque variable

La majorité des médecins s'accordaient pour considérer que le temps de trajet acceptable réalisé par un salarié pour se rendre à sa visite était de 28,5 minutes. Une donnée n'a pas été considérée et a été classée comme manquante, la réponse était « ne sait pas ».

Tableau 4 : Modalités d'exercice et de réalisation des visites (variable quantitative).

Variable quantitative (N = 39)	Moyenne (± ET)	Médiane	Min / Max	Données manquantes (n)
Temps de trajet acceptable effectué par le salarié (minutes)	28,55 (± 12,62)	30	15 - 60	1

ET : Ecart-type

4.2.3 Recours à la téléconsultation (Tableaux 5, 6, 7 et 8) :

L'intérêt des médecins du travail concernant la téléconsultation en santé au travail avant la crise sanitaire était très faible. Ils se considéraient pas du tout intéressés à 53,8% soit 21 répondants (Intérêt = 1).

Tableau 5 : Recours à la téléconsultation (variable quantitative).

Variable quantitative (N = 39)	Moyenne (± ET)	Médiane	Min / Max	Données manquantes (n)
Intérêt téléconsultation avant Covid-19	2,23 (± 1,81)	1	1 - 7	0

ET : Ecart-type

Dans le contexte sanitaire, ce mode d'exercice a été employé par la majorité des répondants à 79,5%.

Tableau 6 : Recours à la téléconsultation (variable qualitative).

Variable qualitative (N = 39)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Recours à la téléconsultation			0
Oui	31	79,49	
Non	8	20,51	

N : effectif pour chaque variable

4.2.3.1 Réalisation de visites en téléconsultation par les IDEST (Tableau 7) :

Un peu plus de la moitié des IDEST collaborant avec le médecin du travail (N=20) ont eu recours à la téléconsultation pour réaliser leurs visites soit 55%.

Tableau 7 : Recours à la téléconsultation par l'IDEST.

Variable qualitative (N = 20)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Recours à la téléconsultation par l'IDEST			0
Oui	11	55	
Non	9	45	

N : effectif pour chaque variable

4.2.3.2 Types de visites réalisées en téléconsultation pendant le Covid-19 (Tableau 8) :

Les instructions de la DGT permettaient aux médecins du travail de réaliser tous les types de visites en téléconsultation, par téléphonie ou visioconférence, à l'aide de système grand public ou professionnel. Chez les 31 répondants ayant eu recours à la téléconsultation, ils s'en sont saisis pour réaliser tous les types de visites (à l'exception des visites concernant les mineurs ou autres cas particuliers devant être réalisées avant l'embauche dont la proportion était très faible), majoritairement pour des visites à la demande, des visites de pré-reprise et de reprise dans une proportion de 57% du total des types de visites effectués.

Tableau 8 : Types de visites réalisées en téléconsultation.

Variables qualitatives (N = 31)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
VIP initiale			8
Oui	15	65,28	
Non	8	34,78	
EMA embauche			7
Oui	12	50	
Non	12	50	
Visite avant embauche (<18, nuit..)			10
Oui	4	19,05	
Non	17	80,95	
VIP périodique			10
Oui	11	52,38	
Non	10	47,62	
EMA périodique			9
Oui	10	45,45	
Non	12	54,55	
Visite de reprise			1
Oui	27	90	
Non	3	10	
Visite de pré-reprise			2
Oui	27	93,1	
Non	2	6,9	
Visite à la demande			2
Oui	28	96,55	
Non	1	3,45	
Inaptitude			10
Oui	9	42,86	
Non	12	57,14	

N : effectif pour chaque variable

4.2.4 Ressentis des médecins du travail sur la téléconsultation (Tableaux 9 et 10) :

Nous avons cherché à déterminer quelles difficultés les médecins du travail pourraient ou avaient ressenties lors de l'utilisation de la téléconsultation.

Le manque d'examen clinique apparait comme la difficulté principale pour 85% d'entre eux, suivi des problèmes techniques liés à la connexion pour 58 % et de l'absence de communication non-verbale à 51%. Un répondant a déclaré une autre difficulté :

- « absence de moyen de visioconférence par les salariés ».

Nous avons ensuite demandé aux répondants comment ils définissaient la téléconsultation. Un peu plus de la moitié soit 56,5% considérait ce mode d'exercice comme déshumanisant, 46% comme permettant de réaliser des économies liées aux transport et 31% comme un déclin. 9 répondants ont répondu librement :

- « une obligation compte tenu de la décroissance de la démographie médicale en santé au travail »,
- « une nouvelle organisation rendue nécessaire par déficit de temps médical »,
- « pis-aller »,
- « c'est un pis-aller pour faire face à la pénurie des médecin du Travail »,
- « un peu compliqué à planifier »,
- « un appoint »,
- « dépannage »,
- « outil intéressant mais pas pour tout »,
- « protection par rapport au Covid-19 ».

Suite à la crise sanitaire et leur possible recours à la téléconsultation, nous avons souhaité connaître leur intérêt à utiliser ce dispositif dans le futur. Majoritairement, leur intérêt pour utiliser la téléconsultation restait faible passant de pas du tout intéressé à peu intéressé en moyenne (23 répondants dont l'intérêt est \leq à 3 sur une échelle de 1 à 10 soit 59% de l'effectif).

Tableau 9 : Difficultés et ressentis de la téléconsultation en santé travail.

Variables qualitatives (N = 39)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Difficultés à la réalisation de visite en téléconsultation			1
Manque de formation informatique	5	12,82	
Manque d'assistance informatique	5	12,82	
Mauvaise connexion (saut/coupure)	22	57,89	
Mauvaise qualité d'image	11	28,2	
Mauvaise qualité sonore	13	33,33	
Manque de fluidité dans les échanges	16	41,03	
Absence de communication non-verbale	20	51,28	
Absence d'exams complémentaires	13	33,33	
Absence d'examen clinique	33	84,61	
Aucune difficulté	1	2,56	
Autre	1	2,56	
Ressentis de la téléconsultation en santé au travail			0
Progrès	7	17,95	
Déclin	12	30,77	
Chronophage	8	20,51	
Optimisation du temps médical	10	25,64	
Déshumanisation	22	56,41	
Renforcement du suivi	2	5,13	
Ubérisation	6	15,38	
Economie (transport)	18	46,15	
Diminution de l'absentéisme	6	15,38	
Equité d'accès au médecin du travail	2	5,13	
Autre	9	23,07	

N : effectif pour chaque variable

Tableau 10 : Intérêt à la téléconsultation en contexte sanitaire normal.

Variable quantitative (N = 39)	Moyenne (± ET)	Médiane	Min / Max	Données manquantes (n)
Intérêt téléconsultation après Covid-19	3,79 (± 2,71)	3	1 - 10	0

ET : Ecart-type

4.2.5 Perspectives sur la téléconsultation en santé au travail (Tableau 11) :

- **Types de visites :**

Les visites les plus adaptées à la téléconsultation dans le futur étaient selon les répondants les visites à la demande à 65%, la visite de pré-reprise à 56% et les visites d'information et de prévention périodiques à 52%.

- **Secteurs d'activités :**

Concernant les secteurs d'activités, on a retrouvé majoritairement le secteur tertiaire de type administratif à 83%, puis les métiers de l'ingénierie (ingénieur) à 63% et enfin le secteur tertiaire de type commerce/vente à 62%. Les métiers du bâtiment travaux public et de l'industrie (agriculture, maintenance, production...) n'apparaissaient pas adaptés et recueillaient 100% d'avis négatif.

- **Modes de téléconsultation :**

Nous avons ensuite interrogé les médecins sur le mode de téléconsultation qu'ils considéraient le plus viable.

La téléconsultation réalisée seul avec le salarié apparaît comme la meilleure des possibilités à 63,5% suivi de près par la téléconsultation assistée par un IDEST réalisant des examens complémentaires et une prise de constantes.

Les opinions étaient partagées à 50/50 concernant la téléconsultation assistée par un IDEST réalisant en plus des examens complémentaires et une prise de constantes, un examen clinique.

- **Profitabilités :**

Les médecins interrogés considéraient que la téléconsultation était le plus profitable aux employeurs des salariés à 63% et à leurs employeurs à 39,5%.

Tableau 11 : Perspectives d'utilisation de la téléconsultation.

Variables qualitatives (N = 39)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Type(s) de visite(s) le plus adaptée(s) à la téléconsultation en contexte sanitaire normale :			
VIP initiale			9
Oui	11	36,67	
Non	19	63,33	
EMA embauche			12
Oui	3	11,11	
Non	24	88,89	
Visite avant embauche (<18, nuit..)			11
Oui	3	10,71	
Non	25	89,29	
VIP périodique			10
Oui	15	51,72	
Non	14	48,28	
EMA périodique			13
Oui	5	19,23	
Non	21	80,77	
Visite de reprise			12
Oui	4	14,81	
Non	23	85,19	
Visite de pré-reprise			7
Oui	18	56,25	
Non	14	43,75	
Visite à la demande			5
Oui	22	64,71	
Non	12	35,29	
Inaptitude			13
Oui	3	11,54	
Non	23	88,46	

N : effectif pour chaque variable

Tableau 11 : Perspectives d'utilisation de la téléconsultation (suite).

Variables qualitatives (N = 39)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Secteur(s) d'activité(s) le plus adapté(s) à la téléconsultation :			
Métiers du transport			12
Oui	3	11,11	
Non	24	88,89	
Métiers du Bâtiment Travaux Publics			12
Oui	0	0	
Non	27	100	
Métiers de l'industrie (Agriculture, production, maintenance)			12
Oui	0	0	
Non	27	100	
Métiers des technologies (réseaux, télécommunications)			10
Oui	15	51,72	
Non	14	48,28	
Métiers de l'ingénierie (Ingénieur...)			9
Oui	19	63,33	
Non	11	36,67	
Secteur tertiaire type Administratif			3
Oui	30	83,33	
Non	6	16,67	
Secteur tertiaire type Restauration			11
Oui	5	17,86	
Non	23	82,14	
Secteur tertiaire type Commerce/Vente			5
Oui	21	61,77	
Non	13	38,23	
Secteur tertiaire type Santé (Infirmier...)			13
Oui	5	19,23	
Non	21	80,77	
Intermittents du spectacle			10
Oui	11	37,93	
Non	18	62,07	

Tableau 11 : Perspectives d'utilisation de la téléconsultation (suite).

Variables qualitatives (N = 39)	N	Pourcentage	Données manquantes (n)
Viabilité du mode de réalisation des visites en téléconsultation :			
Téléconsultation Médecin - Salarié (seul)			6
Oui	21	63,64	
Non	12	36,36	
Téléconsultation assistée par une secrétaire médicale (examens complémentaires)			9
Oui	16	46,67	
Non	14	53,33	
Téléconsultation assistée par un Infirmier (examens complémentaires + constantes)			10
Oui	18	62,07	
Non	11	37,93	
Téléconsultation assistée par un infirmier (examens complémentaires + constantes + examen clinique)			13
Oui	13	50	
Non	13	50	
Cabine de Téléconsultation autonome (Salarié seul avec prise de constantes + examens complémentaires)			15
Oui	6	25	
Non	18	75	
Téléconsultation réalisée par un Médecin appartenant à une plateforme de Télémédecine (sous -traitance)			14
Oui	4	16	
Non	21	84	
Profitabilité de la téléconsultation :			
Au salarié	12	31,58	1
A l'employeur du salarié	24	63,16	1
Au médecin du travail	8	21,05	1
A l'employeur du médecin du travail	15	39,47	1
Au système de santé	7	18,42	1

4.3 Analyse qualitative des commentaires libres :

La question 22 avait pour but de laisser un champ d'expression libre sur le sujet d'étude aux médecins du travail. 29 répondants ont laissé un commentaire libre (Annexe 3) soit 74,36% des répondants.

4.3.1 Analyse linguistique :

Les opinions positives représentent une couverture de 24,81 % des commentaires libres.

Les opinions négatives représentent une couverture de 75,19 % des commentaires libres.

4.3.2 Analyse fréquentielle (Tableau 12) :

En faisant abstraction du sujet de l'étude, de la population étudiée et du mot « salarié/salariés » relatif au type de personne suivie, on constatait une fréquence plus importante pour les mots « examen » à 1,71%, « clinique » à 1,45% et « relation » à 1,18%. Le tableau ci-dessous ne rapporte que les 10 premières occurrences.

Tableau 12 : Analyse fréquentielle des mots des commentaires libres.

Mot	Nombre	Pourcentage pondéré (%)
téléconsultation	16	2,11
travail	15	1,97
examen	13	1,71
salarié	13	1,71
clinique	11	1,45
médecin	10	1,32
peut	10	1,32
salariés	10	1,32
relation	9	1,18
visites	9	1,18
médical	8	1,05

4.3.3 Analyse thématique de contenu (Figure 7) :

Le découpage sémantique a permis d'obtenir 12 thèmes. Parmi les principaux thèmes retrouvés :

- La couverture du thème « relation médecin-patient » représente 6,8% de l'ensemble des commentaires :
 - « j'accorde de l'importance à la relation médecin - "salarié" »,
 - « relation de confiance plus difficile à mettre en œuvre à distance »,
 - « les relations humaines ne peuvent pas se faire par le biais d'un écran ».

- La couverture du thème « difficultés technologique » représente 4,77% :
 - « limites techniques (qualité du réseau, du matériel utilisé...) »,
 - « persistance de zones blanches »,
 - « un handicap cognitif ou au niveau sensoriel déficient (auditif,...) sont limitants ».

- La couverture du thème « déclin » représente 4,7% :
 - « je n'ai pas fait 10 ans de médecine pour mettre des croix dans les cases d'un logiciel informatique »,
 - « fin annoncée de la santé au travail »,
 - « le médecin du travail dans un rôle administratif ».

- La couverture du thème « examen clinique » représente 4,58% :
 - « une visite sans examen clinique est un non-sens »,
 - « de plus l'examen clinique, physique, reste indispensable dans certaines situations »,
 - « l'examen clinique reste primordial ».

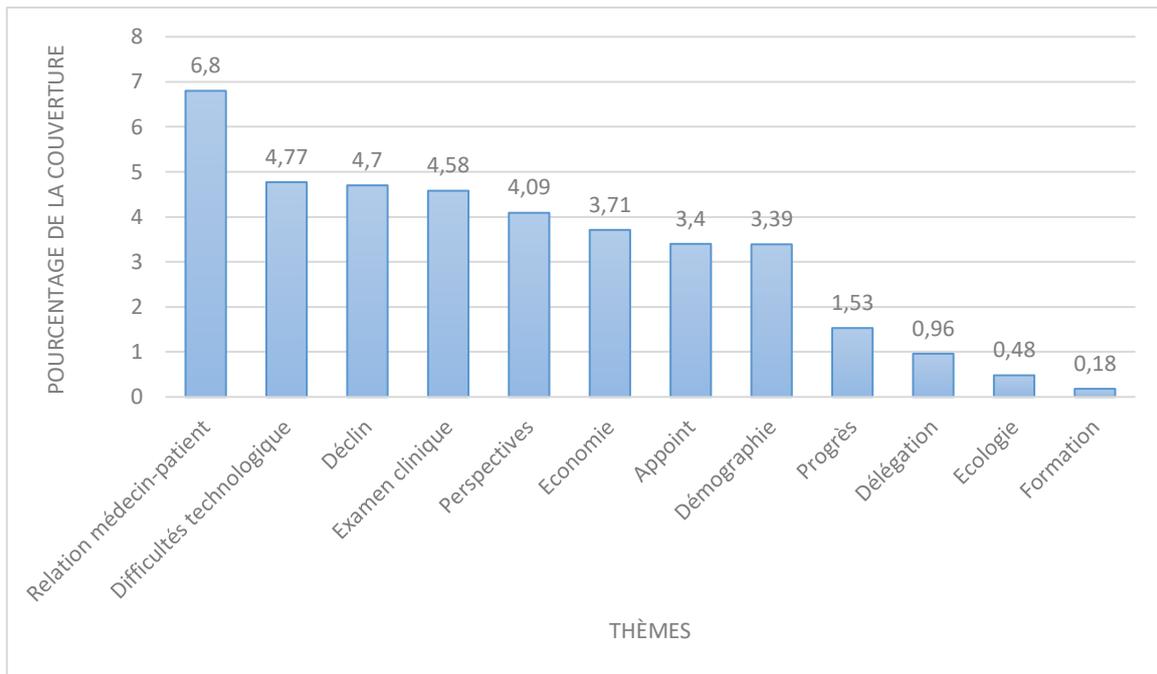


Figure 7 : Analyse thématique de contenu.

4.4 Analyses comparatives :

Dans un second temps, afin de répondre aux objectifs secondaires, nous nous sommes intéressés aux facteurs ayant pu influencer leur recours à la téléconsultation puis à l'influence de l'intérêt pour la téléconsultation sur les perspectives d'utilisation futures.

4.4.1 Facteurs associés au recours à la téléconsultation (Tableaux 13 et 14) :

Concernant la variable « intérêt pour la téléconsultation avant le Covid-19 » nous avons utilisé la médiane des réponses. La fréquence de déplacement n'a pas été incluse dans l'analyse en raison de la possibilité de choix multiples, rendant difficile leur l'interprétation.

Selon les analyses comparatives, nous avons retrouvé dans notre échantillon, 3 facteurs associés au recours à la téléconsultation :

- La collaboration avec un IDEST était un facteur négatif du recours à la téléconsultation ($p = 0,044$).
- Un âge moyen plus jeune était un facteur positif du recours à la téléconsultation ($p = 0,042$).
- Un temps de trajet acceptable réalisé par le salarié pour effectuer sa visite plus important, était un facteur positif du recours à la téléconsultation ($p = 0,03$).

Tableau 13 : Facteurs associés au recours à la téléconsultation (variables quantitatives).

Variables quantitatives	Recours à la téléconsultation N = 31 moyenne (\pm ET)	Absence de recours à la téléconsultation N = 8 moyenne (\pm ET)	Valeur de p
Age	51,01 (\pm 13,41)	61,62 (\pm 5,26)	0,042
Ancienneté en santé au travail	15,58 (\pm 12,91)	23 (\pm 7,46)	0,14
Ancienneté dans le service	10,72 (\pm 11,1)	15,5 (\pm 8,55)	0,13
Temps de trajet acceptable effectué par le salarié	30 (\pm 11,74)	23,12 (\pm 15,1)	0,03

ET : Ecart-type, p : significativité.

Tableau 14 : Facteurs associés au recours à la téléconsultation (variables qualitatives).

Variables qualitatives	Recours à la téléconsultation N = 31 n (%)	Absence de recours à la téléconsultation N = 8 n (%)	Valeur de p
Sexe			
Femme	19 (82,61)	4 (17,39)	0,69
Homme	12 (75)	4 (25)	
Département d'exercice			
Charente	15 (71,43)	6 (28,57)	0,26
Vienne	15 (88,235)	2 (11,765)	
Utilisation du DMST informatique			
Oui	29 (82,86)	6 (17,14)	0,18
Non	2 (50)	2 (50)	
Collaboration avec un IDEST			
Oui	13 (65)	7 (35)	0,044
Non	18 (94,74)	1 (5,26)	
Déplacement en centre annexe éloigné			
Oui	18 (75)	6 (25)	0,45
Non	13 (86,67)	2 (13,33)	
Intérêt téléconsultation avant Covid-19			
= 1	17 (80,95)	4 (19,05)	>0,99
> 1	14 (77,78)	4 (22,22)	

n : effectif par variable, p : significativité.

4.4.2 Influence de l'intérêt pour la téléconsultation après Covid-19 sur les perspectives d'utilisation futures (Tableau 15) :

Nous avons retrouvé une corrélation positive, taux de corrélation = 0,675 ($p = 0,0001$), sur l'intérêt pour la téléconsultation avant Covid-19 et son intérêt après Covid-19.

Nous avons souhaité connaître l'influence d'un intérêt plus important après Covid-19 (> 3) sur les perspectives d'utilisation futures.

Tableau 15 : Influence de l'intérêt pour la téléconsultation après Covid-19 sur les perspectives d'utilisation futures.

Variables qualitatives	Intérêt téléconsultation après Covid-19	Pas d'intérêt téléconsultation après Covid 19	Valeur de p
	> 3 N = 16 n (%)	≤ 3 N = 23 n (%)	
Visite en contexte sanitaire normal			
VIP initiale			
Oui	10 (62,5)	1 (7,14)	0,002
Non	6 (37,5)	13 (92,86)	
EMA embauche			
Oui	2 (15,38)	1 (7,14)	0,596
Non	11 (84,62)	13 (92,86)	
Visite avant embauche (<18, nuit..)			
Oui	2 (14,29)	1 (7,14)	> 0,999
Non	12 (85,71)	13 (92,86)	
VIP périodique			
Oui	12 (80)	3 (21,43)	0,003
Non	3 (20)	11 (78,57)	
EMA périodique			
Oui	4 (33,33)	1 (7,14)	0,148
Non	8 (66,67)	13 (92,86)	
Visite de reprise			
Oui	3 (23,08)	1 (7,14)	0,326
Non	10 (76,92)	13 (92,86)	
Visite de pré-reprise			
Oui	11 (73,33)	7 (41,18)	0,087
Non	4 (26,67)	10 (58,82)	
Visite à la demande			
Oui	11 (73,33)	11 (57,89)	0,476
Non	4 (26,67)	8 (42,11)	
Inaptitude			
Oui	1 (8,33)	2 (14,29)	> 0,999
Non	11 (91,67)	12 (85,71)	

n : effectif par variable, *p* : significativité.

Tableau 15 : Influence de l'intérêt pour la téléconsultation après Covid-19 sur les perspectives d'utilisation futures (suite).

Variables qualitatives	Intérêt téléconsultation après Covid-19	Pas d'intérêt téléconsultation après Covid 19	Valeur de p
	> 3 N = 16 n (%)	≤ 3 N = 23 n (%)	
Secteurs d'activités			
Métiers du transport			
Oui	2 (15,38)	1 (7,14)	0,596
Non	11 (84,62)	13 (92,86)	
Métiers du Bâtiment Travaux Publics			
Oui	0 (0)	0 (0)	1
Non	13 (100)	14 (100)	
Métiers de l'industrie (Agriculture, production, maintenance)			
Oui	0 (0)	0 (0)	1
Non	13 (100)	14 (100)	
Métiers des technologies (réseaux, télécommunications)			
Oui	9 (60)	6 (42,86)	0,467
Non	6 (40)	8 (57,14)	
Métiers de l'ingénierie (Ingénieur...)			
Oui	12 (80)	7 (46,67)	0,128
Non	3 (20)	8 (53,33)	
Secteur tertiaire type Administratif			
Oui	15 (93,75)	15 (75)	0,196
Non	1 (6,25)	5 (25)	
Secteur tertiaire type Restauration			
Oui	4 (28,57)	1 (7,14)	0,326
Non	10 (71,43)	13 (92,86)	
Secteur tertiaire type Commerce/Vente			
Oui	12 (75)	9 (50)	0,172
Non	4 (25)	9 (50)	
Secteur tertiaire type Santé (Infirmier...)			
Oui	3 (21,43)	2 (16,67)	> 0,999
Non	11 (78,57)	10 (83,33)	
Intermittents du spectacle			
Oui	9 (60)	2 (14,29)	0,021
Non	6 (40)	12 (85,71)	

Tableau 15 : Influence de l'intérêt pour la téléconsultation après Covid-19 sur les perspectives d'utilisation futures (suite).

Variables qualitatives	Intérêt	Pas d'intérêt	Valeur de p
	téléconsultation après Covid-19 > 3 N = 16 n (%)	téléconsultation après Covid 19 ≤ 3 N = 23 n (%)	
Mode de téléconsultation			
Téléconsultation Médecin - Salarié (seul)			
Oui	8 (53,33)	13 (72,22)	0,3
Non	7 (46,67)	5 (27,78)	
Téléconsultation assistée par une secrétaire médicale (examens complémentaires)			
Oui	11 (73,33)	5 (33,33)	0,066
Non	4 (26,67)	10 (66,67)	
Téléconsultation assistée par un Infirmier (examens complémentaires + constantes)			
Oui	11 (78,57)	7 (46,67)	0,128
Non	3 (21,43)	8 (53,33)	
Téléconsultation assistée par un infirmier (examens complémentaires + constantes + examen clinique)			
Oui	6 (54,54)	7 (46,67)	> 0,999
Non	5 (45,46)	8 (53,33)	
Cabine de Téléconsultation autonome (Salarié seul avec prise de constantes + examens complémentaires)			
Oui	3 (27,27)	3 (23,08)	> 0,999
Non	8 (72,73)	10 (76,92)	
Téléconsultation réalisée par un Médecin appartenant à une plateforme de Télémédecine (sous -traitance)			
Oui	4 (33,33)	0 (0)	0,039
Non	8 (66,67)	13 (100)	
Profitabilité			
Au salarié	10 (62,5)	2 (9,09)	0,001
A l'employeur du salarié	13 (81,25)	11 (50)	0,088
Au médecin du travail	7 (43,75)	1 (4,55)	0,005
A l'employeur du médecin du travail	5 (31,25)	10 (45,45)	0,506
Au système de santé	4 (25)	3 (13,64)	0,425

Les résultats, pour notre échantillon, montrent un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir un intérêt plus important au recours à la téléconsultation après le Covid-19 et les variables suivantes :

- La réalisation de VIP initial ($p = 0,002$).
- La réalisation de VIP périodique ($p = 0,003$).
- La réalisation de visite pour les intermittents du spectacle ($p = 0,021$).
- La réalisation de téléconsultation par un médecin appartenant à une plateforme de télémédecine (sous-traitance) ($p = 0,039$).
- La rentabilité des téléconsultations pour le salarié ($p = 0,001$).
- La rentabilité des téléconsultations pour le médecin du travail ($p = 0,005$).

5 DISCUSSION :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, dans une population de médecins du travail exerçant en service interentreprises, leurs ressentis et leurs perspectives concernant l'utilisation de la téléconsultation. Si, sur les 39 répondants, 79,5% y ont eu recours, 54% d'entre eux n'étaient pas du tout intéressés par la téléconsultation avant la crise sanitaire de la Covid-19.

Leurs ressentis sur ce nouvel outil étaient majoritairement négatifs, seulement 25% percevaient des aspects bénéfiques à son utilisation. Le fait de ne pouvoir réaliser un examen clinique apparaissait être la difficulté principale à 84%, déshumanisant la relation médecin-salarié pour 56% des médecins interrogés.

Concernant les perspectives d'utilisations futures, les médecins considéraient que les visites à la demande (65%) et de pré-reprises (56%) étaient les plus adaptées à la téléconsultation et majoritairement dans le secteur tertiaire de type administratif à 83%. Le mode de réalisation était partagé, qu'il s'agisse du médecin seul avec le salarié (64%) ou que le salarié soit accompagné d'un IDEST réalisant des examens complémentaires et une prise de constantes (62%). Enfin, c'était à l'employeur du salarié (63%) que la téléconsultation leurs semblait apporter le plus de bénéfices.

Nous avons deux objectifs secondaires, évaluer les facteurs ayant pu faire varier leur recours à la téléconsultation et l'influence de leurs intérêts sur son utilisation future. Un âge moyen plus jeune était un facteur positif du recours à la téléconsultation et la collaboration avec un IDEST un facteur péjoratif. Un intérêt plus important à son emploi après la Covid-19 influençait significativement sur le type de visite le plus adapté (VIP initiale et périodique), le secteur d'activité (intermittents du spectacle), le mode de réalisation (médecin en sous-traitance) et la rentabilité (salarié et médecin du travail).

5.1 Discussion de la méthode : Forces et limites

5.1.1 Le choix du sujet :

Encore quasi-inexistante il y a quelques mois dans notre spécialité, la télémédecine, et en particulier la téléconsultation, s'est généralisée dans le contexte sanitaire actuel afin d'assurer la continuité de la surveillance des salariés dont les médecins du travail ont la charge.

A ce jour, on ne retrouve aucune étude publiée concernant la téléconsultation en santé au travail. Un travail de thèse abordant le champ de la télémédecine en santé au travail a été réalisé par BASCHET en 2019 (69) évaluant l'intérêt des médecins du travail à la mise en place d'un projet de télé-expertise en lien avec les centres de consultations en pathologies professionnelles et environnementales. Cette étude ne recueillait pas leurs ressentis sur l'acte de la consultation à distance à proprement parler.

Ce sujet d'actualité et original nous est apparu important afin de percevoir la médecine du travail de demain.

5.1.2 Le choix du type d'étude :

Nous avons fait le choix de réaliser une étude descriptive pour plusieurs raisons. Tout d'abord dans le contexte sanitaire actuel, réaliser des entretiens en présentiel ne nous a pas semblé opportun. Ce type d'étude, en utilisant une réponse par un auto-questionnaire en ligne, garantissait l'anonymat, et permettait d'obtenir des réponses plus sincères et une analyse plus précise. Si généralement les études descriptives sont effectuées à plus grande échelle, ce travail pourra servir de base à la réalisation d'études plus larges.

5.1.3 Le questionnaire :

Composé en majorité de questions fermées, afin de faciliter le traitement des données, certains champs permettaient toutefois de répondre librement, et la question 22 nous a permis de recueillir sans restriction l'opinion des répondants, cela afin de limiter la perte de nuance qu'impose les questions fermées. Les questions semblent avoir été comprises, nous n'avons pas trouvé de réponses aberrantes lors de l'analyse. Le questionnaire était relativement court pour optimiser le taux de réponses.

L'étude concernait le recours à la téléconsultation sous toutes ses formes dans le contexte actuel, l'ajout d'une question sur le recours à la téléphonie par rapport à la visio-conférence aurait pu être pertinent. En effet, plusieurs études américaines réalisées dans le domaine de la psychiatrie montrent la supériorité, à minima la non-infériorité, de thérapie effectuée par téléphone par rapport au face à face (70).

5.1.4 Taux de participation et représentativité de l'échantillon :

Nous avons obtenu un taux de réponses satisfaisant de 72% (n = 39/54) des personnes inclus dans l'étude. Néanmoins, nous attendions un taux supérieur de réponse, cette perte de participation pourrait s'expliquer par la période de diffusion du questionnaire correspondant aux congés d'été et à la diffusion en parallèle, le jour suivant, d'une étude réalisée par les médecins inspecteurs régionaux du travail traitant du même sujet. Le questionnaire a été envoyé uniquement par courriel, il n'y a pas eu d'envoi par papier ce qui a également pu faire baisser le taux de participation.

Nous avons souhaité évaluer la représentativité de notre échantillon avec la population de médecins du travail interrogé et exerçant dans les 3 services de santé au travail concernés. Les directeurs des 3 SSTI nous ont fournis les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe et lieu d'exercice). Notre échantillon était représentatif de la population source sur les 3 critères (sexe, âge et lieu d'exercice).

5.1.5 Biais :

Comme évoqué ci-dessus, l'envoi uniquement par courriel a pu entraîner un biais de sélection chez les répondants, excluant d'office ceux pour qui les NTIC restaient encore abstraites.

Le fait d'avoir diffusé ce questionnaire uniquement dans 3 SSTI, dont la densité médicale est considérée comme forte selon l'atlas du CNOM en 2018 (53), pourrait être un biais dans l'interprétation de l'intérêt à la téléconsultation des médecins du travail de la région Poitou-Charentes.

L'investigateur était connu par la majorité de la population interrogée et a pu engendrer un biais de désirabilité sociale. De plus, la participation volontaire à cette étude aurait pu engendrer un biais d'information, les répondants pouvant être plus sensibilisés à ce type de pratique. Cependant au regard des résultats, les ¾ des opinions recueillies étant négatives, ce biais apparaît limité.

Les commentaires libres n'ont pas fait l'objet d'une triangulation par un chercheur extérieur pouvant causer un biais d'interprétation.

Le manque d'étude sur le sujet en médecine du travail nous a conduits à comparer nos résultats avec des travaux réalisés dans d'autres spécialités pouvant altérer la pertinence de nos interprétations.

5.2 Discussion des résultats :

Devant l'absence d'étude similaire sur le sujet nous avons donc choisi de comparer une partie de nos résultats à des publications réalisées dans d'autres spécialités médicales comme la médecine générale ou la psychiatrie, ces spécialités représentant une grande partie de l'exercice du médecin du travail.

5.2.1 Ressentis sur la téléconsultation :

Les répondants de notre étude montraient un très faible intérêt pour la téléconsultation, quasiment nul avant la crise sanitaire avec un intérêt à un sur une échelle de 1 à 10 pour 53% d'entre eux, et même s'il progressait, l'intérêt d'un recours futur restait majoritairement limité, la médiane d'intérêt passant de 1 à 3 sur cette même échelle de mesure.

D'un point de vue purement technique, c'étaient les problèmes de connexion, de qualité d'image ou de son qui ont pu être vécus comme des difficultés à la réalisation des téléconsultations. Compte tenu de la mise en place en urgence des systèmes de visio-conférences, il est imaginable de s'affranchir de la majorité de ces difficultés avec du matériel adéquat et prévu à cette effet pour la pratique ultérieure (la qualité des webcams et des microphones intégrés aux ordinateurs portables utilisés majoritairement à ce jour est de loin inférieur aux périphériques externes disponibles sur le marché). La persistance de zone blanche quant à elle sera l'affaire des pouvoirs publics, le Plan France Très Haut Débit vise à couvrir l'intégralité du territoire en très haut débit d'ici 2022 (71). Malheureusement, majoritairement, ce sont les salariés dépendant de centres annexes, dont on peut considérer leur situation géographique comme rurale, qui se voient dépourvus de médecin du travail. Ceux qui pourraient recourir préférentiellement à la téléconsultation s'en voient *de facto* privés par l'absence de couverture mobile de qualité ou d'internet à haut débit dans leur territoire. Ce sont pourtant ces salariés qui ont un temps de trajet significativement plus important qui devraient avoir recours à ce type de de visite.

L'opinion des médecins du travail sur la téléconsultation était négative pour 75% d'entre eux. La préservation de la relation médecin-salarié ne serait selon eux, possible sans un contact étroit passant par un examen clinique et un échange en face à face, gage d'un recueil d'informations exhaustif, passant à la fois par la communication verbale et non-verbale. Ces craintes sont retrouvées dans l'étude de DURUPT et al. en 2016 (72) et dans de nombreux travaux de thèse de médecine générale (73-75). Le caractère déshumanisant de cette pratique y était souvent relevé. La psychiatrie n'échappe pas à ce sentiment de détérioration de la relation et de perte d'information induit par la consultation à distance comme le montrent Van Wynsberghe et Gastmans en 2009 (76). Étonnamment, en ce temps où la distanciation sociale est la règle, la salutation prohibée et le port du masque une nécessité, une consultation à distance à visage découvert, respectant les gestes barrières en vigueur et protégeant les plus fragiles des vulnérables, apparaît toujours comme déshumanisante.

Si l'ensemble des répondants s'accordait sur le fait que la télé médecine peut répondre à une partie des problèmes liés à la baisse de la démographie médicale, cette solution ne leur semblait pas être un progrès (18%) mais bien un déclin (31%), une obligation rendue nécessaire par le déficit de temps médical, un pis-aller en somme.

La téléconsultation permet de s'affranchir des distances et apparaissait comme un facteur positif économique en lien avec les déplacements évités (46%), mais elle ne permet pas de multiplier la ressource médicale. Réaliser une visite en téléconsultation plutôt qu'en présentiel ne doit pas en réduire la qualité, l'optimisation du temps médical était donc toute relative à leurs yeux (26%) et ne semblait pas une solution pour obtenir une équité sur l'accès aux médecins du travail (5%).

Evaluer le recours à la téléconsultation en cette période fut irrémédiablement biaisé par la pandémie actuelle et ne serait être que le reflet de son utilisation à un instant bien particulier. Néanmoins, on peut s'interroger sur le résultat obtenu. En effet, 20,5% des répondants n'y ont pas eu recours, force est de constater qu'ils ont dû poursuivre leur activité uniquement en présentiel. Notre étude met en évidence le fait que les médecins du travail plus jeunes ont eu recours plus facilement à la téléconsultation. Dans l'étude de BASCHET (69), l'âge n'était pas lié significativement à un intérêt plus important à la mise en place d'un projet de télé-expertise. La différence pourrait s'expliquer non pas sur la forme mais sur le fond. On s'aperçoit que tous ne maîtrisent pas encore l'outil informatique, 10% des répondants n'utilisant pas de dossier médical informatisé. Il semble que ce sentiment d'altération de la relation médecin-salarié soit le frein principal à son utilisation. Significativement, les médecins collaborant avec un IDEST

ont eu moins recours à la téléconsultation, il est probable qu'il y ait eu une délégation, non pas de tâches, mais de l'outil. L'IDEST n'ayant pas pour missions de réaliser un examen clinique lors de ses visites, il semble concevable que le recours à cet outil ait pu leur incomber.

Les différentes instructions de la DGT permettaient la réalisation de tous les types de visites durant la crise sanitaire en téléconsultation, certaines par décrets et avec l'appréciation du médecin pouvaient être reportées. Les répondants qui ont eu recours à la téléconsultation ont réalisé tous les types de visites sans exceptions, les avis d'inaptitude également. Leur activité s'est concentrée principalement sur les visites à la demande, les visites de pré-reprise et les visites de reprises. Cette activité apparaît en concordance avec l'exercice habituelle du médecin du travail à notre époque. Malgré leurs désintérêts ils ont su s'adapter.

5.2.2 Perspectives sur la téléconsultation :

Nous avons souhaité connaître, dans un contexte sanitaire normal, dans quelles situations et sous quelles formes la téléconsultation apparaissaient la plus adaptée aux médecins du travail. Force est de constater que ces perspectives rejoignent le ressenti des médecins du travail.

Les visites à la demande, de pré-reprise et d'informations et de prévention périodique sont majoritairement plébiscitées, ne donnant pas lieu à la délivrance d'un avis d'aptitude (certaines visites à la demande peuvent toutefois faire l'objet d'une délivrance d'un tel avis) et donc ne nécessitant pas un examen clinique. La notion de responsabilité apparaît comme une crainte et un frein important, ces avis pouvant faire l'objet de contestation comme décrit dans le code du travail à l'article R4624-45.

Les médecins du travail ayant un intérêt plus important pour la téléconsultation estimaient que les visites d'information et de prévention initiale pouvaient être réalisées dans ce cadre ($p = 0,002$). Si la notion d'aptitude y est toujours absente, il leur semble concevable de s'affranchir d'une première visite avec une consultation physique. Pour rappel, dans la médecine de soins, dans l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 (38), le médecin dit « téléconsultant » doit nécessairement connaître le patient et avoir eu une consultation en présentiel avec ce dernier dans les 12 mois précédant la téléconsultation. La réglementation actuelle, comme définit dans le code de la santé publique à l'article L. 6316-1, intègre à demi-

mot ou en tout cas n'exclut pas les médecins du travail du recours à la télé médecine, mais une doctrine plus explicite permettrait de lever certains freins à son utilisation en santé au travail.

Les secteurs d'activités qui leur semblent le plus adaptés sont en concordance avec leurs opinions, les métiers exposant à des risques particuliers (art. R4624-23 du code du travail) ou des contraintes physiques importantes comme dans le BTP, l'industrie ou le secteur sanitaire apparaissent totalement inadaptés. Concernant les intermittents du spectacle, l'intérêt plus important pour la téléconsultation influe significativement sur leurs avis ($p = 0,021$).

Le mode de réalisation des visites n'est pas épargné par cette défiance manifeste à réaliser un examen à distance, les deux modalités privilégiées, médecin/salarié (seul) ou médecin/salarié accompagné d'un IDEST (examens complémentaires + constantes), ne comportant pas d'examen physique, excluant du fait les catégories de salariés et les visites donnant lieu à l'émission d'un avis d'aptitude. Etonnamment, significativement, ceux montrant un intérêt plus important considèrent le recours à des médecins appartenant à des plateformes de télé médecine (sous-traitance) comme potentiellement adapté ($p = 0,039$). Notons qu'à ce jour, la loi ne prévoit pas la possibilité pour un médecin du travail de déléguer ses consultations à un autre médecin du travail sous l'autorité du premier. Cette délégation à un médecin « hors-sol », n'ayant pas de connaissance de l'entreprise ou des postes, apparaît difficilement réaliste, quid de la responsabilité du médecin référent de l'entreprise.

Si la réticence vis-à-vis des cabines de téléconsultation autonome peut s'entendre, déléguer l'examen au salarié lui-même semblent être un pas à franchir encore un peu trop important, la place des IDEST semble encore mal définie ou peu convenue par les médecins. Il en est de même pour la réalisation de l'examen clinique au moyen d'objets connectés par les IDEST. Pourtant, il ne s'agit là nullement d'une quelconque délégation mais bien d'assister le médecin et d'accompagner le salarié dans une bonne compréhension du suivi proposé. Cette pratique d'assistant de téléconsultation est déjà encadrée par la loi et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020, dans le secteur libéral, suite à la signature de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers (du 22 juin 2007) signé le 29 mars 2019 (77). Force est de constater que l'encouragement à l'utilisation des nouveaux outils numériques par les IDEST devra attendre le virage de la pensée des médecins avec lesquels ils collaborent. Cette organisation devra, le cas échéant, s'inscrire dans le cadre d'un protocole écrit comme défini par l'article R4623-14 du code du travail.

Notre étude n'interrogeait pas les IDEST mais leur implication à l'usage de cet outil était questionnée. Une étude plus large les incluant, évaluant leurs ressentis et leur place au sein de l'équipe pluridisciplinaire 3.0 semblerait judicieuse.

C'est dans le bénéfice que peut apporter la téléconsultation qu'on observe une différence significative majeure entre les médecins ayant un intérêt plus important à son recours et les autres. En effet, si dans l'ensemble ils s'accordent sur le fait que la rentabilité revient à l'employeur (du salarié), ce facteur d'intérêt a une influence significativement positive sur la rentabilité pour le salarié ($p = 0,001$) et le médecin du travail ($p = 0,005$). On constate une réelle opposition entre une vision financière et une vision qui tend à l'amélioration du système de santé. Il semble pourtant essentiel qu'une telle révolution dans l'exercice même des pratiques des médecins du travail ne s'inscrive pas dans une logique comptable mais bien dans l'objectif de mobiliser au mieux la ressource médicale sans en altérer la qualité.

6 CONCLUSION :

Spontanément, la plupart des médecins du travail s'opposent à la téléconsultation, torturés entre leur formation de clinicien nécessitant le contact direct avec le salarié et leurs obligations légales répondant au code du travail, spécificité particulière à notre spécialité.

La santé au travail comme les autres domaines de la santé s'est digitalisée au cours de la dernière décennie, abandonnant progressivement le papier au profit du numérique, délaissant la plume pour le clavier. Cette transition qui s'effectue encore non sans difficultés n'est qu'une prémisse de la médecine de demain.

Ce scepticisme face aux changements, cette crainte inexorable de voir cette plus-value médicale disparaître un peu plus à chaque réforme ou révolution sociétale, s'intensifie peu à peu et se fait ressentir dans les résultats de notre étude. Si, de manière générale, il apparaît révolutionnaire de réaliser une opération chirurgicale à distance grâce aux nouvelles technologies, effectuer une consultation par écrans interposés semble être un déclin, déshumanisant totalement la relation médecin-salarié.

Cependant, en raison des limites de notre étude et de l'effectif de la population ciblée, ces résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des médecins du travail, leurs avis pouvant être influencés par leur secteur d'activité et leur densité démographique dans leurs zones d'exercice.

Malgré un désintérêt manifeste, qui ne les a pas empêchés d'y avoir majoritairement recours durant la crise sanitaire du Covid-19, ils laissent toutefois entrevoir les perspectives futures de la téléconsultation en santé au travail, qui semblent être corrélées à leur activité actuelle, avec une prépondérance pour les visites à la demande ou de pré-reprise et à celles ne donnant pas lieu à un avis d'aptitude. Si les résultats ne le reflètent pas, le concours des IDEST à cette nouvelle pratique nous apparaît indéniable pour valoriser leurs compétences et pour recentrer le médecin du travail sur son expertise.

Un projet de téléconsultation pérenne ne pourrait être mis en place sans une technologie adéquate permettant une consultation à distance de qualité équivalente si ce n'est supérieur au présentiel, encadré par des protocoles et une législation définissant les types de visites et de salariés, dans le but d'optimiser le service rendu par les services de santé au travail interentreprises.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Technologies de l'information et de la communication. Dans : Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Technologies de l%27information et de la communication&oldid=172209556](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Technologies_de_l%27information_et_de_la_communication&oldid=172209556)
2. Hazebroucq V. Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française. 2003, 39. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000522.pdf>.
3. OMS. Informatique sanitaire et télémédecine. 1997, 6. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/182901/EB99_30_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Dionis J et Etienne J-C. Les télécommunications à haut débit au service du système de santé. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, n° 1686, tome I, 2004, 138. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i1686-t1.asp#P810_127111
5. Commission of the European communities. E-health making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. 2004, 26. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF>
6. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 aout 13, 2004.
7. Simon P et Acker D. Rapport-La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. 2008, 160. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 juill 21, 2009.
9. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, 2010-1229 oct 19, 2010.
10. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - Article 36. 2013-1203 déc 23, 2013.

11. LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 - Article 91. 2016-1827 déc 23, 2016.
12. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 54. 2017-1836 déc 30, 2017.
13. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, 2002-73 janv 17, 2002.
14. Circulaire DRT no 2004-01 du 13 janvier 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Bulletin Officiel N°2004-3: Annonce N°18. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/publications/picts/bo/20022004/A0030018.htm>.
15. Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, 2012-135 janv 30, 2012.
16. LOI n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, 2016-1088 août 8, 2016.
17. Chastel X, Siamed H et Blemond P. Attractivité et formation des professions de santé au travail, s. d., 2017, 176. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-023R.pdf>.
18. Lecocq C, Dupuis B et Forest H. Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée. s. d., 2018, 174. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf
19. Chaumel D, Maurice B et Vinquant J-P. Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI). s. d., 2019, 181. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-070r1d.pdf>.
20. Prononcé le 16 mars 2020 - Emmanuel Macron 16 mars 2020 coronavirus confinement municipales | Vie publique.fr [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>
21. LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, 2020-290 mars 23, 2020.
22. Décret n° 2020-410 du 8 avril 2020 adaptant temporairement les délais de réalisation des visites et examens médicaux par les services de santé au travail à l'urgence sanitaire, 2020-410 avr 8, 2020.

23. Ministère du travail. Instruction relative au fonctionnement des services de santé au travail pendant l'épidémie de covid 19. DGT, 17 mars 2020. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_sst_-_covid_19.pdf
24. L'histoire de l'ECG [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <http://foulon.chez-alice.fr/Alie%202.000/DATAS/MODULE1/HistoECG.htm>
25. Lucas J. Télémédecine, les préconisations du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2009, 22. [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur : <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/TELEMEDECINE.pdf>.
26. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. 2010, 183. [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000622.pdf>.
27. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide méthodologique pour l'élaboration d'un programme régional de télémédecine. [Internet]. DGOS, 2011, 116. [cité le 13 juill 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methhodologique_elaboration_programme_regional_telemedecin_e.pdf.
28. Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (s. d.).
29. Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télé-expertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (s. d.).
30. Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (s. d.).
31. Arrêté du 25 avril 2017 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance du diabète mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (s. d.).
32. Arrêté du 14 novembre 2017 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (s. d.).
33. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. septembre 2017, chapitre VII : la télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre,

p.297-334, La Documentation française. [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-telemedecine.pdf>.

34. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2020. décembre 2017, 53. [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf.
35. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, 2017-1866 déc 29, 2017.
36. Assurance Maladie. Site de la convention médicale 2016. [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : <https://convention2016.ameli.fr/>
37. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
38. Arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
39. Téléconsultation [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation>
40. Téléexpertise [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
41. Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télé médecine. 2018-788 sept 13, 2018.
42. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.
43. Conseil national de l'Ordre des médecins. L'informatisation de la santé. Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, mai 2008, 20.
44. Conseil national de l'Ordre des médecins. « Télé médecine : il faut raison et déontologie garder ! ». Médecins, Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins, n°16, mars-avril 2011, p. 7.
45. Conseil national de l'Ordre des médecins. Vade-Mecum Télé médecine. Septembre 2014, 24.

46. Conseil national de l'Ordre des médecins. Santé connectée, de la e-santé à la santé connectée. Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier 2015, 36.
47. Conseil national de l'Ordre des médecins. Télémédecine et autres prestations médicales électroniques. Rapport de mission adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, février 2016, 15.
48. Conseil national de l'Ordre des médecins. La Télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : Rappel des positions du Conseil national de l'Ordre des médecins. Session du Conseil national de l'Ordre des médecins, 08 février 2018, 3.
49. Conseil national de l'Ordre des médecins. Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins, janvier 2018, 72.
50. Conseil national de l'Ordre des médecins. Enjeux éthiques : la place du médecin. Médecins, Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins, numéro spécial, mars 2020, p. 37-39.
51. LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. 2011-867 juill 20, 2011.
52. Présance, chiffre-clés 2017-2018, rapport octobre 2018 [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2019/06/medrelais2019_6_chiffrescles_ssti_2018.pdf
53. CNOM, Bouet P. Approche territoriales des spécialités médicales et chirurgicales. 2018, 369, p.183-190. [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
54. Hamadani H, Hardouin O, Legent M. La téléconsultation en santé travail : une réalité humaine augmentée. 2019,4. [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2019/10/S2_A4.pdf
55. Du L, Acker A. Tout savoir sur la télémédecine chez Eramet. 2019, 4. [Internet]. [cité 24 juill 2020]. Disponible sur : <https://www.h4d.com/wp-content/uploads/2020/03/SUCCESS-CASE-ERAMET.pdf>
56. La Consult Station, 1er cabinet médical connecté de proximité [Internet]. H4D. [cité 6 août 2020]. Disponible sur : <https://www.h4d.com/cabinet-medical-connecte/>

57. SARS-CoV-2. Dans : Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=SARS-CoV-2&oldid=173573751>
58. Maladie à coronavirus 2019. Dans : Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Maladie_%C3%A0_coronavirus_2019&oldid=173628041
59. Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) [Internet]. [cité 8 août 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
60. Ordonnance n° 2020-386 du 1er avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle.
61. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.
62. Ministère du travail. Instruction relative à l'activité des services de santé au travail interentreprises (SSTI) et de leurs personnels pendant l'épidémie de Covid-19. DGT, 02 avril 2020. [Internet]. [cité 08 août 2020]. Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_activite_partielle_sst_2_4_2020.pdf.
63. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du hcsp patients à risque de forme sévère du covid-19. HCSP, 14 mars 2020. [Internet]. [cité 08 août 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/665950/document/avis_du_hcsp_-_patients_a_risque_de_forme_severe_du_covid-19_-_mars_2020.pdf.
64. INRS. Services de santé au travail. L'infirmier de santé au travail - Démarches de prévention - INRS. [Internet]. [cité 08 août 2020]. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/infirmier-sante-travail.html>.
65. Moore M. The evolution of telemedicine. Future Generation Computer Systems 15, 1999, p. 245-254.

66. Dewitte JD. Avis relatif à la téléconsultation en santé au travail, du 15 avril 2020. Archives des maladies Professionnelles et de l'Environnement (2020), <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.04.011>
67. Ministère du travail. Instruction relative aux missions et au fonctionnement des services de santé au travail dans le cadre du déconfinement. DGT, 16 juillet 2020.
68. Haute Autorité de Santé. Guide pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise. HAS, mai 2019, 28. [Internet]. [cité 08 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf.
69. Baschet C. Télé-expertise en santé au travail : Attentes et besoins des médecins du travail. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université Toulouse III – Paul Sabatier, 2019.
70. Mohr DC, Duffecy J, Reifler D et al. Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: a randomized trial. JAMA. 2012; 307: 2278-2285. [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur : <https://doi:10.1001/jama.2012.5588>
71. Aménagement numérique des territoires | Agence du numérique. « Cahier des charges. PFTHD RIP 2020.pdf ». [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur : <https://www.amenagement-numerique.gouv.fr/files/2020-02/Cahier%20des%20charges.%20PFTHD%20RIP%202020.pdf>.
72. Durupt M, Bouchy O, Christophe S et al. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique Vandoeuve-Lès-Nancy Fr. 2016;28(4):487-97.
73. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Bordeaux U.F.R. des sciences médicales, 2017.
74. Lavaill R. L'apport de la télémédecine dans l'exercice de la médecine générale [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Besançon, 2011.
75. Bordelais G. Télémédecine: pratiques et opinion des médecins libéraux des territoires du Calvados, de l'Orne et de la Manche. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine] Université de Caen Normandie, 2018.
76. Van Wynsberghe A, Gastmans C. Telepsychiatry and the meaning of in-person contact: a preliminary ethical appraisal. Med. Health Care Philos. 2009; 12: 469-476. [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur : <https://doi: 10.1007/s11019-009-9214-y>

77. Légifrance. Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007. Journal officiel - JORF n° 0135 du 13/06/2019. [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=mghBlpjf_MLKjmj9VgQiuYJta8tFD7COW6pZl-nj4k=.

ANNEXES

Annexe 1 : Courriel de présentation de l'étude et envoi du questionnaire.

(Le mardi 30/06/2020 à 09:02)

Chères consœurs, chers confrères, médecin du travail,

J'ai eu le plaisir de rencontrer la plupart d'entre vous lors de mes différents stages en service de santé au travail interentreprises et dans mon cursus universitaire, je vous sollicite pour répondre à un questionnaire dans le cadre de mon travail de thèse.

Le but de cette étude est de recueillir votre ressenti et vos perspectives d'avenir sur la Téléconsultation en santé au travail, pratique qui s'est développée dans vos services en réponse à la crise sanitaire actuelle.

Ce questionnaire (anonyme) ne vous prendra pas plus de 5 à 10 minutes, en voici le lien :

<https://forms.gle/KzLLRCMhtSNyFyxa7>

Je vous remercie par avance de votre participation.

Acceptez toute ma reconnaissance pour l'aide que vous apportez à mon travail.

Bonne journée,

Cordialement,

Hugo Boncoeur

Interne en Santé au travail

hugoboncoeur@gmail.com

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

Questionnaire : La téléconsultation en santé au travail.

La santé au travail se voit transformée par de nombreuses réformes depuis la dernière décennie, modifiant le suivi des salariés et les pratiques des médecins du travail.

La médecine, en général, voit dans le même temps se développer de nouvelles pratiques, la Télémédecine, pour répondre aux défis actuels et à venir de notre système de santé.

L'épidémie de coronavirus SARS-CoV-2 a incité à élargir les possibilités, aux niveaux réglementaire et logistique, au recours à la télémédecine et en particulier à la téléconsultation dans notre spécialité.

La téléconsultation, "outil innovant" pour certains, peut-elle s'inscrire dans la pratique quotidienne des médecins du travail ?

Utilisateur ou non, nous souhaitons recueillir votre ressenti et vos perspectives d'avenir sur ce nouvel exercice dans votre profession.

1. *Votre sexe* : Femme Homme

2. *Votre âge (en années)* :

3. *Ancienneté en santé au travail (en années)* :

4. *Votre département d'exercice* : Charente Vienne

5. *Ancienneté dans votre service interentreprises actuel (en années)* :

6. *Faites-vous partie d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un Infirmier.e en santé au travail ?* : Oui Non

7. Pour la réalisation de vos visites utilisez-vous un dossier médical informatisé ? :

Oui Non

8. Vous déplacez vous en centre annexe pour réaliser des visites, éloignés géographiquement de votre centre de référence? : Oui Non

9. Si oui, à quelle fréquence ? : <1jr/semaine 1jr/semaine >1jr/semaine

10. Quel temps de trajet maximal effectué par le salarié jugez-vous acceptable pour réaliser sa visite? (en minutes) :

11. Quel intérêt portiez-vous à la Téléconsultation AVANT l'épidémie de Covid-19 ? (1 : pas intéressé / 10 : très intéressé) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Réalisez-vous des Téléconsultations ? : Oui Non

13. Si vous travaillez en collaboration avec un Infirmier.e en santé au travail, a-t-elle réalisée des téléconsultations ? : Oui Non

14. Si vous avez eu une activité de Téléconsultations pendant l'état d'urgence sanitaire, quels types de visites avez-vous réalisé ?

Visite d'information et de prévention initiale : Oui Non

Examen médical d'aptitude à l'embauche : Oui Non

Visite avant embauche (<18, nuit..) : Oui Non

Périodique (VIP) : Oui Non

Périodique (EMA) : Oui Non

Visite de reprise : Oui Non

Visite de pré-reprise : Oui Non

Visite à la demande : Oui Non

Inaptitude : Oui Non

15. Quelles difficultés pourriez-vous ou avez-vous rencontrées à la réalisation de visites en Téléconsultation (visioconférence) ? :

Manque de formation informatique Manque d'assistance informatique

Mauvaise connexion (saut / coupure) Mauvaise qualité d'image

Mauvaise qualité sonore Manque de fluidité dans les échanges

Absence de communication non-verbale Absence d'examens complémentaires

Absence d'examen clinique Aucune difficulté Autre...

16. Comment définiriez-vous la Téléconsultation en santé au travail ? :

Progrès Déclin Chronophage Optimisation du temps médical

Déshumanisation Renforcement du suivi Ubérisation Economie (transport)

Diminution de l'absentéisme Equité d'accès au médecin du travail Autre...

17. Quel intérêt portez-vous à avoir une activité en Téléconsultation [APRÈS] l'épidémie de Covid-19 ? (1 : pas intéressé / 10 : très intéressé) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Dans un contexte sanitaire normal, pour quel(s) type(s) de visite(s) la Téléconsultation vous semble la plus adaptée ? :

Visite d'information et de prévention initiale : Oui Non

Examen médical d'aptitude à l'embauche : Oui Non

Visite avant embauche (<18, nuit..) : Oui Non

Périodique (VIP) : Oui Non

Périodique (EMA) : Oui Non

Visite de reprise : Oui Non

Visite de pré-reprise : Oui Non

Visite à la demande : Oui Non

Inaptitude : Oui Non

19. Pour quel(s) secteur(s) d'activité(s) la Téléconsultation vous semble majoritairement la plus adapté ? :

Métiers du transport : Oui Non

Métiers du Bâtiment Travaux Publics: Oui Non

Métiers de l'industrie (Agriculture, production, maintenance) : Oui Non

Métiers des technologies (réseau, télécommunications) : Oui Non

Métiers de l'ingénierie (Ingénieur..) : Oui Non

Secteur tertiaire type Administratif : Oui Non

Secteur tertiaire type Restauration : Oui Non

Secteur tertiaire type Commerce/Vente : Oui Non

Secteur tertiaire type Santé (Infirmier..) : Oui Non

Intermittents du spectacle : Oui Non

20. Plusieurs possibilités existent à ce jour pour la réalisation de visite en Téléconsultation, selon vous laquelle/lesquelles vous semble(nt) la(les) plus viable(s) ? :

Téléconsultation Médecin - Salarié (seul) : Oui Non

Téléconsultation assistée par une secrétaire médicale (examens complémentaires) : Oui
Non

Téléconsultation assistée par un Infirmier (examens complémentaires + constantes) : Oui
Non

Téléconsultation assistée par un infirmier (examens complémentaires + constantes + examen clinique) : Oui Non

Cabine de Téléconsultation autonome (Salarié seul avec prise de constantes + examens complémentaires) : Oui Non

Téléconsultation réalisée par un Médecin appartenant à une plateforme de Télémédecine (sous -traitance) : Oui Non

21. A qui la Téléconsultation vous apparaît le plus profitable ? :

Au salarié

A l'employeur

Au médecin du travail

A votre employeur

Au système de santé

22. Votre avis nous intéresse, exprimez-vous librement sur votre ressenti, vos perspectives d'avenir et les limites de la Téléconsultation dans votre exercice quotidien :

Annexe 3 : Commentaires libres des répondants de l'étude. (Question 22)

Votre avis nous intéresse, exprimez-vous librement sur votre ressenti, vos perspectives d'avenir et les limites de la Téléconsultation dans votre exercice quotidien.

(R = Répondant)

- R1 : « Téléconsultation peut répondre à certains besoins, principalement pour des salariés régulièrement vu ou des personnes fragiles en situation épidémique. Le reste me semble être du bu...it de directeur de SST »

- R4 : « ne correspond pas à l'idée que je me fais de la relation médecin-patient »

- R5 : « la téléconsultation peut être un progrès du système de santé et profitable à tous mais peut aussi rapidement être mal exploitée pour des raisons "financières" et alors devenir une rustine... »

- R6 : « Pourquoi pas!....il suffirait que je me perfectionne!!! »

- R7 : « persistance de zones blanches, manque la communication non verbale, le contact fait partie de notre métier de médecin »

- R8 : « Pour faire extrêmement résumé, la TC à l'heure actuelle est un palliatif inadapté aux consultations normales en ces temps de crise sanitaire mais rendu nécessaire de façon temporaire. Pour autant, le risque à mon sens est de voir évoluer la TC en méthode de travail pérenne, mais une visite sans examen clinique est un non-sens (quid des TMS? de la vue, de l'examen neuro?), à l'exception de situations de RPS (et encore, un entretien vidéo ne remplace pas un face à face, sauf si on estime que la relation médecin -"patient" n'existe pas en santé au travail). De la même manière, je n'imagine pas déléguer l'examen clinique à un tiers. En ce qui me concerne, je n'ai pas fait 10 ans de médecine pour mettre des croix dans les cases d'un logiciel informatique, donc... les TC comme réalisées actuellement, c'est de la mauvaise médecine du travail. »

- R9 : « utile en appoint quand le risque d'une visite en présentiel est plus important que son bénéfice (épidémie grave...risque de transmission croisée...), à la rigueur pour débrouiller une situation qui n'implique pas un examen physique (idéalement auprès d'un salarié qui nous connaît déjà). Je l'envisage à l'avenir, de manière ponctuelle (une reprise d'un.e salarié.e vu.e

en VPR peu de temps avant la reprise, une inaptitude lorsque la personne a été vue plusieurs fois avant, et qu'il y a d'importantes difficultés à se déplacer...) Ce mode de consultation me paraît très peu adapté pour les visites à titre systématique (embauche, périodique...), pour l'aspect communication non verbale et relation de confiance plus difficile à mettre en œuvre à distance (nous sommes des médecins subis et non choisis...). J'aurais la sensation de n'enregistrer que des paramètres au lieu de prendre en compte un individu, de faire de la visite pour faire de la visite sans apport réel pour le/la salarié.e. »

- R10 : « La téléconsultation me semble être qu'une adaptation à la pénurie des médecins. Pour qu'elle soit efficace, il faut une bonne technologie et un accompagnement du salarié afin que la consultation soit de qualité équivalente à du présentiel. La dimension écologique reste un point positif de la téléconsultation »

- R11 : « L'essai puis l'utilisation quotidienne de la téléconsultation dès la phase de déconfinement ont été très positifs malgré un a priori défavorable avant la pandémie de Covid-19. L'acceptation par les salariés a été totale ainsi que leur satisfaction de cet outil totalement nouveau pour eux. Hormis les consultations nécessitant un examen et/ou des gestes techniques, la téléconsultation est très adaptée à la médecine du travail. Mieux qu'à la médecine de ville où la clinique reste fondamentale. »

- R12 : « Intéressant pour certains postes de travail ex les VRP qui bougent tout le temps mais l'examen clinique reste primordial pour les postes de travail comportant des risques particuliers. »

- R13 : « La téléconsultation répond à un besoin d'urgence mais l'approche à la fois clinique et "salarié dans son poste de travail" n'est pas appréhendée de manière objective. La téléconsultation met encore plus le médecin du travail dans un rôle administratif effaçant à la fois son rôle de clinicien (ce que l'on reproche déjà aux médecins du travail) et son rôle préventif tant médical que par rapport aux risques professionnels. »

- R15 : « C'est catastrophique pour la santé et excellent pour l'économie. »

- R16 : « l'infirmier ne peut pas réaliser d'examen clinique ! (pas formé pour) parfois soucis technique de son ou alors le salarié ne me voyait pas. Frustration exprimé par certains salariés pdt les téléconsultations de ne pouvoir venir en présentiel lors du COVID impossibilité de réaliser un examen clinique qui souvent est le seul suivi médical pour les salariés ("je vais jamais voir le médecin parce que je suis pas malade") déshumanisation complète »

- R17 : « En médecine du travail comme dans bien d'autres formes d'exercice médical (soin, prévention, contrôle,...) la relation médecin-patient s'instaure dans le cadre d'un colloque singulier. Les initiatives de médiation technologique ou d'intermédiation humaine, qui sont des réponses à des impératifs de "bonne gestion", altèrent la qualité de ce colloque et de cette relation. On accepte de rogner sur la qualité afin de mieux courir après des objectifs quantitatifs, certes bien réels mais que l'on sait inatteignables pour des raisons qui tiennent à la démographie médicale. Ce faisant, avec les meilleures intentions, on lâche la proie pour l'ombre. »
- R18 : « aussi participer à des réunions de CSSCT »
- R19 : « La téléconsultation s'impose à nous dans le contexte démographique médical actuel, étant donné les heures de travail perdues liées aux déplacements en centres annexes, heures qui deviennent précieuses puisque les effectifs des secteurs médicaux ne cessent d'augmenter. Je ne la vois pas comme une évolution mais plutôt comme une obligation voire une contrainte, car j'accorde de l'importance à la relation médecin - "salarié", qui est difficile à établir sur vidéo, lorsque cela fonctionne. De plus l'examen clinique, physique, reste indispensable dans certaines situations. »
- R21 : « Le retour des salariés de mon secteur ayant bénéficié d'une téléconsultation en mon absence, pratiquée par mes collègues est négatif pas de véritable examen clinique, tous ces salariés ont repris rendez-vous pour une visite en présentiel. Je n'y vois aucun intérêt en dehors des RPS et du simple conseil. »
- R22 : « fin annoncée de la santé au travail ! »
- R23 : « J'espère ne pas être dans l'obligation d'utiliser ce système d'ici mon départ à la retraite. »
- R24 : « pour moi intéressant si RPS mais je préfère le présentiel »
- R25 : « rien ne vaut un bon examen clinique avec une relation humaine ! Souvent on découvre un mal être après un long entretien »
- R27 : « impossibilité techniques, le niveau de compréhension des salariés pour son usage, impossibilité pour des personnes déficientes (visuelles, auditives, mentales ...) »
- R28 : « La téléconsultation déshumanise la relation médecin-patient. Elle doit rester exceptionnelle. Elle ne permet pas un vrai examen clinique. Elle est une solution de facilité

pour le praticien. Un véritable protocole doit être mis en place si cette piste doit être poursuivie. »

- R30 : « Très peu de cas, retour d'expérience très limité. Utile pendant le confinement... »

- R31 : « La téléconsultation peut être un outil intéressant pour certaines visites telles que les visites de pré reprises ou les visites à la demande, voir pour le suivi des VIP infirmiers éventuellement mais je ne pense pas cela représente un progrès concernant la qualité du suivi d'un salarié, au mieux il s'agit d'un pis-aller pour combler le déficit croissant des médecins du travail »

- R33 : « comme d'habitude, un nouvel outil intéressant mais à utiliser de manière adaptée, sans avoir pour objectif principal la réduction des coûts »

- R35 : « La téléconsultation pour moi doit être exceptionnelle comme lors de cette crise Covid. Pour l'avoir pratiqué pendant le confinement, la communication/relation avec le salarié n'est pas du tout la même, les entretiens sont moins longs et en général les salariés se confient moins et donc on peut passer à côté de problèmes. Les relations humaines ne peuvent pas se faire par le biais d'un écran. »

- R36 : « La téléconsultation offre des perspectives intéressantes pour permettre l'accès des salariés les plus isolés à la santé au travail et palier au déficit démographique de médecins du travail. Le confinement qui a été observé du fait de l'épidémie de Covid-19 est un argument supplémentaire venant s'ajouter à l'intérêt de la téléconsultation. Un autre intérêt peut porter sur la possibilité de voir rapidement un salarié si besoin. Les limites, sur le plan médical pur, sont liées à l'absence de contact direct avec le salarié ne permettant pas de faire un examen médical conventionnel ni d'échanger directement. Sur le plan déontologique peut se poser la question de la préservation du secret médical, l'outil informatique n'étant pas sous le contrôle de l'opérateur, le médecin en l'occurrence. Un autre point portant sur les limites de la téléconsultation a trait à la validité de ce type de consultation sur le plan médical, ce qui peut poser problème dans le cadre des visites obligatoires devant être diligentées par l'employeur (visites d'embauche, visites d'aptitude, visites de reprise, visites d'inaptitude...), potentiellement sujettes à recours par l'une des parties. A ces limites, viennent s'ajouter les limites techniques (qualité du réseau, du matériel utilisé...) qui conditionnent la qualité de la communication. En outre ce type de consultation nécessite que le salarié soit correctement équipé sur le plan informatique pour pouvoir être accessible par le médecin. Un autre écueil peut porter sur l'état de santé et/ou la situation du salarié. En effet, un handicap cognitif ou au niveau sensoriel

déficient (auditif,...) sont limitants, excluant de fait certaines catégories de salariés, de ce type de consultation. »

- R39 : « il faut combiner les 2 »

Téléconsultation en santé au travail : Intérêts et ressentis des médecins du travail des 3 services interentreprises de Vienne et de Charente.

RÉSUMÉ :

Introduction : La crise sanitaire de 2020 liée au Covid-19 a rendu nécessaire l'utilisation de la téléconsultation dans notre spécialité afin d'assurer la continuité du suivi des salariés. Aucune étude n'a encore interrogé les médecins du travail sur cette nouvelle pratique. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, dans une population de médecin du travail exerçant en services interentreprises, leurs ressentis et leurs perspectives concernant l'utilisation de la téléconsultation dans leur exercice quotidien. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les facteurs ayant pu faire varier leur recours à la téléconsultation et l'influence de leur intérêt sur son utilisation future.

Matériels et méthodes : Une étude transversale a été menée auprès des médecins du travail dans les 3 services interentreprises de Vienne et de Charente. Le recueil des données a consisté en la passation d'un auto-questionnaire anonyme en ligne permettant d'évaluer leurs recours, leurs ressentis, leurs intérêts et leurs perspectives sur la téléconsultation.

Résultats : 39 médecins du travail ont répondu sur la période du 30/06/20 au 30/07/20. Dans le contexte, 79,5% des répondants ont eu recours à la téléconsultation et un âge plus jeune était un facteur positif à son utilisation. Pas du tout intéressé à 53,8%, leurs ressentis étaient négatifs pour 75% d'entre-deux, mettant en avant l'absence d'examen clinique à 84,6%, les problèmes de connexion à 57,9% et le caractère déshumanisant à 56,4%. Les perspectives se tournent vers les visites à la demande à 64,7% et la visite de pré-reprise à 56,3%, dans le secteur tertiaire de type administratif à 83,3% sur un mode de réalisation médecin-salarié à 63,6% ou médecin-salarié assisté par un IDEST à 62,1%. Le bénéfice revenant à l'employeur à 63,2%.

Conclusion : Ces résultats montrent une réelle défiance à l'emploi de la téléconsultation dans l'exercice quotidien des médecins du travail, la crainte de voir se détériorer la relation médecin-salarié et les limites cliniques inhérentes à la consultation à distance. Une telle pratique ne pourra être imposée mais bien choisie et devra s'inscrire dans une démarche d'amélioration du service rendu par les SSTI encadrée par une doctrine adaptée à cette spécialité.

Mots-clés : Intérêts, Ressentis, Santé au travail, Service inter-entreprises, Téléconsultation.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

