



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022 – 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude de pratiques : utilisation de la téléconsultation dans les services
de prévention et santé au travail pendant la pandémie de COVID-19 et
perspectives**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2023 à 18 heures
au Pôle Formation
par Sara CIPRIANI

JURY

Président :

Madame la Professeure *Annie SOBASZEK*

Assesseurs :

Monsieur le Professeur *Sébastien HULO*

Monsieur le Docteur *Pierre-Marie WARDYN*

Directeur(s) de thèse :

Madame la Professeure *Sophie FANTONI-QUINTON*

Madame Le Docteur *Corinne PIRON*

Étude de pratiques : Utilisation de la téléconsultation
dans les services de prévention et santé au travail
pendant la pandémie de COVID-19 et perspectives

Table des matières

Table des matières	- 6 -
Glossaire	- 10 -
Résumé	- 11 -
Introduction générale	- 13 -
I. Éléments de contexte	- 13 -
II. État des connaissances	- 14 -
III. Objectif	- 16 -
Chapitre 1 : La COVID-19, le nouveau virus qui a bouleversé tout un pays	- 17 -
I. Le coronavirus, qu'est-ce que c'est ?	- 17 -
a) Origine du virus	- 17 -
b) Modes de transmission	- 18 -
c) Symptomatologie	- 18 -
d) Mesures mises en place pour limiter la propagation	- 19 -
II. Pourquoi la téléconsultation était-elle indispensable ? La réponse : assurer la continuité des soins	- 21 -
a) La baisse du nombre de consultations	- 21 -
b) Comment expliquer cette baisse?	- 21 -
c) Le déploiement de la consultation à distance	- 21 -
III. En résumé...	- 22 -
Chapitre 2 : la télémédecine dans l'exercice de la médecine « classique »	- 24 -
I. La télémédecine, une pratique qui ne s'arrête pas à la téléconsultation	- 24 -
a) Définition législative	- 24 -
b) Les objectifs de la télémédecine	- 24 -
c) Les différentes formes de télémédecine	- 25 -
II. Encadrement normatif de la téléconsultation	- 27 -
a) Qui peut y avoir accès ?	- 27 -
b) Principes de facturation et de remboursement par l'Assurance Maladie	- 27 -
III. Comment se déroule une téléconsultation en pratique ?	- 29 -
a) Avant la consultation : information et consentement, deux piliers de la consultation à distance	- 29 -
b) Moyens mis à disposition	- 30 -
c) Dans quelle(s) situation(s) prévoir une nouvelle consultation en présentiel ?	- 32 -
IV. En résumé...	- 32 -

Chapitre 3 : Application aux Services de Prévention et de Santé au travail _____ - 34 -

- I. Qu'est-ce que la médecine du travail _____ - 34 -
 - a) Les missions d'un Service de Prévention et Santé au Travail _____ - 34 -
 - b) Rôles des SPST : les différents types de visite médicale et leurs objectifs _____ - 35 -
 - c) Quelles différences entre médecine de soins et médecine du travail ? _____ - 38 -
- II. Réglementation de la téléconsultation en médecine du travail avant et pendant l'épidémie _____ - 39 -
 - a) Intérêt du recours à la consultation à distance pour le suivi de santé des travailleurs _____ - 40 -
 - b) Quelles adaptations pour les SPST ? _____ - 41 -
 - c) Déroulement d'une téléconsultation en médecine du travail _____ - 42 -
 - d) Dans ce nouveau mode de consultation, quelle forme les avis doivent-ils prendre ? _____ - 43 -
- III. A l'avenir : nouvelle loi santé-travail du 02 aout 2021 _____ - 43 -
- IV. En résumé... _____ - 44 -

Chapitre 4 : Recours à la téléconsultation dans les SPSTI pendant la pandémie en chiffres ___ - 45 -

- I. Période du premier confinement et du premier déconfinement _____ - 46 -
- II. Période du premier déconfinement et du deuxième confinement _____ - 49 -
- III. Début de l'année 2021 _____ - 50 -
- IV. En résumé... _____ - 51 -

Chapitre 5 : Approche directe auprès des professionnels de santé au travail : matériel et méthode _____ - 52 -

- I. Objectifs et type d'étude _____ - 52 -
- II. Population et échantillonnage _____ - 52 -
- III. Le questionnaire _____ - 53 -
- IV. Diffusion du questionnaire en ligne _____ - 54 -
- V. Recueil et analyse des données _____ - 54 -
- VI. Ethique _____ Erreur! Signet non défini.

Chapitre 6 : Résultats _____ - 56 -

- I. Caractéristiques de la population _____ - 56 -
- II. Modalités de consultation _____ - 57 -
- III. Concernant le salarié _____ - 60 -
- IV. A l'avenir... _____ - 62 -
- V. Questions à réponses multiples et commentaires _____ - 62 -

Discussion générale	- 64 -
a) Le choix de l'étude	- 64 -
b) Méthodologie de l'enquête	- 64 -
c) Le questionnaire	- 65 -
d) La participation	- 65 -
e) L'analyse statistique	- 66 -
f) Les forces et biais de l'étude	- 66 -
g) Représentativité de l'échantillon	- 67 -
h) Les résultats	- 67 -
i) Freins, leviers et perspectives	- 69 -
Conclusion	- 73 -
Annexes	- 75 -
Annexe 1	- 75 -
Annexe 2	- 76 -
Annexe 3	- 77 -
Annexe 4	- 77 -
Annexe 5	- 78 -
Annexe 6	- 78 -
Annexe 7	- 79 -
Annexe 8	- 79 -
Annexe 9	- 79 -
Annexe 10	- 80 -
Annexe 11	- 80 -
Annexe 12	- 80 -
Annexe 13	- 81 -
Annexe 14	- 81 -
Annexe 15	- 81 -
Annexe 16	- 82 -
Annexe 17	- 82 -
Annexe 18	- 82 -
Annexe 19	- 83 -
Annexe 20	- 83 -

Annexe 21	- 83 -
Annexe 22	- 84 -
Annexe 23	- 84 -
Annexe 24	- 84 -
Annexe 25	- 85 -
Annexe 26	- 85 -
Annexe 27	- 86 -
Annexe 28	- 91 -
Annexe 29	- 91 -
Annexe 30	- 92 -
Annexe 31	- 92 -
Annexe 32	- 93 -
Annexe 33	- 93 -
<i>Bibliographie</i>	- 94 -

Glossaire

AST : Assistant en Santé au Travail

CSE : Comité Social et Économique

CSP : Code de Santé Publique

DGT : Direction Générale du Travail

DMST : Dossier Médical de Santé au Travail

DREETS : Directions Régionales de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEST : Infirmier.e de Diplômé.e D'État en Santé au Travail

ISTNF : Institut de Santé au Travail du Nord de la France

PAE : Procédure d'Autorisation d'Exercice

SPST : Service de Prévention et de Santé au Travail

SPSTI : Service de Prévention et de Santé au Travail Inter-entreprise

TLC : téléconsultation

VIP : Visite d'Information et de Prévention

Résumé

CONTEXTE

La fin de l'année 2019 a été marquée par l'émergence du virus de la COVID-19. Contagieux et très souvent asymptomatique. Sa propagation dans la population a pu être freinée en limitant les contacts entre les individus. La restriction des déplacements a eu pour conséquence une diminution importante des consultations médicales. Il était alors indispensable de trouver un moyen d'assurer la continuité des soins. Même s'il était toujours possible de consulter un praticien physiquement, la consultation à distance était la méthode à privilégier dans la mesure du possible. La téléconsultation, plus répandue en médecine de soins, n'en était qu'à ses balbutiements dans les services de prévention et santé au travail (SPST). La situation d'urgence sanitaire n'a pas laissé d'autre choix aux SPST que de s'adapter malgré une législation floue.

OBJECTIF

Évaluer le recours à la téléconsultation (TLC) par les SPST pour le suivi de santé des travailleurs pendant la pandémie de COVID-19.

MATERIEL & METHODE

Nous avons mis en place une double approche ; d'abord quantitative à partir des informations relatives à l'activité des SPST inter-entreprises (SPSTI) remontées hebdomadairement puis mensuellement aux DREETS (sur la période de mars 2020 à avril 2021) ; puis quantitative descriptive avec le recueil direct auprès de professionnels santé au travail de la métropole de leurs pratiques en matière de TLC sur cette même période, par le biais d'un auto-questionnaire en ligne.

RESULTATS

Nous avons récolté un total de 458 réponses, dont 387 réponses complètes. Plus de la moitié des répondants sont des médecins du travail. 86% des répondants travaillent en SPSTI. 90% des participants ont eu recours à la TLC dont un quart de façon exclusive.

Les professionnels de santé au travail ont majoritairement alterné entre appels avec transmission vidéo et appels téléphoniques. Ces outils ont été jugés techniquement satisfaisants dans plus de 40% des cas. Un peu plus de la moitié des répondants est favorable à l'idée de consulter à distance, même en dehors de tout contexte pandémique.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire a permis d'assurer un suivi minimum de la santé des travailleurs. Son utilisation tend à se perpétuer avec la loi de modernisation des SPST publiée au JO le 02 aout 2021 et son décret d'application n°22-679 du 26 avril 2022 qui encadre le recours à la TLC dans les SPST. Pour cela, la formation et l'information des professionnels de santé au travail devront représenter une étape cruciale à la pérennisation de ce mode de consultation.

Introduction générale

I. Éléments de contexte

« Nous sommes en guerre, en guerre sanitaire » annonçait le Président de la République, lors de son allocution du 16 mars 2020.

En effet, la fin de l'année 2019 a été marquée par l'émergence d'un nouveau virus : le SARS-CoV-2 (pour Severe Acute Respiratory Syndrome – COronaVirus - 2), ou COVID-19 (pour COronaVirus Disease-19). Sa propagation était telle, que l'état de pandémie fut déclaré en moins de quatre mois. Pour rappel, il a fallu attendre le 31 juillet 2022 pour sortir de l'état d'urgence sanitaire.

La propagation de cette maladie a été difficile à freiner car elle a la particularité d'être très contagieuse et de se manifester le plus souvent sur un mode asymptomatique. C'est principalement pour ces deux raisons que le Gouvernement a instauré des mesures radicales, temporaires, et reconduites lorsque cela était nécessaire afin de limiter la circulation du virus. Parmi ces mesures : le confinement de la population, le couvre-feu, la restriction des déplacements pour n'en citer que quelques-unes. L'objectif était de limiter au maximum les contacts entre individus : il était interdit de quitter son domicile sauf impératif conformément au règlement en vigueur (article 1^{er} du décret du 16 mars 2020). Ainsi, le travail devait être réalisé au domicile dans la mesure du possible. Cela a eu pour conséquence, une recrudescence du télétravail en population générale ; et par extension de la téléconsultation (TLC), son corollaire dans le domaine médical.

Pour assurer la continuité des soins, les professionnels de santé ; quel que soit leur mode d'exercice (exercice libéral, maison de soins, établissement hospitalier...) ou leur spécialité (médecin généraliste ou spécialiste, sage-femme...) ont dû s'adapter afin de dispenser leurs services tout en limitant les risques de contamination. Les visites en présentiel étaient toujours possibles mais le recours aux consultations à distance était vivement recommandé.

Ce mode de consultation, peu utilisé en amont de la crise, a rapidement été adopté par les professionnels de santé qui souhaitent se protéger et protéger les autres. De quelques milliers par semaine avant les mesures de confinement début mars 2020, le nombre moyen hebdomadaire de téléconsultations a atteint, au plus fort de la crise, près d'un million (d'après les données de l'Assurance Maladie)(1,2).

Cet essor s'explique par deux raisons :

- d'une part, les réformes mises en place pour favoriser son utilisation (réformes qui consistent à assouplir la législation),
- d'autre part, la dématérialisation de la consultation qui permet par définition, une diminution du risque de transmission, appréciable dans un contexte de virus nouveau, particulièrement contagieux et dont les caractéristiques (mode de transmission, dangerosité ...) étaient encore peu connues (3).

A noter que la téléconsultation, bien qu'elle existe depuis la fin des années 1930 (4)(5), n'est que d'introduction récente en France (démocratisée et accessible au remboursement pour tous les assurés depuis le 15 septembre 2018)(6). Sa réglementation est remaniée régulièrement en vue d'en assurer sa pérennisation. Avant la COVID-19, les textes législatifs existant régissaient le recours à la téléconsultation en médecine de soins ; la pratique se répandant plus timidement en santé au travail.

II. État des connaissances

Plusieurs études ont déjà été menées sur le thème de la téléconsultation, toutes ou presque s'intéressent à son utilisation en médecine du soins (en médecine générale principalement) et en dehors de tout contexte de pandémie . Bien que disposant du cadre nécessaire pour la pratiquer, seule une minorité (9% des médecins généralistes et 12% des médecins spécialistes selon une étude IPSOS) l'avait déjà pratiquée avant la pandémie (2,7,11).

Quelques points positifs sont ressortis de ces différentes études, comme son utilité en cas de patients isolé, âgé ou ayant des difficultés à se déplacer, le désengorgement des services d'urgence ou encore en cas de pénurie de soignants. Plus d'un tiers des médecins interrogés étaient favorables à l'idée d'avoir recours à la consultation à distance dans leur pratique quotidienne.

Des freins ont également été remontés : crainte d'une pratique chronophage, déshumanisation de la relation médecin-patient ou encore crainte d'une erreur diagnostique suite à l'absence d'examen clinique et des conséquences juridiques qui pourraient en découler.

En revanche, une étude plus récente, datant de 2021 s'est penchée sur « le rapport à la TLC chez les médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA » (12). La plupart des répondants en sont satisfaits et leur rapport à celle-ci s'est considérablement modifié. Certes, les points négatifs persistent et restent globalement les mêmes (comme l'absence d'examen clinique), mais les professionnels de santé arrivent désormais à passer outre, pour profiter des avantages que ce mode de consultation peut offrir. Par exemple, pour en revenir à l'absence d'examen clinique, les médecins généralistes ont juste appris à faire le tri sur les motifs de visites qui peuvent être traités en TLC ou non (12).

En ce qui concerne la téléconsultation en santé au travail, il n'existait pas d'étude portant sur ce sujet, même en dehors de toute pandémie. Elles sont apparues parallèlement à la rédaction de ce travail de thèse.

C'est pourquoi, nous nous sommes intéressées (Pr S. Fantoni-Quinton, Dr C. Piron et moi-même) à l'impact qu'a pu avoir la crise sanitaire sur le fonctionnement des SPST en termes d'utilisation de la TLC pour le suivi de santé des salariés. La période concernée couvre les

périodes de confinement qu'a connu le pays ainsi que les périodes de déconfinement qui ont suivi, soit une période qui s'étend du 16 mars 2020 au 3 mai 2021.

III. Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la pratique des professionnels de santé au travail quant à leur utilisation de la téléconsultation pendant la crise sanitaire.

Les objectifs secondaires comprennent l'identification de freins et de leviers remontés par les professionnels interrogés ainsi que les éventuelles améliorations à apporter à ce mode de consultation au regard de la nouvelle loi santé-travail parue le 02 août 2021.

Pour cela, nous avons mené une étude observationnelle, descriptive et analytique basée sur une approche à la fois quantitative à partir des informations relatives à l'activité des SPST remontées aux DREETS par les différents services de prévention et santé au travail inter-entreprises (SPSTI) et à la fois descriptive, via un auto-questionnaire adressé aux professionnels de santé au travail portant sur leur utilisation de l'outil numérique pendant la crise sanitaire.

Pour répondre à ces questions, nous approfondirons dans un premier temps le contexte de la pandémie pour comprendre comment celle-ci a obligé les professionnels de santé à s'adapter et modifier leur exercice de la médecine.

Dans un second temps, nous détaillerons le cadre juridique actuel en matière de téléconsultation, d'abord dans l'exercice classique de la médecine pour ensuite nuancer avec son application en médecine du travail.

Enfin, nous évaluerons la pratique des professionnels de santé au travail pendant la crise par le biais des données transmises par les DREETS ; complétée par les résultats obtenus grâce l'auto-questionnaire proposé.

Chapitre 1 : La COVID-19, le nouveau virus qui a bouleversé tout un pays

Dans cette première partie, nous allons rappeler brièvement ce qu'est la COVID-19 et quelles sont ses caractéristiques puis nous verrons comment elle a favorisé le recours à la téléconsultation.

I. Le coronavirus, qu'est-ce que c'est ?

Rappelons sommairement les principales caractéristiques du virus (l'objet de cette thèse ne portant pas sur ce sujet).

a) Origine du virus

Le 31 décembre 2019, le premier cas de COVID-19 est détecté à Wuhan, en Chine (13–15). Un mois et demi plus tard, le 24 janvier 2020, les premiers cas apparaissent en France métropolitaine (d'après Santé Publique France). Le virus SARS-CoV-2 est à l'origine d'une pandémie déclarée le 11 mars 2020 par l'Organisation Mondiale de la Santé (16).

Les coronavirus forment une grande famille de virus dont les premiers représentants ont été découverts, il y a plus de 50 ans (le premier a été caractérisé en 1960) (15,17). Ils tirent leur nom du fait de leur ressemblance avec une couronne lorsqu'ils sont observés au microscope électronique (« *corona* » signifiant « *couronne* » en latin) (15,17).

Ils infectent préférentiellement les animaux ; le réservoir principal étant la chauve-souris (13,18). Cependant, ces virus peuvent parfois infecter l'Homme. Sept souches capables d'infecter l'Homme sont actuellement dénombrées (19). Jusqu'en 2019, seules deux souches de coronavirus ont entraîné des épidémies graves chez l'Homme (15,16) :

- le SARS-CoV responsable d'une épidémie mondiale entre novembre 2002 et juillet 2003 (20),
- le Mers-CoV qui a été identifié pour la première fois en 2012 au Moyen-Orient (20).

En ce qui concerne la COVID-19, la manière dont le passage de l'animal à l'Homme s'est fait n'a pas encore été confirmée (17,18). Mais l'origine zoologique est la piste privilégiée, impliquant soit la chauve-souris (13,19,21) ; comme la plupart des coronavirus ; soit le pangolin (petit mammifère consommé dans le sud de la Chine ou sur le continent africain) (13,18). La chauve-souris semble être l'hôte intermédiaire le plus probable (15,18), dans la mesure où des scientifiques ont constaté de nombreuses similitudes entre les souches de coronavirus fréquemment retrouvés chez ces mammifères et le SARS-CoV-2 (22).

b) Modes de transmission

La transmission du virus, pouvant se faire de l'animal à l'Homme, n'en reste pas moins majoritairement interhumaine (13,15,16,19). Les individus s'infectent principalement dans leur environnement personnel (contact avec des membres de la famille, des amis...) (13).

La transmission du virus peut se faire selon plusieurs modes (13,15,16,18,19) :

- transmission aérienne via des gouttelettes contaminées de petite taille en suspension dans l'air (émises par la toux, la parole ou éternuement par exemple),
- contact direct avec des gouttelettes infectées de plus grande taille provenant de la salive ou de mucus nasal émises lors d'un contact rapproché de moins d'un mètre et durable pendant au moins quinze minutes (bise, poignée de main, pause déjeuner...),
- ou avec une surface ou un objet contaminé, car le virus est capable de persister plusieurs heures sur une surface inerte.

c) Symptomatologie

Dans la majorité des cas (30 à 60% des sujets infectés), la COVID-19 reste asymptomatique, en particulier chez les sujets jeunes (19,21).

Quand elle se manifeste cliniquement, les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont (15,16,18) :

- Symptômes généraux : fièvre, frissons, anosmie et/ou agueusie, asthénie, myalgies, céphalées,
- Symptômes respiratoires : toux, dyspnée, rhinorrhée, douleur pharyngée,
- Symptômes digestifs : nausées/vomissements, diarrhée, douleur abdominale.

Des symptômes non spécifiques en somme, pouvant conduire à une erreur diagnostique (avec la grippe par exemple) et donc un retard au diagnostic.

Dans certains cas, ces infections peuvent s'avérer plus graves en particulier chez les sujets immunodéprimés ou aux âges extrêmes de la vie (13,18,23). Ces formes sévères peuvent alors se manifester par : une polypnée > 30 cycles/min, une désaturation en oxygène < 93%, une détresse respiratoire, un choc septique, une défaillance multiviscérale et dans le pire des cas, le décès (13,15).

d) Mesures mises en place pour limiter la propagation

Plusieurs mesures de prévention ont été mises en place et relayées en masse par le Ministère de la Santé dans le but de contenir le virus : les « gestes barrière » d'une part, et des mesures « plus strictes » d'autre-part.

Les gestes barrières doivent être appliqués par tous, en toutes circonstances (cadres professionnel et personnel). Ils comprennent (18) :

- le lavage régulier des mains à l'eau et au savon ou au gel hydro-alcoolique,
- le nettoyage des locaux et des surfaces avec des produits désinfectants,
- bien aérer les espaces clos 10 minutes toutes les heures,
- port du masque chirurgical,
- tousser ou éternuer dans son coude et éviter de se toucher le visage,
- se saluer sans se serrer la main ou se faire la bise,
- garder une distance entre les individus d'au moins 1,5 mètre.

Ces mesures ont été rappelées régulièrement et par tout moyen (spots publicitaires, affiches dans les lieux publics et transports en commun, en entreprise ...). En voici un exemple :



Figure 1. Exemple d’affiche publicitaire rappelant les gestes barrières à appliquer, ici dans le cadre du travail

Afin de renforcer l’efficacité de ces mesures, le pays a également été soumis à des périodes de couvre-feu (en dehors des horaires fixés, les individus n’étaient pas autorisés à quitter leur domicile sauf impératif toléré par le règlement alors en vigueur).

Mais ces mesures n’ont pas été suffisantes. Face à un virus majoritairement asymptomatique et très contagieux, le Gouvernement a été contraint d’instaurer le confinement des populations afin de limiter les déplacements au strict nécessaire et ainsi minimiser les contacts entre les individus, et ce, à trois reprises :

- du 17 mars 2020 au 11 mai 2020 (soit cinquante-cinq jours),
- du 30 octobre 2020 au 15 décembre 2020 (soit quarante-six jours),
- du 3 avril au 3 mai 2021 (soit vingt-huit jours) (24).

Les commerces jugés non nécessaires ont fermé leurs portes, les loisirs et les déplacements étaient restreints, et le travail devait être réalisé dans la mesure du possible au domicile.

II. Pourquoi la téléconsultation était-elle indispensable ? La réponse : assurer la continuité des soins

a) La baisse du nombre de consultations

A l'annonce du premier confinement en mars 2020, les autorités sanitaires ont noté une baisse de 31% des consultations chez les médecins généralistes et de 56% chez les médecins spécialistes (*chiffres publiés par l'assurance maladie, le 18 novembre 2020*)(25,26). Il était donc important d'assurer la continuité des soins car des personnes souffrant de maladies chroniques ou de pathologies aiguës ont eu tendance à moins consulter, au risque d'aggraver leur état.

b) Comment expliquer cette baisse?

Selon une enquête menée auprès de 1000 français sur internet (27), les patients ont préféré se soigner eux-même dans 18% des cas (+3 points) ou ont attendu une amélioration spontanée dans 14% des cas (+2 points) ; soit par peur d'être contaminé par la COVID-19 (38%) soit par crainte de déranger le médecin en pleine épidémie (28%).

c) Le déploiement de la consultation à distance

Pour sensibiliser la population sur la nécessité de continuer à se faire soigner, une campagne d'information est lancée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, l'Assurance Maladie et Santé publique France (28,29). Le suivi peut être assuré soit :

- par téléconsultation (avec vidéotransmission ou par consultation téléphonique) lorsque la pathologie le permet,
- soit en se rendant sur place : tous les professionnels de santé, qu'ils exercent en cabinet, en centre de santé ou en établissement de soins, ayant tout mis en œuvre pour limiter les risques de contamination : des consultations dédiées COVID-19, des salles d'attentes et/ou de consultation dédiées aux patients COVID19...(26).

III. En résumé...

La propagation facile et rapide du virus a contraint le Gouvernement à confiner la population et limiter le contact entre les individus. La peur de sortir et d'être contaminé a eu pour conséquence une baisse du nombre de consultations médicales. Afin de limiter cette diminution problématique, la téléconsultation est apparue comme la solution la plus adaptée pour assurer la continuité des soins. Aux alentours de 8000 téléconsultations hebdomadaires en février 2020, elles ont été multipliées par 10 la semaine du 16 mars 2020 (début du confinement) puis elles ont presque atteint les 500 000 la semaine suivante. La croissance s'est poursuivie jusque début avril 2020 pour atteindre le million de téléconsultations. Finalement sur les seuls mois de mars et avril 2020, se sont 5,5 millions de téléconsultations qui ont été enregistrés (chiffres relevés sur la plateforme Doctolib)(30). Il est à noter que la fin du confinement en mai 2020 n'a pas été synonyme de fin du boum des téléconsultations. En effet, dans son communiqué de presse du 16 septembre 2020, l'Assurance Maladie déclare la téléconsultation comme une « pratique qui s'installe dans la durée »(31), et ce malgré le fait que la plupart des plateformes de téléconsultations sont peu à peu redevenues payantes. En juin 2020, ce sont 1,9 million de téléconsultation qui ont été réalisées, et encore près de 650 000 au mois d'août 2020 ; donc des chiffres bien plus importants que ceux enregistrés avant la pandémie.

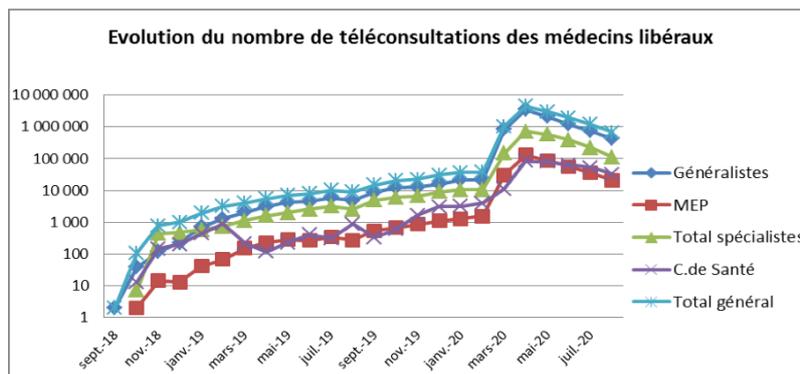


Figure 2. Graphique réalisé par l'Assurance Maladie (communiqué de presse de l'AM du 16/09/2020)

Chapitre 2 : la télémédecine dans l'exercice de la médecine « classique »

Avant de voir comment la TLC a pu se prêter à l'exercice de la médecine du travail, il est important de savoir ce qu'est la télémédecine dans sa globalité, comment elle est régie et comment elle se met en place.

I. La télémédecine, une pratique qui ne s'arrête pas à la téléconsultation

a) Définition législative

Le terme de « télémédecine » regroupe de façon générale l'ensemble des pratiques médicales réalisées à distance (« *télé* » signifiant « *loin* » en grec).

La télémédecine est entrée dans le code de la Santé Publique en 2009 avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) : loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, article 78 (32). Elle est définie comme « une forme de pratique médicale à distance mettant en rapport un patient avec un ou plusieurs professionnels de santé en vue d'obtenir un diagnostic, un avis spécialisé, une prescription médicale ou une surveillance de son état de santé » (texte en Annexe 1 – page 75).

b) Les objectifs de la télémédecine

Les arguments avancés pour le développement d'une telle pratique en France étaient de répondre aux contraintes suivantes (33–35) :

- contraintes sanitaires : vieillissement de la population ; associée à une augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et/ou polyopathologiques, patients ayant des difficultés à se déplacer,
- contraintes démographiques : inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire, patients isolés,

- contraintes économiques : en facilitant l'accès aux soins, en limitant les coûts engendrés par des transferts de patients ou des passages aux urgences évitables.

En clair, l'objectif était de permettre l'accès à des soins de qualité à l'ensemble de la population afin de faciliter la mise en place des soins nécessaires à l'état de santé.

c) Les différentes formes de télémédecine

Le décret d'application n°2010-1229 du 19 octobre 2010 définit les 5 actes de télémédecine

(36) :

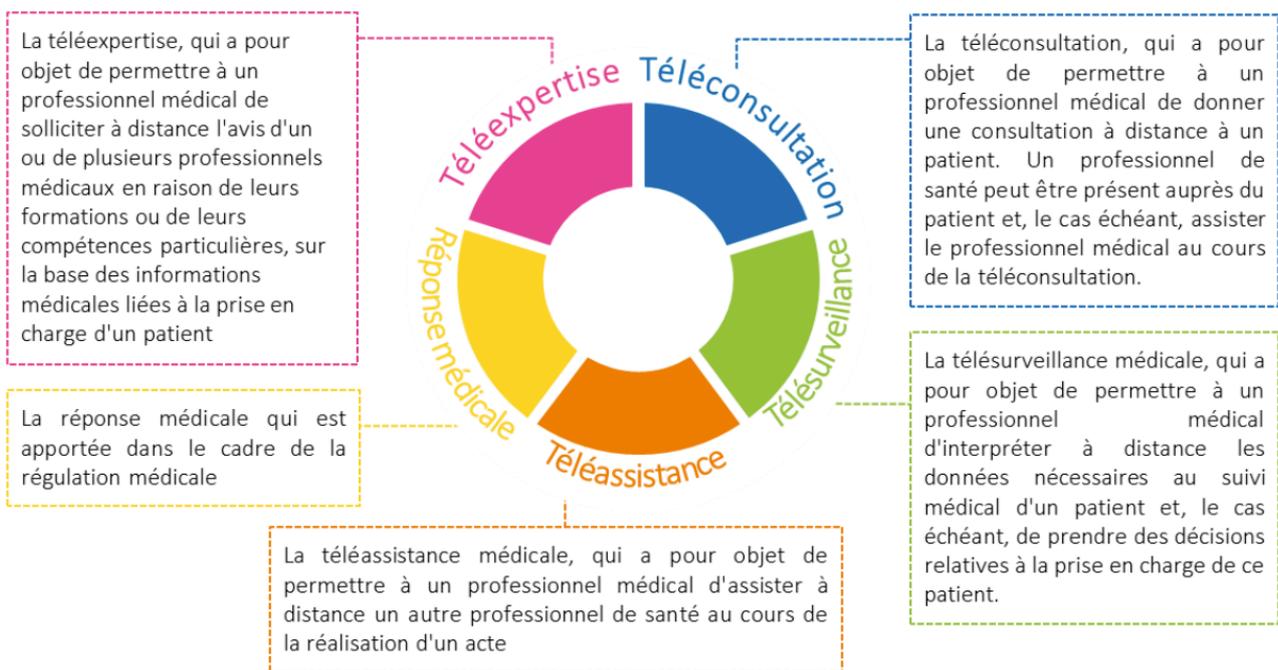


Figure 3. Les 5 actes de télémédecine. Image tirée du rapport de l'Agence Française de la santé Numérique publiée en mars 2019 (23).

- la **téléconsultation** qui met en relation un professionnel médical avec un patient afin d'assurer une consultation à distance,
- la **télé-expertise** qui permet à un professionnel de santé de solliciter un ou plusieurs autres professionnels de santé en raison de leurs formations ou compétences particulières,

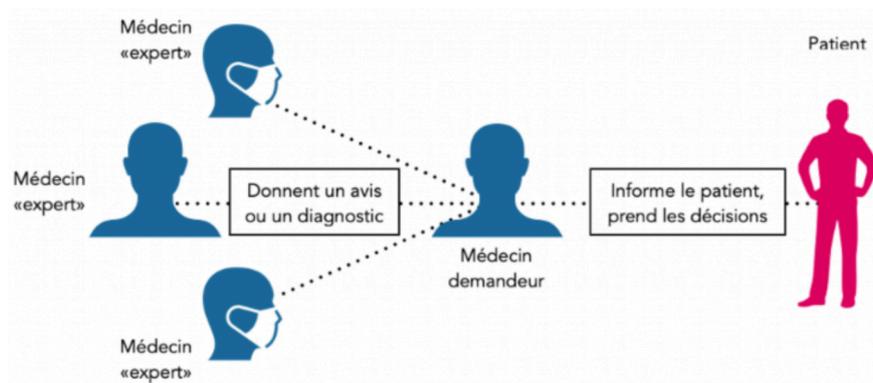


Figure 4. Principe de la télé-expertise. *Image tirée de l'article « la télémédecine : un avant et un après COVID-19 du 29 juin 2021*

- la **télesurveillance** médicale qui permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et de prendre les décisions relatives à sa prise en charge,

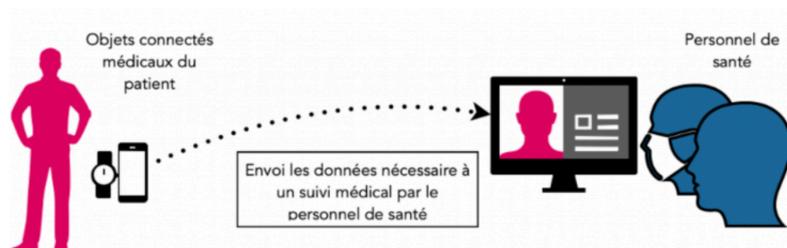


Figure 5. Principe de la télésurveillance. *Image tirée de l'article « la télémédecine : un avant et un après COVID-19 du 29 juin 2021*

- la **téléassistance médicale** qui permet à un professionnel de santé d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte,

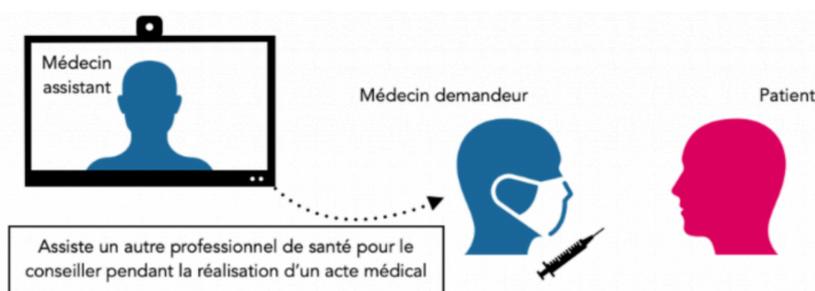


Figure 6. Principe de la téléassistance médicale. *Image tirée de l'article « la télémédecine : un avant et un après COVID-19 du 29 juin 2021*

- la **régulation médicale** qui correspond au premier diagnostic réalisé par téléphone par le SAMU ou le centre 15 en amont d'une prise en charge aux urgences.

Nous allons uniquement nous intéresser à l'acte de téléconsultation.

II. Encadrement normatif de la téléconsultation

Évoquée pour la première fois dans plusieurs rapports d'état des lieux en 2003 (37) et 2008 (38), c'est finalement en 2009, via la loi HPST que la téléconsultation est inscrite dans le Code de Santé Publique (21). Mais il aura fallu presque dix ans avant que la téléconsultation entre dans le droit commun. Après plusieurs phases d'expérimentation (39), la convention médicale de 2016 (la dernière en date) autorise le remboursement des actes de télémédecine par l'Assurance Maladie dans 2 situations : la téléexpertise et la téléconsultation dans le suivi de patients en EHPAD (39). Ce n'est qu'à partir de 2018 que la téléconsultation se démocratise sur l'ensemble du territoire, lors de la signature de l'avenant 6 de la Convention médicale qui fixe les conditions de remboursement et les modalités de recours à la téléconsultation, pour tous les assurés (39).

a) Qui peut y avoir accès ?

Une téléconsultation peut être réalisée par tout médecin, quelle que soit sa spécialité, son lieu et son mode d'exercice (libéral, salarié ou hospitalier) en France et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), quelle que soit leur place dans le parcours de soins (médecin traitant ou médecin de second recours) (5,38, 42).

De même, tout patient, qu'il soit atteint d'une pathologie aiguë ou chronique peut se voir proposer une téléconsultation. Mais c'est au médecin que revient la décision de juger de sa pertinence (5,38, 42).

b) Principes de facturation et de remboursement par l'Assurance Maladie

Une téléconsultation est facturée au même tarif qu'une consultation en présentiel (majorations comprises), soit entre 23 € et 58,50 € selon la spécialité et le secteur d'exercice du médecin (6).

Le remboursement des actes de téléconsultations repose sur les mêmes principes que les consultations présentielle (dont l'application du tiers payant ou les majorations) : 70 % remboursés par l'Assurance Maladie et 30 % remboursés par la complémentaire santé. Les affections longue durée (ALD) restent prises en charge à 100% (41,42).

En revanche, pour que le remboursement soit possible, la consultation doit répondre à trois impératifs (6,35,43,44):

- la téléconsultation implique une vidéo-transmission,
- le médecin téléconsultant doit connaître le patient : le médecin a déjà eu au moins une consultation physique avec lui au cours des douze derniers mois. Des dérogations existent pour les situations d'urgence,
- la téléconsultation doit s'inscrire dans le parcours coordonné de soins : le patient a été orienté vers le médecin téléconsultant par son médecin traitant (sauf s'il est lui-même le médecin téléconsultant). Les exceptions au parcours de soins s'appliquent aussi aux téléconsultations : patient de moins de 16 ans ou si la consultation relève d'une spécialité médicale d'accès direct (gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie, dermatologie et ORL). Les autres exceptions concernent le patient qui n'a pas déclaré de médecin traitant ou le patient dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai raisonnable.

De manière exceptionnelle, le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie ont autorisé la dérogation aux règles de l'Avenant 6 (de la Convention médicale) durant la crise sanitaire afin de faciliter l'accès aux téléconsultations (2,45): communication téléphonique sans transmission vidéo dans certaines circonstances (détaillées plus loin), prise en charge systématique à 100% par l'assurance maladie et non-respect du parcours de soins autorisé.

C'est cet assouplissement qui explique l'explosion du nombre de TLC (exposé en p.24). De plus, au vu du contexte, la plupart des acteurs du marché de la téléconsultation ont accordé des tarifs avantageux, voire la gratuité des plateformes.

C'est également le profil des patients qui a été modifié. Habituellement, le recours à la téléconsultation diminue avec l'âge. Mais sur la période du confinement, les moins de 30 ans y ont eu moins souvent recours qu'à l'accoutumée (19% contre 32% avant le confinement) contrairement aux plus de 70 ans (20% contre 8% avant) (35). C'est un résultat plutôt encourageant dans la mesure où un âge avancé pourrait être une barrière au recours à l'outil numérique (46). Cela s'explique aussi par le fait que les personnes plus âgées sont aussi les plus vulnérables.

III. Comment se déroule une téléconsultation en pratique ?

Le guide de bonnes pratiques élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) permet aux professionnels de santé d'avoir une référence pour téléconsulter dans les règles de l'art (33).

De manière générale, une consultation à distance se déroule de la même façon qu'une visite en présentiel, exception faite de l'absence de l'examen clinique.

- a) Avant la consultation : information et consentement, deux piliers de la consultation à distance

Avant même d'envisager d'assurer la consultation à distance, il y a deux impératifs à respecter : le consentement du patient et la pertinence d'une telle consultation (33).

Le patient doit être informé que la consultation se fera à distance. Il doit également être informé des modalités de réalisation, la possibilité d'être accompagné, la possibilité de refuser la téléconsultation, son coût, la protection de ses données...(33,47).

Le recueil du consentement libre et éclairé (47)(48), écrit ou oral, est ensuite tracé dans son dossier médical (33,47). Si le consentement ne peut être recueilli préalablement à la consultation à distance, il doit l'être au moment de la consultation (33,47).

La téléconsultation est pertinente si (33,47):

- elle est adaptée à la situation clinique du patient : l'examen clinique du patient n'est pas nécessaire au vu de la situation clinique ou il ne s'agit pas d'une urgence,
- les données médicales du patient sont disponibles : le dossier médical du patient est accessible, ainsi que ses données administratives (tel que le numéro de téléphone par exemple),
- le patient est capable de communiquer à distance et d'utiliser les outils informatiques : l'état cognitif, psychique ou physique du patient (vue, audition, barrières de la langue ou utilisation des technologies) le permet.

Même si la consultation est initialement prévue à distance, le professionnel de santé peut à tout moment décider d'une consultation en présentiel s'il estime qu'elle s'avère plus adaptée à la situation du patient (49).

b) Moyens mis à disposition

La téléconsultation doit être réalisée en priorité par vidéo transmission, car elle est plus aisée et agréable qu'une consultation téléphonique. Elle a l'avantage de permettre l'authentification des interlocuteurs (6,33). Pour se faire, les professionnels de santé ont à

leur disposition plusieurs outils : ordinateurs, webcam, tablettes connectées, smartphones...

Les professionnels peuvent passer via des plateformes dédiées : CLICKDOC, PREDICE...

Si les outils de communication habituels (Skype, FaceTime) sont suffisamment sécurisés pour les échanges vidéo, ils le sont moins pour les échanges de documents médicaux (ordonnances, comptes-rendus) qui viendraient en supplément de la consultation (6,50).

A noter, qu'il existe des exceptions à la vidéotransmission :

- le patient ne peut utiliser l'interface vidéo (il ne dispose pas du matériel adéquat, il ne sait pas il n'est pas en mesure de s'en servir, il se situe en zone « blanche » c'est-à-dire dans une zone insuffisamment couverte par les opérateurs mobiles) (51,52),
- le patient appartient à une des catégories suivantes : patient en affection longue durée (ALD), patient âgé de 70 ans et plus, femme enceinte, patient présentant des symptômes compatibles avec le COVID 19 ou étant reconnu atteint de cette maladie (51,52).

Dans ces situations, une consultation par simple appel téléphonique est possible.

L'ensemble de ces situations évoqué aux a) et b) constitue les critères d'éligibilité ou non du patient à la téléconsultation. Une consultation à distance est d'autant plus pertinente que la relation médecin – professionnel est déjà établie. Pour autant, la primo-consultation n'est pas un critère d'interdiction à la téléconsultation (47). Néanmoins, il est important pour garantir la qualité et la continuité des soins, d'alterner entre consultations dématérialisées et consultations physiques. A noter que, pour un même praticien, les téléconsultations ne doivent pas représenter plus de 20% de l'ensemble de ses consultations, sous peine de sanctions de l'Assurance Maladie (39).

c) Dans quelle(s) situation(s) prévoir une nouvelle consultation en présentiel ?

Lorsque le professionnel de santé juge que la qualité de la consultation à distance est insuffisante, il est en droit de décider d'une visite en présentiel, notamment dans les circonstances suivantes (53):

- les informations recueillies sont insuffisantes pour conclure,
- le moyen de déplacement du patient (transports en commun ou véhicule personnel) ne génère pas un risque pour celui-ci.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, une condition supplémentaire s'ajoute : le patient ne doit pas être considéré comme une personne vulnérable (à risque de forme grave de COVID 19)(53). La liste des personnes pouvant être considérées comme fragiles se trouve en Annexe 2 (page 76).

IV. En résumé...

La télémédecine ne se résume pas uniquement à la téléconsultation. Elle comprend quatre autres actes en plus de celle-ci. La téléconsultation peut être réalisée par tout médecin quelle que soit sa spécialité ou son mode d'exercice ; et peut être proposée à tout patient dès lors que celui-ci y consent, est informé de ses modalités et que sa problématique de santé est compatible avec une telle pratique. Le déroulement d'une consultation à distance suit globalement le même schéma qu'une consultation en présentiel ; exception faite de l'examen clinique. Il en va de même pour les conditions de facturation et de remboursement par l'Assurance Maladie.

Il est préférable d'avoir physiquement vu le patient au moins une fois, mais ce n'est pas un critère d'exclusion à une telle pratique (surtout en période de crise sanitaire). Une vidéo-transmission est plus que souhaitable, pour rendre la consultation plus agréable mais aussi pour des raisons d'authentification. Le professionnel de santé reste libre de consulter le patient en présentiel d'emblée s'il estime que c'est ce qu'il y a de plus adapté ou de prévoir

une seconde consultation en présentiel après une téléconsultation s'il estime que sa qualité est insuffisante.

Chapitre 3 : Application aux Services de Prévention et de Santé au travail

Dans ce 3^{ème} chapitre, nous allons nous intéresser aux services de prévention et santé au travail.

Dans un premier temps, nous verrons en quoi consiste la médecine du travail : nous verrons les missions des SPST, les différents types de visites médicales et leurs objectifs pour ensuite nuancer ce qui rapproche ou au contraire oppose la médecine du travail et la médecine de soins.

Pour finir, nous verrons comment était régie la TLC dans cette spécialité puis les adaptations qui ont été introduites avec la crise sanitaire. Enfin, nous verrons quel avenir attend la consultation à distance au regard de la nouvelle loi en santé travail adoptée le 23 juillet 2021 par le Parlement et publiée au Journal Officiel (JO) le 2 août 2021.

I. Qu'est-ce que la médecine du travail

a) Les missions d'un Service de Prévention et Santé au Travail

Avant la publication de la loi du 02 août 2021, les SPST avaient « pour mission EXCLUSIVE d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (Code du travail, art. L4622-2). Depuis cette loi, la prévention est devenue leur mission PRINCIPALE (à cela j'ajoute désormais des objectifs de santé publique : vaccination, dépistage, promotion de l'activité physique...). Les missions majeures d'un SPST sont au nombre de 5 (54):

- 1) conduire des actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnels,
- 2) conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer la qualité de vie et les conditions de travail ; en tenant compte le cas échéant de l'impact du télétravail sur la santé et l'organisation du travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral,

de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risque (pénibilité) et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs.

- 2bis) accompagner les employeurs, les travailleurs et leurs représentants dans l'analyse de l'impact sur les conditions de santé et de sécurité des travailleurs de changements organisationnels dans l'entreprise.
- 3) assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels
 - 4) participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnels et à la veille sanitaire
 - 5) participer à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont les campagnes de vaccination, de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail, dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Dans les grandes entreprises, le SPST fait généralement partie de celle-ci (comme c'est le cas à la SNCF ou EDF par exemple). Il comprend le plus souvent plusieurs médecins du travail qui assurent le suivi des travailleurs dans un domaine particulier. Dans les entreprises de moins de 500 salariés, le suivi de santé est assuré par un service inter-entreprise qui est composé de plusieurs médecins du travail assurant le suivi des salariés d'un portefeuille d'entreprises qui lui sont attribuées.

b) Rôles des SPST : les différents types de visite médicale et leurs objectifs

Nous avons vu au paragraphe précédent que l'une des missions des SPST est d'assurer le suivi de santé des travailleurs. Il existe deux grands types de visite médicales :

<u>Les visites SYSTEMATIQUES</u>	<u>Les visites OCCASIONNELLES</u>
<ul style="list-style-type: none"> - la Visite d'Information et de Prévention Initiale (VIPI) - l'Examen Médical d'Aptitude à l'Embauche (EMAE) - la Visite d'Information et de Prévention Périodique (VIPP) - l'Examen Médical d'Aptitude Périodique (EMAP) 	<ul style="list-style-type: none"> - la visite de pré-reprise - la visite de reprise (après congé maternité, après arrêt maladie, après AT/MP) - la visite à la demande (du salarié, de l'employeur, du médecin du travail ou du médecin conseil de l'assurance maladie)

Chacune de ces visites a un objectif précis, que nous allons ici détailler dans les grandes lignes.

A noter, que les visites systématiques sont obligatoires ; les visites occasionnelles permettent de répondre à des situations spécifiques.

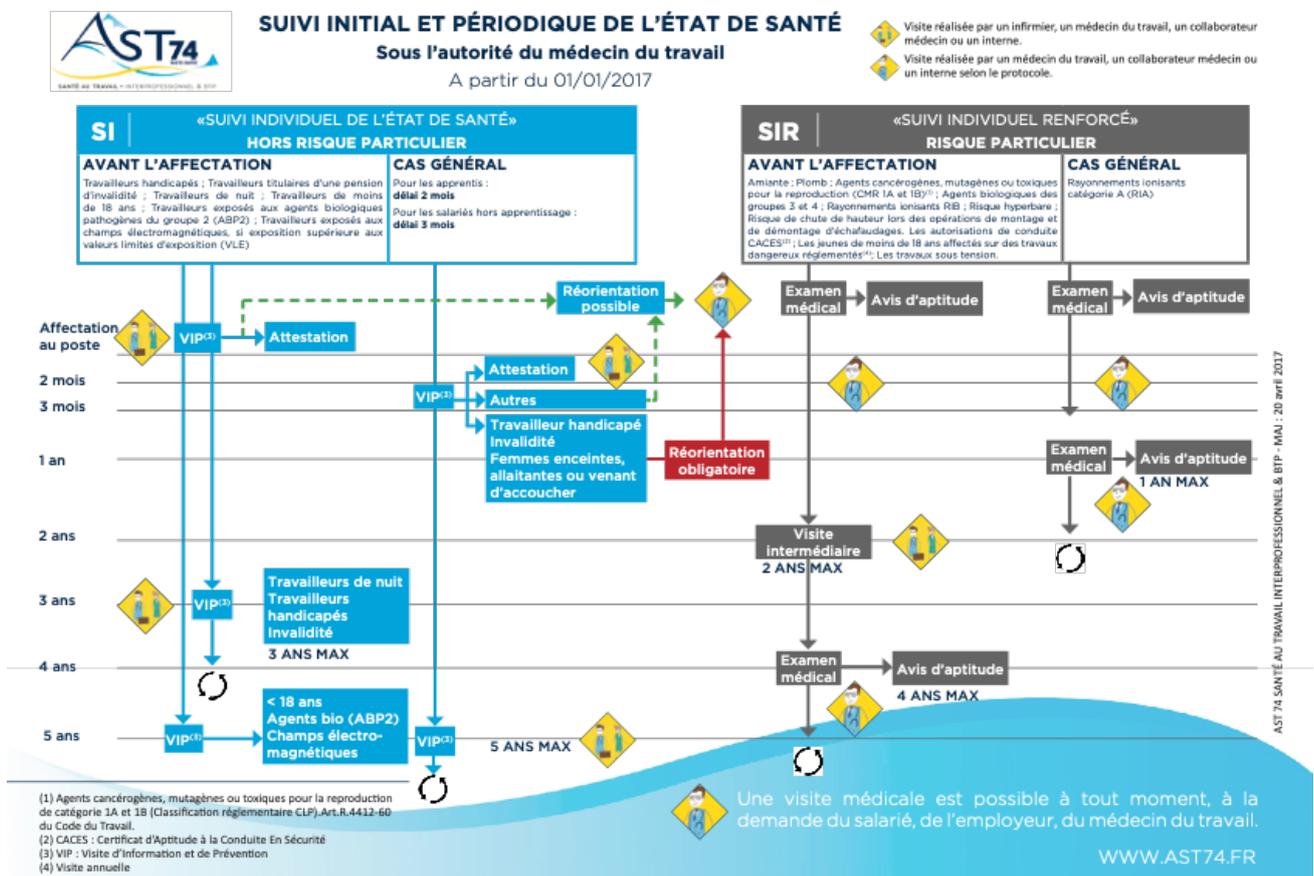


Figure 7. Tableau récapitulatif du suivi initial et périodique de l'état de santé des travailleurs (par qui ? pour qui ? dans quel délai ?)

La Visite d'Information et de Prévention (initiale ou périodique) est réalisée par le médecin du travail ou par un professionnel de santé au travail placé sous son autorité (interne, médecin collaborateur, infirmier(e)). L'objectif est « d'interroger le salarié sur son état de santé, de l'informer des risques professionnels auxquels il est exposé et ainsi le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ». La visite se solde par la remise d'une attestation de suivi. La périodicité des visites est fixée par le médecin du travail, en fonction de l'âge, des antécédents et du poste de travail occupé ; sans dépasser 5 ans (3 ans maximum pour les travailleurs de nuit, les travailleurs handicapés ou titulaire d'une invalidité) (*article L.4624-1 du code du Travail*).

L'Examen Médical d'Aptitude (à l'embauche ou périodique) concerne les salariés soumis au Suivi Individuel Renforcé (SIR). Il est réalisé par le médecin du travail, pour les travailleurs à risque. L'objectif est de « s'assurer que l'état de santé du travailleur est compatible avec le poste de travail, sans mise en danger du travailleur lui-même ou de ses collègues ; et le cas échéant d'apporter des aménagements du temps ou du poste de travail ; voire de prévoir une réaffectation à un autre poste si nécessaire. En complément, le médecin informe le salarié sur les risques professionnels auxquels il est exposé et le sensibilise sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ». La visite se solde par la remise d'un avis d'aptitude. La périodicité des visites est fixée par le médecin du travail, en fonction de l'âge, des antécédents et du poste de travail occupé ; sans dépasser 4 ans (une visite intermédiaire avec un professionnel de santé au travail est prévue tous les 2 ans) (*article L.4624-2 du code du Travail*).

La visite de pré-reprise est réalisée par le médecin du travail, pendant que le salarié est encore en arrêt de travail. Obligatoire pour les arrêts > 3 mois, elle peut maintenant être proposée dès lors que l'absence dure depuis au moins 30 jours. L'objectif est d'anticiper le retour au travail pour que la reprise se fasse dans les meilleures conditions possibles. Elle permet d'anticiper des aménagements de temps ou de poste de travail, un éventuel

reclassement professionnel ou parfois même une inaptitude médicale (*article L.4624-4 du code du Travail*).

La visite de reprise est réalisée par le médecin du travail après toute absence pour maladie professionnelle (quelle que soit la durée), pour congé maternité, pour absence sur accident de travail > 30 jours ou pour absence pour maladie ou accident non professionnel > 60 jours. Son objectif est de s'assurer que le poste de travail est toujours compatible avec l'état de santé, et le cas échéant de prévoir des aménagements de temps ou de poste de travail, un éventuellement reclassement professionnel ou parfois même une inaptitude médicale. Dans l'idéal, ces mesures sont prévues en visite de pré-reprise (*article L.4624-3 du code du Travail*).

La visite à la demande peut être réalisée à tout moment par le médecin du travail, sans modifier la périodicité des visites systématiques. Elle peut être à l'initiative du salarié, de l'employeur, du médecin du travail ou du médecin conseil de l'assurance maladie.

c) Quelles différences entre médecine de soins et médecine du travail ?

Comme nous avons pu le voir au paragraphe précédent, l'un des principaux objectifs des visites de médecine du travail repose sur la PREVENTION des risques professionnels. En effet, les missions attribuées au médecin du travail ne sont pas les mêmes que celles attribuées au médecin de soin : le premier agit en prévention alors que le second est là pour soigner (il a aussi un rôle de préventeur mais pas sur le versant professionnel). Le médecin du travail s'assure que l'état de santé du travailleur soit compatible avec son poste de travail ; mais il s'assure aussi que son poste de travail ne dégrade pas son état de santé. Son objectif n'est pas de « guérir » mais de « préserver la santé du travailleur tout au long de son parcours professionnel » (*article L.4622-2 du code du Travail*) ; alors que l'objectif d'un médecin de soins est de poser le bon diagnostic afin d'apporter les soins et prescrire les médicaments adéquats.

Le médecin du travail n'est pas habilité à prescrire des médicaments contrairement aux médecins de soins, il ne peut pas tenir le rôle de médecin de soins ; tout comme ces derniers ne peuvent pas tenir le rôle de médecin du travail car ils ne sont pas habilités à statuer sur l'aptitude d'un patient à son poste de travail.

Ces différences rendent leurs champs d'action complémentaires du point de vue du travailleur. En effet, le médecin de soins est celui qui entend les doléances du travailleur (douleur...) et le médecin du travail est celui qui est en mesure d'adapter son poste en conséquence. Tout comme le médecin du travail peut noter un traitement non compatible avec le poste occupé par le travailleur permettant ainsi au médecin de soins d'adapter ses prescriptions.

C'est pourquoi chacun de ces acteurs ne doit pas travailler de façon isolée mais plutôt à l'unisson. A noter, que le médecin du travail est lui aussi soumis au secret professionnel et que des informations concernant la prise en charge d'un individu ne peuvent être faite qu'entre professionnel de santé prenant en charge la même personne pour assurer la continuité de son parcours de soins. Le médecin du travail n'étant pas un « fournisseur de soins », l'échange d'information ne peut se faire qu'avec l'accord du salarié. Toutefois cet échange d'informations entre les différentes catégories de professionnel tend à être facilitée au regard de la nouvelle loi santé travail du 2 aout 2021.

II. Réglementation de la téléconsultation en médecine du travail avant et pendant l'épidémie

Avant la crise sanitaire, la téléconsultation en santé au travail n'en était qu'à ses prémices (pas totalement inexistante, mais son utilisation était peu répandue ; encore moins qu'en médecine de soins). L'inégalité du suivi de santé au travail sur le territoire et la pénurie de professionnels de santé au travail étaient les principaux arguments avancés en vue d'en obtenir son déploiement et sa pérennisation. Cependant, il existait un vide juridique.

Pour rappel, selon le Code de Santé Publique « tout médecin quelle que soit sa spécialité peut avoir recours à la téléconsultation » (5,38, 42) : dans sa définition le législateur n'exclut aucune spécialité médicale, la téléconsultation pouvait donc, en théorie, s'appliquer à la santé au travail. Cependant, le CSP ne concerne que les SOINS et donc le fonctionnement des établissements et service de santé ; ce que ne sont pas les SPST. Les juristes considéraient que la TLC en santé au travail devait avoir une réglementation à part entière ; car les règles inscrites dans le CSP ne peuvent pas être utilisées, juridiquement parlant en santé au travail (courrier du CNOM du 21/11/2019).

a) Intérêt du recours à la consultation à distance pour le suivi de santé des travailleurs

La répartition des médecins du travail sur le territoire n'est pas uniforme et leur capacité à suivre leurs effectifs dépend du nombre d'IDEST qui leur est attribué et du nombre de salariés bénéficiant d'un suivi rapproché. Face à la baisse de la démographie médicale qui n'épargne pas la médecine du travail, Charlotte Lecocq (députée du Nord), dans son rapport d'aout 2018 (55), envisage la téléconsultation comme un moyen de « mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail ».

Sur les 16 recommandations de ce rapport, la 7^{ème} mérite une attention particulière (55) : « mettre en place des mesures pour optimiser l'organisation et faciliter le suivi individuel systématique des salariés par les médecins du travail et les personnels de santé » en « modernisant les outils du quotidien » (utilisation de l'outil informatique, prise de rendez-vous directement par le salarié ou l'entreprise) et en « développant d'avantage l'usage de la télémédecine pour répondre aux disparités territoriales et réduire la durée de certains actes médicaux ».

Les premiers essais de consultation à distance en santé au travail remontent à fin 2018, par le biais d'une étude pilote dans le département de l'Oise (56,57). Ce département compte

un grand nombre d'entreprises qui font appels aux salariés intérimaires, particulièrement des caristes. Cela génère un grand nombre de visites médicales (d'embauche notamment) pour un département dont l'offre de service est trop faible. Les SPST de la région ont lancé avec l'accord de la DREETS des Hauts-de-France une étude pilote en décembre 2018 (56) qui avait pour objectif de mobiliser des professionnels de santé au travail des environs pour assurer un suivi à distance de ces intérimaires. A cette période, il n'y avait pas encore de réglementation juridique de la télé médecine en santé au travail. Pour rappel, la téléconsultation est entrée dans le droit commun 3 mois auparavant (en septembre 2018). Le comité pilote s'est donc basé sur ce texte pour mettre en place les téléconsultations. Déjà à cette époque, plusieurs avantages et inconvénients avaient été remontés par les professionnels s'étant essayé la TLC. Parmi les points positifs : une diminution des coûts (transport, absentéisme), un gain de temps (pour chacun des partis : SPST, employeur et salarié) ou encore un gain en termes de moyens humains et matériels utilisés. Parmi les points négatifs : une difficulté pour les salariés et les professionnels à s'adapter à ce nouveau mode de consultation.

b) Quelles adaptations pour les SPST ?

Malgré le vide juridique qui subsistait au début de la pandémie, les pouvoirs publics n'ont pas eu d'autre choix que de s'adapter pour assurer un minimum de continuité dans le suivi de l'état de santé des salariés. L'ensemble des adaptations que nous avons énoncées précédemment dans le chapitre dédié à la médecine de soins (*cf. Chapitre 2*): « possibilité d'avoir recours à la téléconsultation dans les situations cliniques pertinentes, si les moyens techniques le permettent, sans obligation de primo consultation en présentiel... », se sont également appliquées aux SPST.

Dans son instruction du 17 mars 2020 (58) relative au fonctionnement des SPST pendant l'épidémie, la Direction Générale du Travail (DGT) a précisé les lignes directrices pour assurer le suivi de santé des salariés, notamment en ce qui concerne le report des visites (en Annexe 3 les modalités du report des visites – page 77). Toutes les visites pouvaient être reportées sauf :

- si le médecin du travail émettait un avis contraire au report de la visite,
- si la visite concernait une activité « nécessaire à la Nation » (secteurs du transport, de l'énergie, de l'alimentaire, de la production agricole et l'ensemble des professionnels de santé) (58).

C'est ainsi que cette instruction, bien que n'ayant pas de valeur juridique, ouvre « officiellement » la voie de la téléconsultation en santé au travail.

c) Déroulement d'une téléconsultation en médecine du travail

Les médecins du travail travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire aux côtés des IDEST, AST etc. la manière de procéder devait être réfléchi collectivement afin d'homogénéiser les pratiques. Les différentes pratiques au sein d'un même SPST ont permis d'aboutir à un consensus commun palliant ainsi l'absence de cadre légal.

La manière de procéder à une téléconsultation en médecine du travail est superposable à celle de la médecine de soins :

- planifier les téléconsultations : prise de rendez-vous, disponibilité du matériel,
- recueillir le consentement du salarié, après lui en avoir expliqué les modalités et tracer sa réponse dans le dossier médical de santé au travail (DMST),
- vérification de l'identité du salarié (nom, prénom, date et lieu de naissance) et disposer des données administratives (adresse mail, numéro de téléphone, adresse du domicile),

- pouvoir assurer cette consultation dans un lieu adapté (la confidentialité reste de rigueur) avec une bonne communication visuelle et sonore,
- éditer un document réglementaire à la fin de la visite (attestation de suivi, fiche d'aptitude...), transmis de manière sécurisée par mail ou par courrier, accompagnés d'éventuels courriers au médecin traitant ou autre spécialiste intervenant dans la prise en charge du salarié (en lieu et place d'un simple compte-rendu),
- garder une copie de ce document dans le DMST (59).

d) Dans ce nouveau mode de consultation, quelle forme les avis doivent-ils prendre ?

Hors contexte pandémique, la forme que doivent prendre les avis d'aptitude, d'inaptitude, d'attestation de suivi et les propositions d'aménagement de poste est fixée par l'arrêté du 17 octobre 2017 (60). Étant donné que ces modèles ne tenaient pas compte de la possibilité que les visites soient réalisées en TLC, il était donc difficile de déterminer s'il y avait lieu de les utiliser ou non (60).

Certains rendent les avis sous leur format habituel, en précisant seulement qu'il a été émis dans le cadre d'une consultation à distance. D'autres émettent un avis dans un format différent dans la mesure où la visite physique n'a pu avoir lieu. Étant donné le contexte d'urgence et dans la mesure où aucune mesure réglementaire ne le précisait, ces deux situations se sont pratiquées (61).

III. A l'avenir : nouvelle loi santé-travail du 02 août 2021

Son article 21 autorise les professionnels de la santé au travail à avoir recours aux outils de consultation à distance. 8 mois plus tard, son décret d'application n°2022-679 du 26 avril 2022 (62) décrit davantage son application.

Les articles R.4624-41-1 à R.4624-41-6 (62) reprennent les mêmes principes qui ont été exposés dans le chapitre de la téléconsultation en médecine de soins ; mais pour une application « plus officielle » pour la santé au travail, c'est-à-dire :

- possibilité d'avoir recours à la consultation à distance sous réserve d'une vidéotransmission (article R.4624-41-1) (62),
- le professionnel de santé du SPST est seul juge de la pertinence du recours à une telle pratique. Il est également en mesure de programmer une nouvelle visite en présentiel s'il juge la qualité de la consultation à distance non suffisante (article 4624-41-2) (62),
- le salarié doit avoir consenti à ce que la consultation se fasse à distance. Il peut, s'il le souhaite, se faire accompagner d'un tiers (médecin traitant ou professionnel de santé de son choix) (article R.4624-41-3) (62),
- la visite en vidéotransmission doit se faire dans des conditions sonores et visuelles satisfaisantes et permettant de garantir la confidentialité de l'échange (article R.4624-41-4) (62),
- les professionnels de santé au travail doivent pouvoir bénéficier d'une formation sur l'utilisation des outils de consultation à distance (article R.4624-41-5) (62).

IV. En résumé...

La téléconsultation n'en était qu'à ses prémices avant le début de la crise sanitaire. L'objectif premier était de pallier la carence en professionnels de santé au travail. Les autorités publiques n'ont pas eu d'autre choix que de s'adapter à la crise pour assurer un minimum de continuité dans le suivi de l'état de santé des salariés. Certes il s'agit d'une adaptation d'opportunité ; mais elle a permis d'ouvrir la voie vers la modernisation des SPST. Même si le déroulement d'une TLC en santé au travail est superposable à celui d'une TLC en médecine de soins, il était important d'officialiser et homogénéiser cette pratique par un cadre légal (loi du 2 août 2021, entrée en vigueur le 31 mars 2022 et décret d'application du 26 avril 2022).

Chapitre 4 : Recours à la téléconsultation dans les SPSTI pendant la pandémie en chiffres

Pour rappel, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact qu'a pu avoir la crise sanitaire sur le fonctionnement des SPST en termes de recours à la téléconsultation.

Pour apporter une réponse à cette question, nous nous sommes penchées sur les chiffres remontés, d'abord hebdomadairement puis mensuellement, par les SPST inter-entreprises aux DREETS. Les services autonomes, les fonctions publiques territoriale et hospitalière et la médecine agricole n'ont pas été pris en compte.

Les tableaux à remplir étaient les suivants :

- un tableau relatif aux conditions d'emploi de l'ensemble des salariés des SST (annexe 4 – page 77)
- un tableau relatif à l'activité des SST pendant l'épidémie de COVID 19 (annexe 5 – page 78)
- un tableau relatif à l'activité des SST dans le cadre du déconfinement (annexe 6 – page 78). Dans ce cas-ci, les données étaient remontées tous les mois et non pas toutes les semaines.

Ces tableaux rassemblent entre autres :

- les effectifs au sein du SPSTI,
- le nombre d'actions en milieu de travail,
- le nombre de visites (VIP, embauche, suivi...).

I. Période du premier confinement et du premier déconfinement

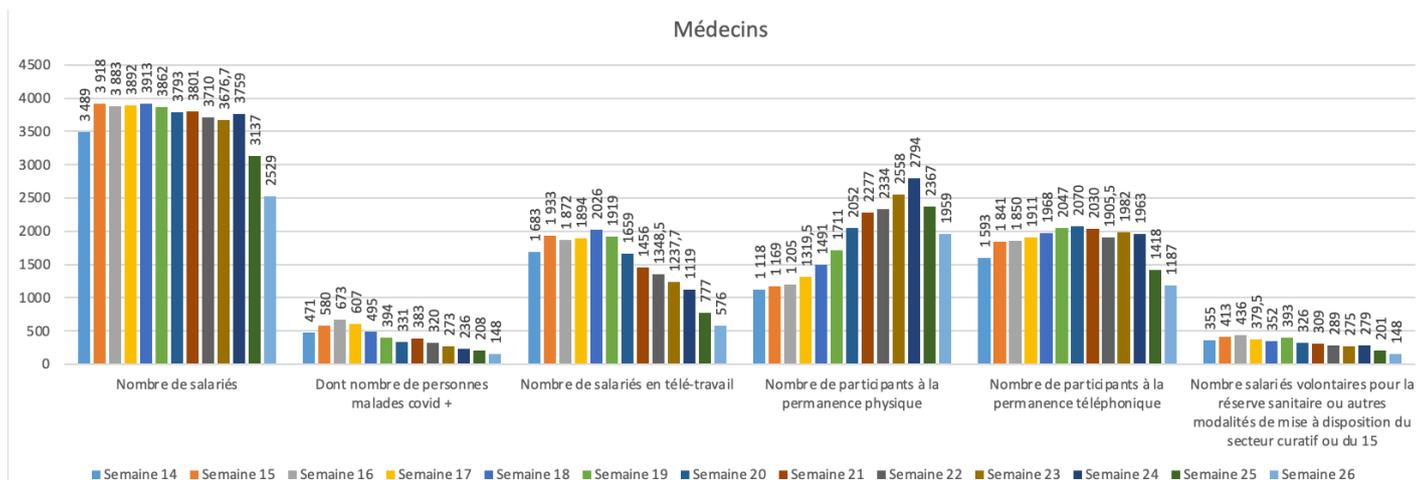


Figure 6. Moyens RH-Médecins mobilisés sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

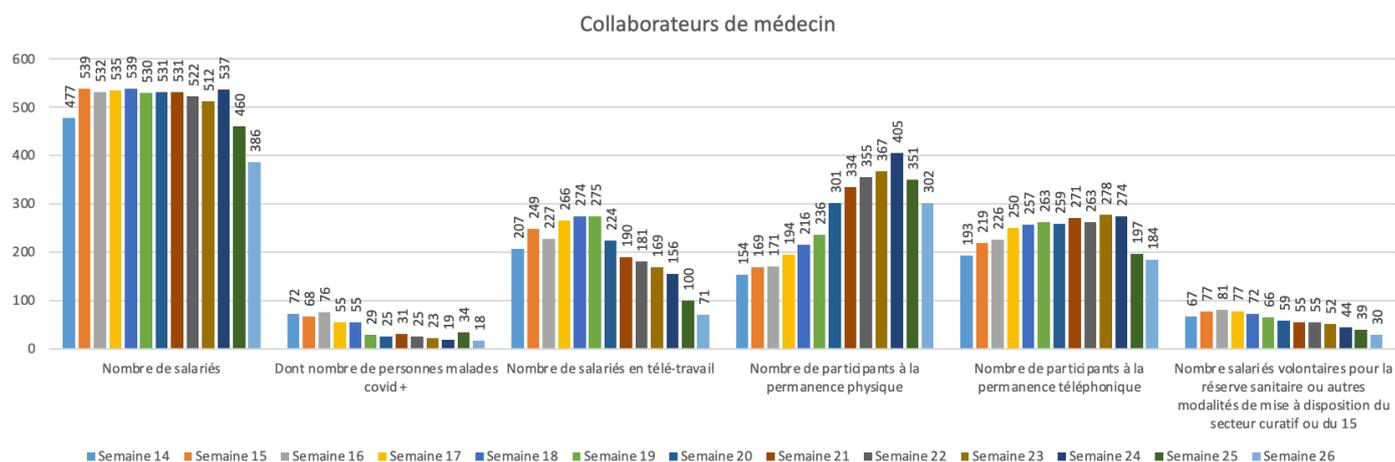


Figure 7 Moyens RH-Collaborateurs médecins mobilisés sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

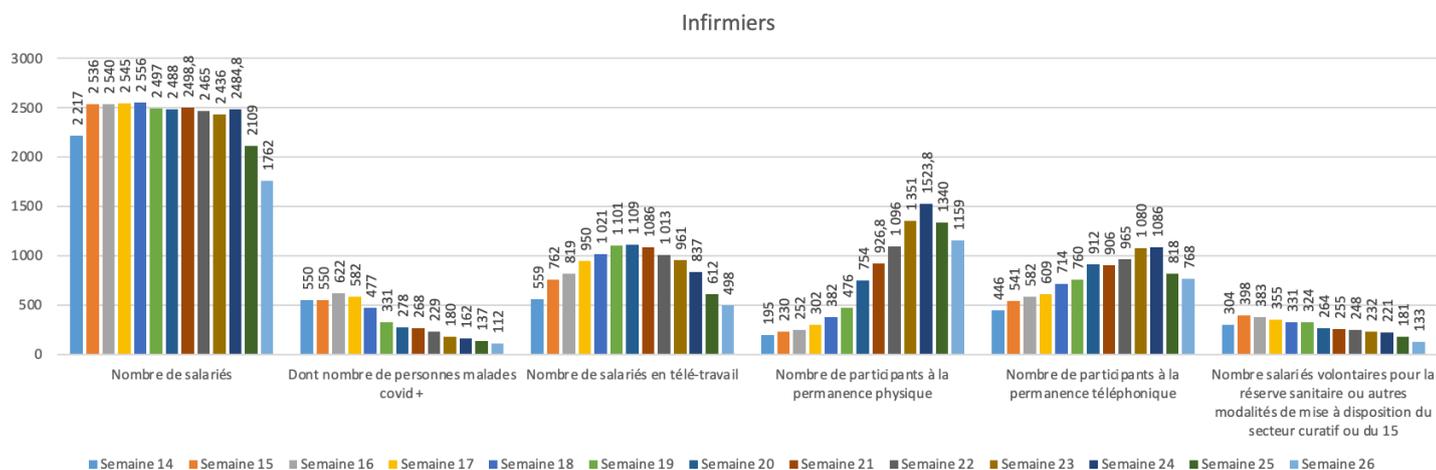


Figure 8. Moyens RH-IDEST mobilisés sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

Les **figures 6, 7 et 8** sont issues des chiffres récupérés par les DREETS.

Elles représentent, pour chacune d'entre elles, les moyens RH à disposition au sein des SPSTI entre les semaines 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) et 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020 ; en fonction du statut (« médecin », « médecin collaborateur) et « IDEST »). Les chiffres étaient disponibles pour d'autres professions (psychologues, assistant.e.s social.e.s, les préventeurs, les assistant.e.s et les fonctions de support), mais nous les avons érudés car non concernés par ce travail de thèse.

Pour mieux comprendre l'évolution de ces chiffres, il est important de rappeler que le premier confinement « strict » s'est étendu du 17 mars 2020 (semaine 12) au 11 mai 2020 (semaine 20).

Outre le fait, que le nombre global de soignants est resté stable durant cette période car faiblement infectés par la COVID, une autre tendance se dégage.

Le nombre de salariés en télétravail augmente jusqu'à la période charnière du 11 mai 2020 (semaine 20), quelle que soit la fonction (médecins, médecins collaborateurs et IDEST) ; puis décroît. Inversement, le nombre de salariés assurant la permanence physique reste relativement bas jusqu'à la 20^{ème} semaine puis augmente progressivement avec la sortie du confinement.

Cela s'explique simplement par le fait que pendant le confinement le télétravail était obligatoire dans la mesure du possible alors qu'il était simplement recommandé à la sortie du confinement.

La baisse du nombre de salariés en télétravail montre que les professionnels de santé ont préféré reprendre leurs habitudes de consultation d'avant crise sanitaire.

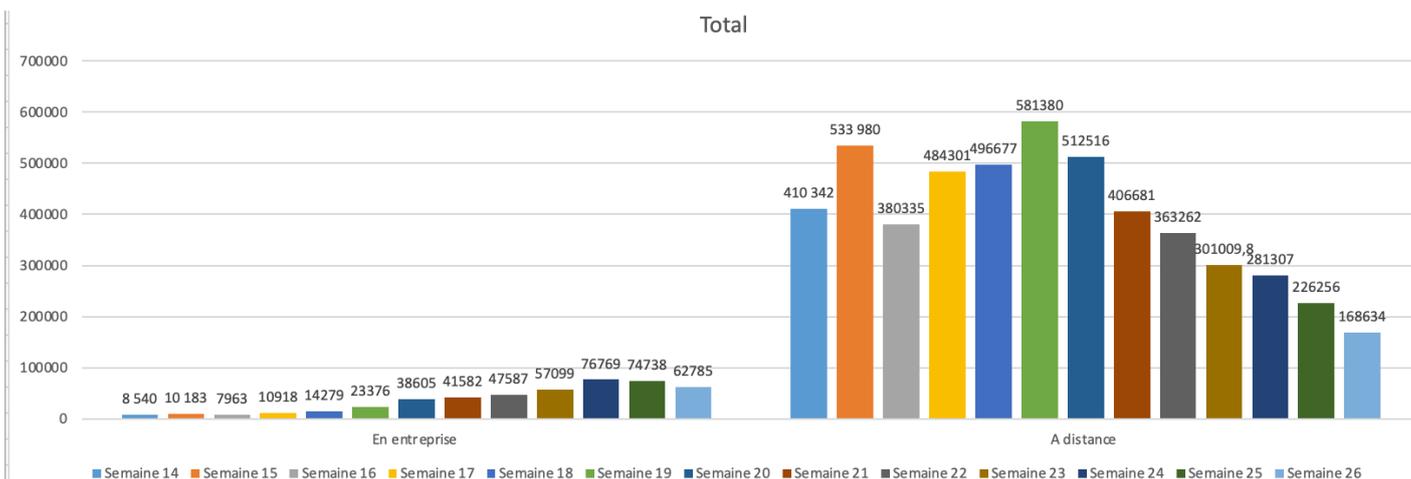


Figure 9. Activité globale des SPST sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

La **figure 9** représente l'activité globale réalisée par les services de prévention et de santé au travail inter-entreprises entre les semaines 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) et 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020 ; toutes fonctions confondues (médecins, médecins collaborateurs et IDEST).

Cette activité globale comprend :

- les actions en milieu de travail,
- les actions liées au COVID : conseils, informations,
- la participation à des CSE,
- les différents types de visites : visite d'information et de prévention (VIP), visite d'embauche (EMAE), les visites à la demande, les visites pour (in)aptitude

Le nombre d'actions réalisées à distance augmente jusqu'à la semaine 20 puis diminue progressivement pour se faire de plus en plus en présentiel. Cependant, les actions restent le plus souvent réalisées à distance malgré le déconfinement ; à l'exception des visites d'inaptitude.

Pour ne pas encombrer le corps de texte, les graphiques ont été placés dans la partie Annexe (annexes 7 à 13 - pages 79 à 81).

II. Période du premier déconfinement et du deuxième confinement

Le tableau ci-dessous reprend les chiffres remontés par les SPSTI aux DREETS sur la période de juillet à décembre 2020. Cette période recouvre la période de déconfinement faisant suite au confinement strict de mars à mai 2020 ainsi que la deuxième période de confinement « plus souple » qui s'est étendue du 30 octobre 2020 au 15 décembre 2020.

BILAN JUILLET-DECEMBRE 2020

Activités	Modalités		Total
	En présentiel	A distance	
Nombre d'actions en milieu de travail	232 054 (46%)	276 278 (54%)	508 332
Dont liées au Covid-19	44 748 (26%)	130 839 (74%)	175 587
Dont élaboration / actualisation de fiches d'entreprise	46 966 (81%)	11 254 (19%)	58 220
Dont études de postes	48 410 (75%)	16 168 (25%)	64 578
Dont informations collectives délivrées aux entreprises	60 880 (29%)	146 672 (71%)	207 552
Dont participations au CSE	12 883 (63%)	7 468 (37%)	20 351
Nombre d'arrêts de travail prescrits (décret du 11 mai 2020)	651 (72%)	258 (28%)	909
Nombre d'interruptions de travail prescrites aux personnes vulnérables (décret du 11 mai 2020)	4 500 (68%)	2 139 (32%)	6 639
Nombre de tests Covid-19 prescrits (contact-tracing, cluster, campagnes de dépistage, etc.)	49 673 (79%)	13 352 (21%)	63 025
Nombre de visites d'embauche (VIP initiale, suivi adapté et SIR)	1 174 281 (87%)	175 491 (13%)	1 349 772
Dont réalisées par les infirmiers en santé au travail (NVE)	569 278 (84%)	110 007 (16%)	679 285
Nombre de visites périodiques	696 077 (89%)	86 031 (11%)	782 108
Dont réalisées par les infirmiers en santé au travail (NVP)	337 436 (88%)	46 219 (12%)	383 655
Nombre de visites de reprise	429 331 (79%)	55 637 (11%)	484 968
Nombre de visites occasionnelles (à la demande, pré-reprise etc.)	474 930 (85%)	83 168 (15%)	558 098
Nombre d'avis d'inaptitude rendus	53 078 (93%)	3 823 (7%)	56 901

Figure 10. Activité globale des SST sur l'ensemble du territoire de juillet à décembre 2020

La **figure 10** représente, comme la figure 6 vue au point précédent, l'activité globale réalisée par les services de prévention santé au travail inter-entreprises entre les mois de juillet et décembre 2020.

La tendance qui se dégage est une reprise de l'activité davantage en présentiel. Cependant certaines actions en milieu de travail (conseils/informations relatives à la COVID19, prévention et information collective dans les entreprises) sont maintenues à distance car elles s'y prêtent bien. En revanche les visites, tous types confondus, sont réalisées majoritairement en présentiel.

Cette répartition en faveur d'une activité en présentiel est restée relativement stable sur la deuxième moitié de l'année 2020 et n'a pas été perturbée par le deuxième confinement (car moins de restriction de déplacement, et la TLC était plus conseillée qu'obligatoire). Pour ne pas encombrer le corps de texte, les graphiques ont été placés dans la partie Annexe (annexes 14 à 20 - pages 81 à 83).

III. Début de l'année 2021

BILAN JANVIER A AVRIL 2021

	Modalités		TOTAL
	En présentiel	A distance	
Nombre d'actions en milieu de travail	173 840 (56%)	137 678 (44%)	311 518
Dont liées au Covid-19	26 399 (37%)	44 515 (73%)	70 914
Dont élaboration / actualisation de fiches d'entreprise	40 304 (81%)	9 693 (19%)	49 997
Dont études de postes	38 707 (76%)	12 306 (24%)	51 013
Dont informations collectives délivrées aux entreprises	19 938 (37%)	53 327 (63%)	73 265
Dont participations au CSE	7 813 (63%)	4 640 (37%)	12 453
Nombre d'arrêts de travail prescrits (décret du 13 janvier 2021)	521 (63%)		521
Nombre d'interruptions de travail prescrites aux personnes vulnérables (décret du 13 janvier 2021)	18 685 (100%)		18 685
Nombre de tests Covid-19 réalisés (contact-tracing, cluster, campagnes de dépistage, etc.)	16 514 (100%)		16 514
Nombre de visites d'embauche (VIP initiale, suivi adapté et SIR)	836 419 (84%)	155 582 (16%)	992 001
Dont réalisées par les infirmiers en santé au travail (NVE)	408 081 (80%)	101 108 (20%)	509 189
Nombre de visites périodiques	592 205 (87%)	90 955 (13%)	683 160
Dont réalisées par les infirmiers en santé au travail (NVP)	269 161 (85%)	49 362 (15%)	318 523
Nombre de visites de reprise	299 775 (89%)	37 596 (11%)	337 371
Nombre de visites occasionnelles (à la demande, pré-reprise etc.)	340 514 (86%)	53 771 (14%)	394 285
Nombre d'avis d'inaptitude rendus	34 522 (94%)	2 192 (6%)	36 714
Nombre de consultations pré-vaccinales réalisées	27 759 (100%)	0	27 759
Nombre de vaccins Covid19 réalisés par les professionnels de santé au travail	29 272 (100%)		29 272

Figure 11. Activité globale des SST sur l'ensemble du territoire de janvier à avril 2021

La **figure 11** représente également l'activité globale des SPSTI entre les mois de janvier et avril 2021.

La majorité des activités se fait préférentiellement en présentiel hormis les actions en milieu de travail, avec une inégalité de répartition en faveur du présentiel encore plus flagrante qu'au paragraphe précédent.

Pour ne pas encombrer le corps de texte, les graphiques ont été placés dans la partie Annexe (annexes 21 à 26 - pages 83 à 85).

IV. En résumé...

L'analyse des données chiffrées des DREETS nous a permis d'avoir une première idée de l'évolution de l'utilisation de la téléconsultation au cours des différentes phases de confinement et déconfinement. Le recours à l'outil numérique était majoritaire de mars à mai 2020 pour les consultations ou les actions en milieu de travail car obligé par les mesures gouvernementales en vigueur. A mesure que les mesures de confinement se sont assouplies, les professionnels de santé ont préféré reprendre les consultations en présentiel et maintenir les actions en milieu de travail à distance car elles s'y prêtent bien.

Chapitre 5 : Approche directe auprès des professionnels de santé au travail : matériel et méthode

I. Objectifs et type d'étude

Après avoir estimé l'évolution du recours à la TLC par les SPSTI au chapitre précédent, nous avons réalisé une étude analytique et descriptive via un auto-questionnaire adressé aux professionnels de santé au travail portant sur leur pratique quant à l'utilisation de l'outil numérique pendant la crise sanitaire.

II. Population et échantillonnage

La population ciblée par ce questionnaire était :

- l'ensemble des professionnels de santé au travail : médecin, infirmier. e, médecin collaborateur, interne et PAE (procédure d'autorisation d'exercice),
- quel que soit leur mode d'exercice : services inter-entreprise et autonome, fonctions publiques territoriale et hospitalière, médecine agricole,
- quelle que soit leur ancienneté dans la profession,
- qu'ils aient eu recours ou non à la téléconsultation sur la période concernée,
- sur l'ensemble du territoire français.

Afin d'être le plus représentatif possible de l'activité des SPST pendant la pandémie, nous avons choisi de ne pas fixer a priori de nombre de participants minimum ou maximum à atteindre, de ne pas imposer un critère géographique ou de ne pas se limiter à un mode d'exercice. Le but étant de toucher le plus grand nombre de praticiens et de prendre en compte la diversité des situations (possible variabilité des pratiques d'une zone géographique à une autre, différences de fonctionnement entre services inter-entreprises et autonomes...).

III. Le questionnaire

Pour recueillir les réponses des participants, nous avons élaboré un questionnaire auto-déclaratif, comprenant majoritairement des questions à réponse unique (QRU). Seules les 3 dernières questions étaient à réponses multiples (QCM). Pour certaines questions, il était possible de cocher un item « autre » et de commenter (dans ce cas, cela était précisé).

Le questionnaire comprenait 23 questions réparties en 5 catégories :

- partie I : caractéristiques de la population (6 questions)
- partie II : modalités de la consultation à distance (8 questions)
- partie III : concernant le salarié (5 questions)
- partie IV : à l'avenir (1 question)
- partie V : autre (3 questions) portant sur les avantages et inconvénients de la consultation à distance ou sur pourquoi la téléconsultation n'a pas été utilisée.

La période couverte par ce questionnaire s'est étendue de mars 2020 à avril 2021.

Une première version du questionnaire a été testée auprès d'un environnement proche (collègues de travail et internes du service de maladies professionnelles du CHU de LILLE), au format papier. L'objectif était de vérifier la bonne compréhension des questions, éviter les redondances ou les ambiguïtés. Suite à cette phase de « test », il a été retravaillé pour prendre en compte les différentes remarques.

Il a ensuite été retranscrit sous forme d'un questionnaire en ligne sur l'application Lime Survey. Les questions étaient classées selon les catégories précédemment citées et s'affichaient l'une après l'autre pour éviter les retours en arrière, les changements ou oublis de réponse et donc la perte de données. Il était également précisé si la question attendait une ou plusieurs réponses.

Moins de 10 minutes étaient nécessaires pour remplir le questionnaire. Le questionnaire était anonyme, les participants n'ont pas eu à mentionner leur coordonnées (précisé dès le lancement du questionnaire).

En revanche, mes coordonnées étaient fournies pour me contacter si nécessaire à l'issue du questionnaire.

La liste des questions qui a été soumise aux participants de l'étude se situe en annexe 27 (pages 86 à 90).

IV. Diffusion du questionnaire en ligne

Le lien du questionnaire en ligne a été diffusé largement via la newsletter de l'ISTNF du 19 octobre 2021 au 26 novembre 2021 (soit pendant 5 semaines). Durant cette période, une relance a été faite à J+15, puis aux 3^{ème} et 4^{ème} semaines après la première parution dans la newsletter.

Le lien a également été transmis aux directeurs de services prévention et de santé inter-entreprises de la région Haut de France, une première fois le 29 octobre 2021 puis relancé une dernière fois le 18 novembre 2021 (soit 3 semaines après), afin de d'assurer de toucher le plus grand nombre possible.

V. Recueil et analyse des données

Les données exploitées sont directement celles comptabilisées par l'application Lime Survey (données quantitatives et pourcentages), en analyse univariée. L'analyse des données et les graphiques ont également été produits par le logiciel.

VI. Éthique

Cette étude étant une évaluation de pratique auprès de professionnels de santé, elle ne nécessitait donc pas l'avis d'un comité de protection des personnes ni de celui d'un comité d'éthique, au sens de la loi Jardé de 2012.

Chaque participant était informé sur les objectifs et le contexte de cette étude en début de questionnaire.

Chapitre 6 : Résultats

Nous avons obtenu un total de 458 réponses, dont 387 réponses complètes. L'analyse des résultats s'est faite uniquement pour des questionnaires entièrement complétés.

Le risque de doublon de réponses était limité dans la mesure où l'adresse IP était reconnue par le logiciel (à condition de continuer sur le même ordinateur).

L'analyse des caractéristiques de la population (questions 1 à 6), les réponses aux questions suivantes (questions 7 à 23) ainsi que les graphiques ont été réalisés via le logiciel inclus dans Lime Survey. Il s'agit d'une analyse descriptive et transversale des données exprimée en effectifs et en pourcentages.

I. Caractéristiques de la population

Caractéristiques de la population	Effectif
	N = 387
Sexe	
Homme	100 (26%)
Femme	287 (74%)
Fonction au sein du SPST	
Médecin du travail	206 (53%)
IDEST	152 (39%)
Médecin en cours de qualification	29 (8%)
Ancienneté en santé au travail	
< 5 ans	121 (31%)
Entre 5 et 10 ans	89 (23%)
> 10 ans	177 (46%)
Mode d'exercice	
Service inter-entreprise	333 (85%)
Service autonome	51 (13%)
Autre	9 (2%)
Nombre de salarié au sein du SPST	
≤ 10 salariés	23 (6%)
10 – 49 salariés	50 (13%)
> 50 salariés	314 (81%)
Effectifs	
< 1000 salariés	22 (6%)
Entre 1000 – 4500 salariés	173 (45%)
> 4500 salariés	192 (49%)

Tableau 1. Caractéristiques de la population. Résultats basés uniquement sur les questionnaires complets (cf. questions 1 à 6 du questionnaire)

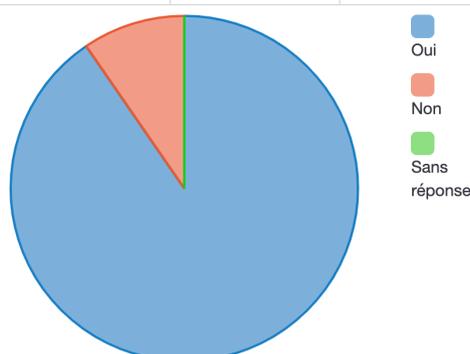
De prime abord nous pouvons noter que notre échantillon est constitué majoritairement de femmes. Les répondants sont pour la plupart des médecins du travail et ont une ancienneté dans leur fonction supérieure à 10 ans. Les participants exercent en très grande majorité en service inter-entreprise, service comprenant en général au moins 50 salariés. Enfin, les effectifs suivis par les participants sont de taille moyenne (1000 à 4500 salariés) ou de taille plus importante à parts quasi-égales (> 4500 salariés).

II. Modalités de consultation

Accès à la téléconsultation

Pendant la crise sanitaire (à compter de mars 2020 jusqu'avril 2021), avez-vous eu accès à une solution de consultation à distance ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A1)	350	90.44%
Non (A2)	37	9.56%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	387	100.00%

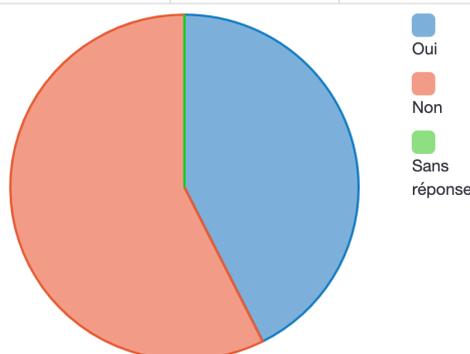


90% des répondants ont eu accès à une solution de consultation à distance. Seuls 10% n'y ont pas eu accès.

Formation préalable à l'utilisation de l'outil numérique

Avez-vous eu une formation à l'utilisation des outils de consultation à distance ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A1)	149	42.57%
Non (A2)	201	57.43%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	350	100.00%

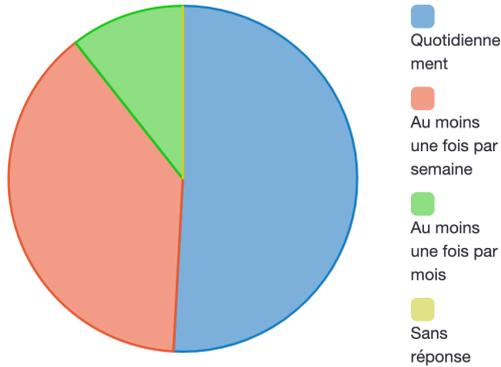


Moins de la moitié des répondants (42,6%) ont pu bénéficier d'une formation préalable à l'utilisation des outils de consultation à distance.

Fréquence du recours à la téléconsultation

A quelle fréquence avez-vous eu recours à la consultation à distance ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Quotidiennement (A1)	178	50.86%
Au moins une fois par semaine (A2)	135	38.57%
Au moins une fois par mois (A3)	37	10.57%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	350	100.00%



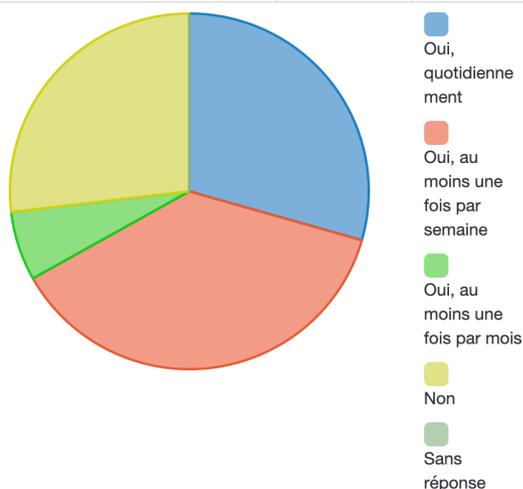
50% des participants avaient recours quotidiennement à la TLC.

38% y avaient recours au moins une fois par semaine et 1 participant sur 10 y avait recours qu'une fois par mois.

Fréquence du recours à la consultation physique

Pendant les périodes de confinement, avez-vous maintenu des consultations en présentiel ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui, quotidiennement (A1)	103	29.43%
Oui, au moins une fois par semaine (A2)	131	37.43%
Oui, au moins une fois par mois (A3)	22	6.29%
Non (A4)	94	26.86%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	350	100.00%

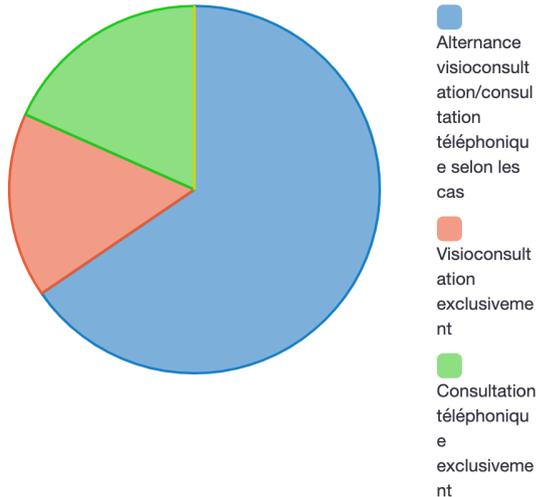


Les consultations physiques n'ont pas été délaissées pour autant car une écrasante majorité a choisi de les maintenir (dont près d'un tiers des participants qui y avait recours quotidiennement).

A noter tout de même qu'un quart des répondants a eu recours à la TLC exclusivement (94 participants sur 350 n'ont pas du tout consulté de patients physiquement).

Quel(s) outil(s) de consultation à distance a (ont) été utilisé(s) ?

A quelle solution de consultation à distance avez-vous eu recours ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Alternance visioconsultation/consultation téléphonique selon les cas (A1)	229	65.43%
Visioconsultation exclusivement (A2)	57	16.29%
Consultation téléphonique exclusivement (A3)	64	18.29%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	350	100.00%



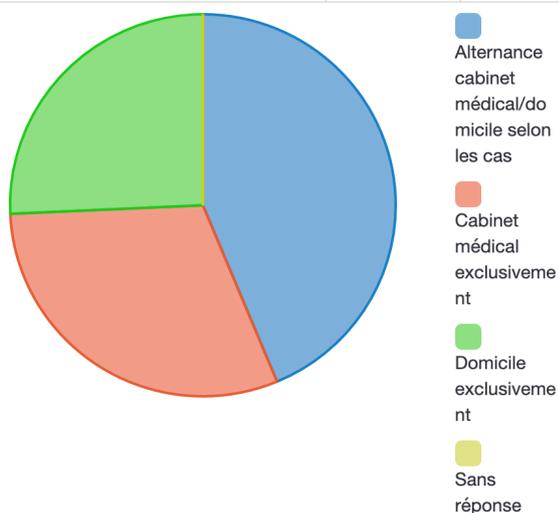
Parmi les trois solutions possibles (visioconsultation ou consultation téléphonique exclusive ou l'alternance des deux), les professionnels de santé ont préféré alterner entre celles-ci dans 65% des cas.

Ce sont dans des proportions quasi-identiques qu'ils ont utilisé exclusivement l'une ou l'autre de ces méthodes.

En référence aux questions 11 et 18 relatives à la qualité de la consultation à distance (cf Annexes 28 et 29 – page 91), la téléconsultation avec l'un ou l'autre des outils a été jugée techniquement satisfaisante par plus de 40% des participants. Toutefois pour près d'un quart d'entre eux, la qualité de la consultation n'était pas satisfaisante. Pour autant, les téléconsultations jugées insatisfaisantes n'ont été reprogrammées que dans moins de 20% des cas.

Depuis quel lieu les consultations à distance étaient-elles réalisées ?

Depuis quel lieu avez-vous réalisé vos consultations à distance ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Alternance cabinet médical/domicile selon les cas (A1)	153	43.71%
Cabinet médical exclusivement (A2)	107	30.57%
Domicile exclusivement (A3)	90	25.71%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	350	100.00%



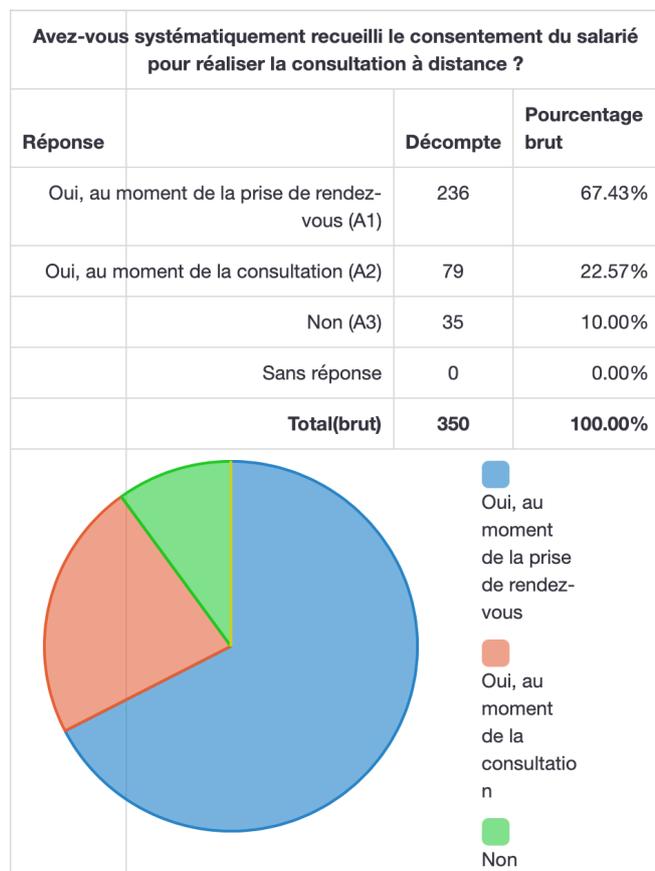
Les professionnels de santé au travail ont surtout alterné entre téléconsultation depuis le cabinet médical et depuis le domicile (43,7%).

C'est à parts quasi-égales qu'ils ont choisi de téléconsulter exclusivement depuis le cabinet médical (30%) ou depuis leur domicile (26%).

En référence à la question 12 (cf annexe 27 – page 86) relative aux logiciels de vidéo-transmission utilisés, les logiciels ayant été les plus utilisés sont CLICKDOC (28%), PREDICE (12%) et TEAMS. (9%).

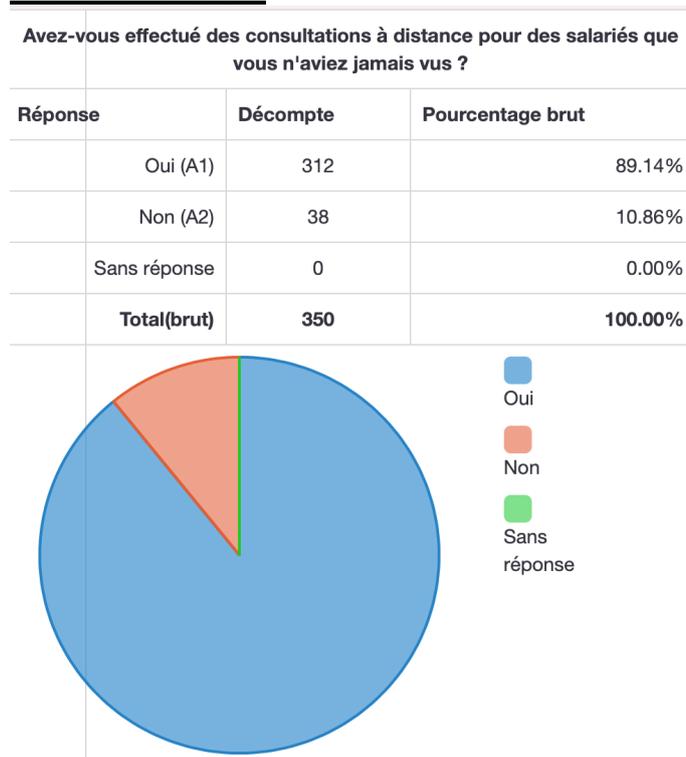
III. Concernant le salarié

Le consentement



Même dans cette situation de crise, le consentement du patient a été recueilli dans la majorité des cas (90% des répondants), soit au moment de la prise de rendez-vous (67% des cas) soit au moment de la consultation (23% des cas). Pour seulement 1 participant sur 10, le consentement n'a pas été systématiquement recueilli.

Le salarié avait-il déjà été vu en présentiel au moins une fois ?

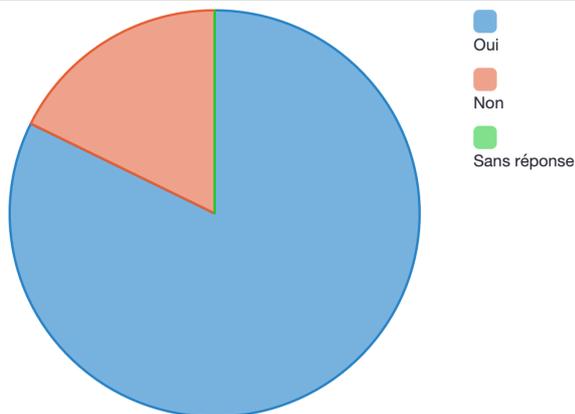


La plupart du temps (neuf fois sur dix), les consultations à distance ont été réalisées pour des salariés que les professionnels de santé au travail n'avaient jamais vus.

Les documents (DMST et documents de fin de visite)

Aviez-vous systématiquement accès au Dossier Médical de Santé au Travail (DMST) au moment de la consultation ?

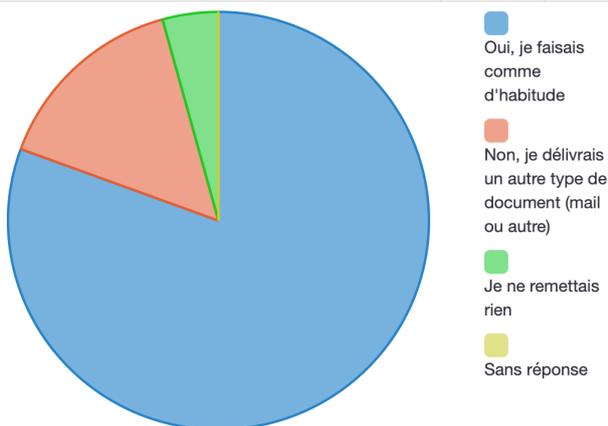
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A1)	288	82.29%
Non (A2)	62	17.71%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	350	100.00%



Dans plus de 80% des cas, les professionnels de santé au travail avaient accès au Dossier Médical de Santé au Travail.

Délievriez-vous le même type de document que d'habitude à l'issue de vos consultations à distance (même de façon dématérialisée) ?

Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui, je faisais comme d'habitude (A1)	282	80.57%
Non, je délievrais un autre type de document (mail ou autre) (A2)	53	15.14%
Je ne remettais rien (A3)	15	4.29%
Sans réponse	0	0.00%
Total(brut)	350	100.00%



En fin de visite, les documents réglementaires étaient remis au salarié sous sa forme habituelle, dans 80% des cas.

Dans presque 1 cas sur 5, les répondants ont choisi de remettre ces documents sous un format différent (mail ou autre).

Ce n'est que très rarement (4,3%) que les salariés ont quitté la consultation sans documents de fin de visite.

IV. A l'avenir...

Nous avons demandé aux professionnels de se projeter dans l'après COVID : 52% des utilisateurs de la consultation à distance pendant la pandémie de COVID-19 sont favorables à l'idée de consulter à distance hors période de pandémie. Mais ce sont près de 48% des utilisateurs n'y sont pas favorables.



V. Questions à réponses multiples et commentaires

Les trois dernières questions étaient des questions à réponses multiples (QCM) avec une possibilité de réponse « autre » où les participants pouvaient s'exprimer librement. Deux de ces questions concernaient les avantages et inconvénients de la consultation à distance. La dernière question s'adressait uniquement aux répondants qui n'avaient pas eu recours à la TLC durant la pandémie.

Ci-dessous, un tableau résumant les avantages et inconvénients remontés par les participants (cf. [Annexes 31 et 32](#) – pages 92 et 93).

AVANTAGES	INCONVENIENTS
<ul style="list-style-type: none"> - Solution appréciable et facile d'utilisation (22% des réponses) qui permet de se protéger et des protéger les autres (69% des réponses), - Elle satisfait les 3 partis : salarié, employeur et professionnel de santé au travail car Du point de vue du salarié : moins d'attente, pas de déplacement (39%) Du point de vue de l'employeur : diminution du risque d'accident de trajet, gain de temps (24%) Du point de vue du professionnel de santé : moins d'absentéisme, gestion facile du planning, moins d'oubli d'examen complémentaire (23%), - Les échanges sont centrés sur l'essentiel (20%) et le contact est d'aussi bonne qualité que les visites en présentiel (12%), - Pratique pour certains types de visites (VIPI, VIPP, pré-reprise), ou en fonction du domaine de travail du salarié (tertiaire notamment) ou en fonction de la problématique chez un salarié connu (RPS par exemple). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de faire un examen clinique (60%) ou paraclinique (visiostest, audiométrie, tension artérielle notamment), peur de manquer un diagnostic en conséquence, plus grande facilité pour le salarié de cacher certaines informations, - Difficultés techniques (54%) : problème de réseau et de connexion pouvant être chronophages, lenteur de connexion, peur que le salarié se déconnecte en cas de retard du professionnel de santé, pas d'accès au DMST (9%) - Gêne liée au caractère virtuel de la communication (27%) car les salariés sont moins investis dans la consultation (continue son travail, promène son chien), et donc les conditions de confidentialité ne sont pas toujours respectées (26%) - Absence de professionnel de santé en appui du salarié (7%).

Par opposition, certains professionnels de santé au travail n'ont pas eu recours à la consultation à distance. Voici les principales raisons recueillies (Annexe 33 – page 93) :

- Choix personnel (2%) influencé notamment par la crainte d'une qualité de consultation insuffisante (absence d'examen clinique, perte du langage non verbal...) (3%),
- des moyens techniques indisponibles (3%) ou une zone insuffisamment couverte par le réseau (0,5%)
- refus de l'employeur (1%)

Discussion générale

a) Le choix de l'étude

Encore quasi-inexistante il y a 3 ans en santé au travail, la téléconsultation s'est généralisée dans le contexte sanitaire actuel afin d'assurer la continuité de la surveillance de l'état de santé des travailleurs.

Jusqu'ici aucune étude portant sur la téléconsultation en santé au travail n'avait été publiée, même en dehors d'un contexte de crise sanitaire.

Ce sujet d'actualité et original nous est apparu important afin d'imaginer la médecine du travail de demain. D'autant plus que la santé au travail est amenée à beaucoup évoluer avec la loi santé-travail d'août 2021.

b) Méthodologie de l'enquête

L'analyse quantitative des données remontées par les SPSTI aux DREETS nous a d'abord permis d'avoir une vue d'ensemble de l'activité de ces services durant la période de mars 2020 à avril 2021. Cela nous a permis de voir que globalement la continuité des services proposés par les SPSTI a pu être maintenue pendant cette période. Cela nous également permis d'orienter notre enquête sur les moyens d'assurer cette continuité.

Quant à la pratique des professionnels de santé sur le recours à la téléconsultation, une étude descriptive et analytique paraissait adaptée car elle permet l'analyse d'un grand nombre de données, l'interrogation d'une population assez large afin d'avoir une vision globale de la pratique des professionnels de santé au travail en matière de téléconsultation.

Une étude qualitative aurait également pu être de rigueur car elle aurait permis de recueillir le ressenti des participants de façon plus exhaustive. Mais au vu du grand nombre de répondants, il aurait été fastidieux d'analyser l'ensemble des réponses.

c) Le questionnaire

Le questionnaire pouvait paraître un peu long au premier abord avec 23 questions. Mais entre 5 et 10 minutes (en fonction du temps accordé aux questions libres) suffisaient à le remplir entièrement, les questions étant majoritairement des questions fermées à réponse unique. En plus de la rapidité et de la facilité de réponse, les QRU ont facilité l'analyse statistique. Elles nous ont d'ailleurs permis de comparer plus facilement nos résultats à ceux d'études similaires (que nous aborderons plus loin dans la discussion). Toutefois, 3 questions comportaient des réponses à choix multiples avec possibilité de commenter et donc de laisser les participants s'exprimer. L'analyse des verbatims a permis de les regrouper en thèmes communs plus généraux.

La nature des questions (réponse unique ou multiple) était précisée dans un message avant même le début du questionnaire et ainsi limiter la perte de précision (notamment pour les QCM).

d) La participation

Le questionnaire a été diffusé via la newsletter du mercredi de l'ISTNF qui compte 7 300 abonnés (lue en moyenne chaque semaine par 1 500 personnes), exerçant sur l'ensemble de la métropole. L'ISTNF a également publié le lien du questionnaire sur son compte twitter qui compte 5 100 abonnés. Il nous est donc difficile de déterminer avec précision le nombre de professionnels de santé au travail qui a réellement pu avoir accès à ce questionnaire (les lecteurs pouvant changer d'une semaine à l'autre, certains abonnés à la newsletter mais pas au compte twitter ou inversement, ou bien même abonnés aux deux). A noter, que le questionnaire a été uniquement diffusé numériquement (pas d'envoi par papier : cela aurait été, selon nous, en contradiction avec le sujet qui porte bien sur l'utilisation de l'outil numérique ! Mais peut-être cela a-t-il pu faire baisser le taux de participation).

Pour limiter les questionnaires incomplets, nous avons demandé à l'ISTNF de publier une relance à J+15 et aux 3^{ème} et 4^{ème} semaines. D'autant plus que le questionnaire était disponible du 29 octobre au 18 novembre, période des vacances de la Toussaint.

e) L'analyse statistique

L'analyse descriptive et transversale a été choisie car facile à réaliser en cas de compétences limitées en statistiques, mais aussi parce que réalisée d'emblée par le logiciel qui a permis le recueil des réponses.

Une analyse multivariée, avec l'aide d'un statisticien, aurait pu être réalisée afin de prévoir si les résultats pouvaient être influencés par certaines caractéristiques de la population (sexe, mode d'exercice, effectif de travailleurs suivis...). Cependant, ce travail pourra servir de base à des études plus larges et plus exhaustives.

f) Les forces et biais de l'étude

L'une des forces de notre étude est le nombre relativement important de participants. La large diffusion du questionnaire, via internet et sur l'ensemble du territoire français a permis d'avoir des participants de tout âge, toute ancienneté ou de toute qualification, étant ainsi plus représentatif de l'exercice de la santé au travail au quotidien.

Parmi les biais de cette étude, nous pouvons retrouver un biais de volontariat. En effet, les médecins ayant répondu sont possiblement les plus intéressés par le sujet. Une partie de ceux n'ayant pas répondu ne sentait peut-être pas concernés par le sujet, soit parce qu'ils n'y avaient pas recours soit parce qu'ils ne comptaient peut-être pas continuer à téléconsulter après la pandémie.

La diffusion du questionnaire uniquement via la newsletter a pu entraîner un biais de sélection chez les répondants, excluant d'office ceux pour qui le recours à l'outil numérique reste encore difficile.

Il existe probablement un biais de mémorisation du fait que le questionnaire a été lancé plus d'un an après la période concernée par le questionnaire. Le biais de non réponse a été limité dans la mesure où les analyses ont été faites uniquement à partir des fichiers entièrement remplis. Il aurait été intéressant de connaître la proportion de professionnels de santé au travail qui utilisaient déjà la TLC pour permettre une comparaison.

g) Représentativité de l'échantillon

D'après les données des DREETS, on recense en 2022, 4 812 médecins du travail dont 68% sont des femmes. Le nombre d'IDEST est estimé entre 4 000 et 6000. Seulement 10% des professionnels de la santé au travail exercent en milieu hospitalier, la majorité exerçant en service inter-entreprise ou autonome.

Notre échantillon est donc plutôt représentatif de la population générale des professionnels de santé au travail (la majorité des répondants étant des femmes, travaillant en SPSTI).

h) Les résultats

La majorité des professionnels de santé au travail a saisi l'opportunité d'utiliser la téléconsultation afin d'assurer au mieux les missions qui leur sont attribuées, même si cela a impliqué de bousculer leurs pratiques, au risque que les consultations ne soient pas toujours réalisées dans des conditions optimales.

Par exemple, la formation à l'utilisation de l'outil numérique est inscrite dans le code de la Santé publique (article R.6316-9)(63).Même si nous n'avons pas d'idée de la proportion d'entre eux qui avait déjà eu recours aux consultations à distance avant mars 2020, l'absence de formation préalable dans plus de la moitié des cas suggère qu'ils étaient probablement peu nombreux. Parallèlement, une étude réalisée par les DREETS de la Nouvelle-Aquitaine en aout 2020 montre également que les professionnels de santé ont appris à utiliser cet outil sur le tard : sur 365 répondants à l'enquête, seuls 18% d'entre eux ont bénéficié de cette formation. Un des avantages de comparer nos résultats à cette

enquête repose sur le fait que la proportion de participants est superposable. Une autre étude, de plus grande envergure (plus de 1700 réponses) réalisée par le CROCT (Conseil d'Orientation Régional des Conditions de Travail) du Grand Est révèle que les professionnels de santé au travail étaient familiarisés avec la TLC seulement dans 12% des cas (30/238 répondants). Pour information, cette étude s'est intéressée à l'utilisation des TLC du point de vue de l'employeur (364 répondants), du salarié (1119 répondants) et des professionnels de santé au travail (238 répondants).

La recherche systématique du consentement du salarié est elle aussi inscrite dans le Code de la Santé publique à l'article R.6316-2 (64). Cette recommandation a plutôt été bien respectée dans l'ensemble. Le consentement a été recueilli par près de 90% des répondants à notre étude ainsi que celle menée en Nouvelle-Aquitaine, un peu moins souvent selon les résultats du CROCT le Grand Est (75% des répondants).

En plus de l'information et du consentement du salarié, la confidentialité, à l'instar des consultations en médecine de soins, doit être assurée tout au long de la consultation. Dans le Grand Est et en Nouvelle-Aquitaine, la très grande majorité des répondants savaient où était le salarié et si la confidentialité allait être respectée ou non. Nous n'avons pas recueilli cette information. Parallèlement, cette confidentialité questionne la nécessité de d'authentifier les différents interlocuteurs (article 6316-3 du code de la Santé Publique) ; d'où l'intérêt d'une vidéotransmission. Majoritairement, quelle que soit l'étude, les professionnels de santé au travail ont choisi d'avoir recours aux appels téléphoniques. Il est vrai que les problèmes de connexion ou les soucis matériels (inconvenients les plus cités) peuvent rendre difficile la consultation à distance ; et dans ce cas il est plus facile de réaliser une consultation par téléphone, pour éviter de perdre du temps et d'en faire perdre au salarié ou d'avoir à reprogrammer la consultation.

Le motif le plus fréquent de reconvoque d'un salarié était la nécessité de réaliser un examen clinique. La seconde motivation était d'avoir un échange plus complet avec le

salarié. Quelle que soit l'étude, les salariés n'étaient pas reconvoqués une fois sur cinq (lorsque la téléconsultation n'était jugée satisfaisante).

Pour finir, nous avons proposé aux répondants de se projeter dans « l'après COVID-19 » : un tiers feraient des téléconsultations régulièrement après la période d'alerte sanitaire, 30 à 50% téléconsulteraient de façon ponctuelle et 15 à 20% n'y auraient plus recours. En Nouvelle-Aquitaine, c'est également un tiers des professionnels qui était prêt à changer sa pratique pour utiliser la consultation à distance régulièrement en « post-COVID » et 68% d'entre eux à continuer d'y avoir recours de façon ponctuelle ou occasionnelle. Les mêmes proportions sont retrouvées dans l'étude du CROCT du Grand-Est.

i) Freins, leviers et perspectives

Ces trois différentes études ont ainsi permis d'identifier des freins et leviers quant à l'utilisation de l'outil numérique, dont certains d'entre eux étaient déjà évoqués dans les études menées en médecine générale cités en introduction (7–9). Parmi les leviers les plus cités, nous retrouvons le gain de temps (pas de déplacement, moins d'attente, moins d'absentéisme...) ou encore des échanges centrés sur l'essentiel.

Les freins sont encore nombreux : difficultés techniques (lenteur du réseau, mauvaise connexion), peur de manquer un diagnostic à cause de l'absence d'examen clinique ou encore la crainte d'une détérioration de la relation salarié-professionnels de santé.

Parmi ces craintes, la plus redoutée est celle d'une erreur de prise en charge. Pour en limiter les risques, est diffusée à titre de test dans plusieurs départements, une forme plus élaborée de consultation à distance. Il s'agit de la « téléconsultation mobile », déjà déployée dans l'Oise, le Loiret, la Dordogne et à Montpellier (65). Elle nécessite l'utilisation d'un fourgon équipé d'un stéthoscope, un otoscope, un ECG et parfois même une sonde d'échographie qui sont reliés à des capteurs (son, vidéo) et permettent une transmission en direct au médecin (65). L'infirmière réalise l'ensemble des gestes et examens paracliniques (prise de

tension artérielle, examen otoscopique...) en suivant les instructions du médecin qui lui est dans son bureau habituel. L'infirmière est en quelque sorte « la main du médecin ». Cette deuxième option pourrait d'autant plus faciliter l'accès à un suivi de santé au travail dans la mesure où la loi du 02 août 2021 prévoit un élargissement des tâches que le médecin du travail peut déléguer, aux IDEST notamment.

Comme la téléconsultation, cette méthode permettrait de créer un contact entre un salarié isolé et un professionnel de santé au travail, en apportant un examen clinique, non réalisable en téléconsultation. Cependant, la faisabilité sur le long terme doit être évaluée dans la mesure où il existe également une pénurie parmi le personnel paramédical...

Une formation pourrait également être une solution, notamment pour une amélioration des pratiques sur les points suivants :

- informations et consentement du patient à la consultation à distance. En cas de refus du salarié, la consultation devra être reprogrammée en présentiel,
- nécessité pour le médecin/IDEST de se présenter s'il n'a jamais vu le salarié en consultation auparavant),
- formation des professionnels de santé aux outils de téléconsultation,
- possibilité de reprogrammer des consultations en présentiel si la consultation à distance n'est pas satisfaisante.

Cette amélioration des pratiques va pouvoir se faire, progressivement, grâce à la loi du 02 août 2021 qui permet d'encadrer la téléconsultation par un texte de loi visant spécifiquement la santé au travail afin d'officialiser et d'homogénéiser cette pratique. Cependant un tel bouleversement des pratiques ne peut se faire sans tenir compte des doléances remontés par les professionnels de santé (problématiques matérielles, techniques, réseau, ergonomiques ou autre).

La téléconsultation en tant que solution d'avenir n'est pas une notion nouvelle. En effet, depuis quelques années, la France doit faire face à un manque avéré de professionnels de la santé au travail (médecins, IDEST notamment)(57). En 10 ans, la France a perdu presque 1/3 de ses médecins du travail (5 571 en 2010 vs. 4 275 en 2021) (66). Les prévisions d'ici 2028 montrent que le nombre actuel de médecin du travail sera divisé par deux (57). Cette pénurie s'explique, d'une part, par un vieillissement des effectifs (en 2021, l'âge moyen des collaborateurs médecins est de 49 ans, celui des médecins du travail est de 56 ans). D'autre part, les départs en retraite ne sont pas compensés par de nouvelles arrivées (300 départs en moyenne pour moins de 100 arrivées) (57). A titre indicatif, la figure suivante montre l'évolution des effectifs du médecin du travail entre 2010 et 2018 (tiré du rapport de l'association PRESANCE publié en 2021) (66) :

▪ **Evolution des effectifs de médecins du travail et collaborateurs médecins entre 2015 et 2021**



Certes la téléconsultation ne permet pas d'augmenter les ressources médicales, mais elle permet d'apporter une solution temporaire dans les déserts médicaux, en créant un contact avec des professionnels de la santé au travail. En effet, il suffirait d'utiliser les ressources humaines déjà disponibles pour assurer le suivi des salariés indépendamment de leur situation géographique : ni le professionnel de santé ni le salarié n'aurait besoin de se

déplacer (d'où sa facilité de recours). Le danger étant de ne pas privilégier le suivi de santé sur l'action en milieu de travail (pour rappel, l'action en milieu de travail doit représenter 1/3 de l'activité du médecin du travail) !

Pour finir, il est important de souligner que la facilitation du recours à la consultation à distance est à l'origine de certaines pratiques qui posent question.

Par exemple, certains SPST ont été contactés par des médecins, le plus souvent retraités, proposant d'assurer des téléconsultations depuis leur domicile et délivrer des attestations, devant secondairement être validées par le médecin du travail « officiel ». (67)

Cela pourrait avoir comme intérêt de combler des zones non couvertes par un SPST. Mais comme nous le précise le Pr Sophie Fantoni-Quinton, d'un point de vue pratique, nous sommes en droit de nous interroger sur les points suivants (67):

- comment s'assurer que la personne derrière l'écran est bien médecin, et de surcroît médecin du travail ? (d'où l'intérêt d'un échange par vidéo transmission),
- aucun examen physique, aucune action sur le milieu de travail (prévention, étude de poste) ne pourra être réalisée,
- en cas d'erreur, qui est responsable ?
- la confidentialité des échanges, le respect du secret médical ou de la protection des données sont-ils garantis ?

Il est possible d'envisager que l'une des dérives associées à la téléconsultation est la mise en place de « plateformes » ou « réseaux » de téléconsultations décentralisés, loin de toute action en milieu de travail voire même de la médecine du travail en général, conduisant à une véritable "ubérisation" de cette pratique.

Conclusion

La télémédecine ne se résume pas uniquement à la téléconsultation. L'un des objectifs initiaux de la téléconsultation est de combler la pénurie de professionnels de santé sur le territoire ainsi que leur répartition inégale. En santé au travail, elle n'en était qu'à ses prémices et non régie par des textes spécifiques. Les autorités publiques n'ont pas eu d'autre choix que de s'adapter à la crise pour assurer un minimum de continuité dans le suivi de l'état de santé des salariés.

Certes il s'agit d'une adaptation d'opportunité, mais elle a permis d'ouvrir la voie vers la modernisation des SPST. Depuis, la loi du 02 août 2021 et le décret d'application n°2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par le médecin du travail aux infirmiers en santé au travail et relative à la télésanté au travail, sont venus officialiser cette pratique. Comme vu au Chapitre 3, III. D), cette évolution réglementaire applique à la télésanté au travail les mêmes principes que ceux évoqués dans le Code de Santé Publique, comme le consentement du salarié ou l'appréciation de la pertinence d'un tel mode de consultation laissée au professionnel de santé au travail. Le texte précise également que « les professionnels de santé doivent disposer de la formation et des compétences techniques requises », ce qui manquait pour près de 2/3 de nos répondants.

Plus de la moitié des répondants à notre enquête envisagent de poursuivre la téléconsultation dans leur activité future. Cependant les avis restent mitigés. Si certains envisageraient d'y avoir recours régulièrement, d'autres préféreraient se limiter à des situations spécifiques comme :

- les visites de pré-reprise qui ne nécessitent pas obligatoirement un examen clinique pour répondre spécifiquement à la situation clinique du salarié. D'autant plus, que le salarié se trouve dans une situation de vulnérabilité (soit par son état de santé soit par la nécessité de soins importants qui limitent ses déplacements),
- ponctuellement pour des visites « de dépannage »,

Pour la plupart des professionnels de la santé au travail, la TLC pour les visites d'embauche doit rester une exception réservée aux périodes de crise sanitaire.

Le décret ne fait mention d'aucune précision à ce sujet. Le législateur a laissé la porte ouverte à toutes les possibilités, renforçant ainsi la notion de libre arbitre du praticien : lui seul est en mesure de choisir ce qui est le plus adapté ; la seule condition étant que le salarié doit consentir à la TLC.

Cependant, nous pouvons imaginer qu'une discussion pourrait être menée au sein des SPST concernant les visites médicales pouvant relever d'une TLC et ce qui ne peuvent pas l'être ; pour une pratique plus homogène.

Il sera nécessaire d'accompagner les professionnels de la santé au travail dans leur changement de pratique pour améliorer la TLC en médecine du travail.

Annexes

Annexe 1 Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009, article 78 relative à la réforme de l'hôpital, aux patients à la santé et aux territoires (article L.6316-1 du code de Santé Publique)

« 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. »

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, art. 78

Annexe 2 D'après la Haute Autorité de Santé. Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID 19 chez les patients à risque de formes sévères.

Les personnes identifiées comme vulnérables sont :

- les personnes âgées de 70 ans et plus,
- les personnes avec antécédent cardiovasculaire : HTA compliquée (complications cardiaques, rénales ou vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV,
- les diabétiques non équilibrés ou présentant des complications,
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire (bronchopneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnée du sommeil, mucoviscidose) susceptible de décompenser lors d'une infection virale,
- les personnes présentant une insuffisance rénale chronique dialysée,
- les patients atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie).

Malgré l'absence de données de la littérature, en raison d'un risque présumé de COVID-19 grave sont également considérées à risque :

- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise
Médicamenteuse : chimiothérapie anti-cancéreuse, biothérapie ou corticothérapie immunosuppressive
Infection à VIH non contrôlée ou LTCD4 < 200/mm³
Consécutives à une greffe d'organe ou de cellules souches hématopoïétiques
Hémopathie maligne en cours de traitement,
- malades atteints de cirrhose au stade B du score Child Pugh au moins,
- les personnes présentant une obésité (IMC > 40 kg/m²),
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur en raison d'un risque accru de surinfection bactérienne ou de syndrome thoracique aigu (pathologie pulmonaire spécifique de la drépanocytose ; associant un infiltrat pulmonaire à la radiographie et une fièvre ou des symptômes respiratoires) ou ayant des ATCD de splénectomie.
- les femmes enceintes au 3^{ème} trimestre de la grossesse

Annexe 3 Modalités de report des visites relatif au décret du 08 avril 2020

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

Annexe 4 Tableau relatif aux conditions d'emploi des salariés des SSTI pendant l'épidémie de COVID 19

Métiers	Nombre de salariés	Dont nombre de personnes malades covid +	Nombre de salariés en télé-travail	Nombre de participants à la permanence physique	Nombre de participants à la permanence téléphonique	Nombre salariés volontaires pour la réserve sanitaire ou autres modalités de mise à disposition du secteur curatif ou du 15
Médecin du travail						
Collaborateur médecin						
Infirmier santé travail						
Psychologue du travail						
Assistant social						
Préventeur/IPRP/AST						
Assistant médical ou de l'équipe pluridisciplinaire						
Fonctions supports						
Autres						
Total						

Annexe 5 Tableau relatif à l'activité des SSTI pendant l'épidémie de COVID 19

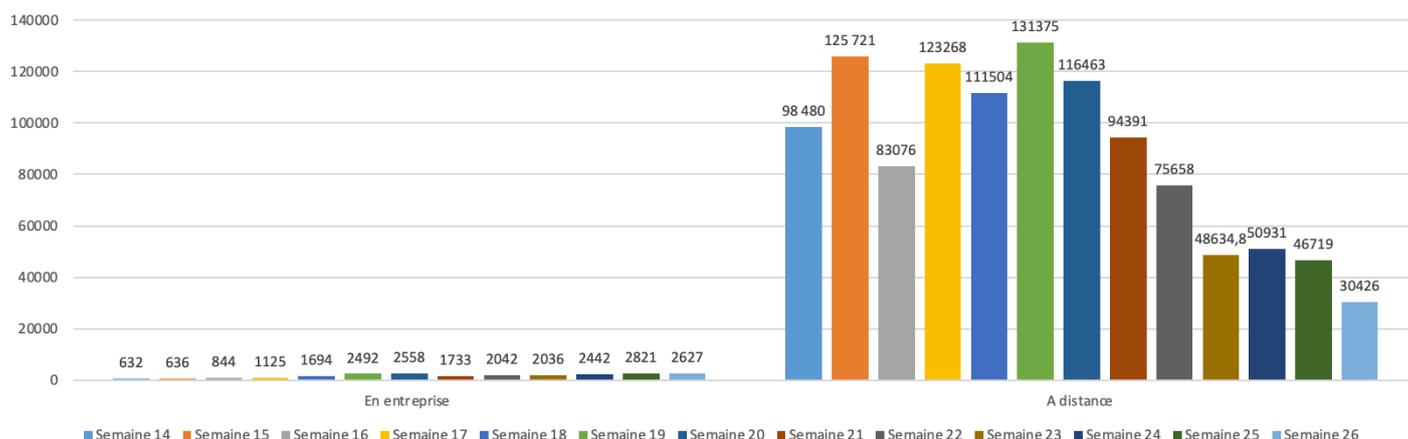
	Modalités	
	En entreprise	A distance
Nombre d'actions en milieu de travail		
Dont liées au covid 19		
Dont informations collectives délivrées aux entreprises (employeurs et salariés) sur le Covid-19		
Dont conseils délivrés aux entreprises (employeurs et salariés) sur le Covid-19		
Dont participations au CSE sur le Covid-19		
Nombre de visites d'information et de prévention d'embauche		
Dont salariés faisant l'objet d'un suivi médical adapté		
Nombre de visites d'embauche en suivi individuel renforcé		
Nombre de visites de reprise		
Dont salariés en suivi individuel renforcé		
Dont salariés faisant l'objet d'un suivi médical adapté		
Nombre de visites à la demande		
Nombre d'avis d'inaptitude rendus		

Annexe 6 Tableau relatif à l'activité des SSTI dans le cadre du déconfinement

	Modalités	
	En présentiel	A distance
Nombre d'actions en milieu de travail		
dont liées au Covid-19		
dont élaboration / actualisation de fiches d'entreprise		
dont études de postes		
dont informations collectives délivrées aux entreprises		
dont participations au CSE		
Nombre d'arrêts de travail prescrits (décret du 11 mai 2020)		
Nombre d'interruptions de travail prescrites aux personnes vulnérables (décret du 11 mai 2020)		
Nombre de tests Covid-19 prescrits (contact-tracing, cluster, campagnes de dépistage, etc.)		
Nombre de visites d'embauche (VIP initiale, suivi adapté et SIR)		
dont réalisées par les infirmiers en santé au travail		
Nombre de visites périodiques		
dont réalisées par les infirmiers en santé au travail		
Nombre de visites de reprise		
Nombre de visites occasionnelles (à la demande, pré-reprise etc.)		
Nombre d'avis d'inaptitude rendus		

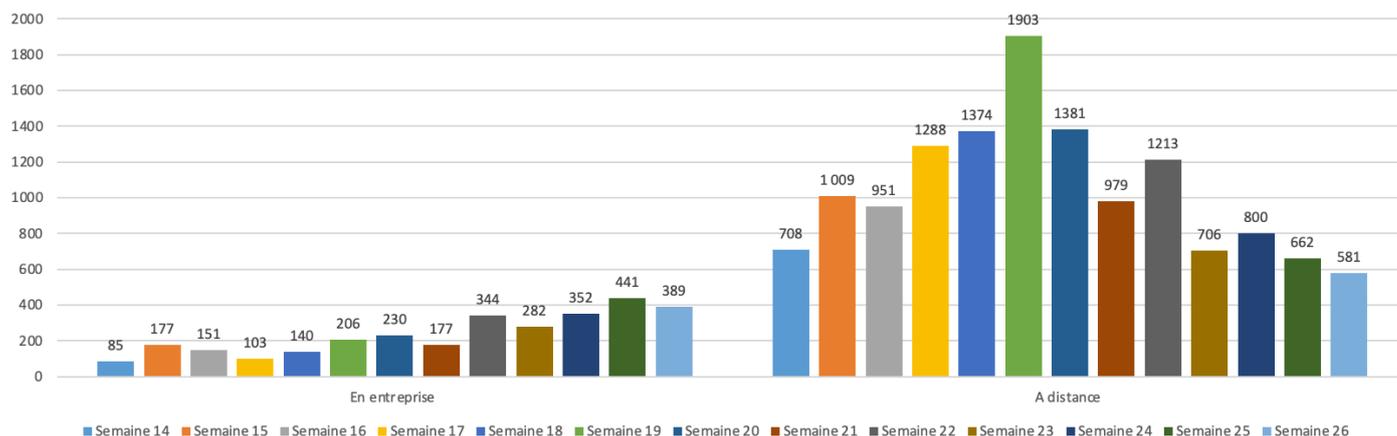
Annexe 7 Nombre d'actions liées au COVID 19 (conseils, informations) sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

Dont liées au covid 19



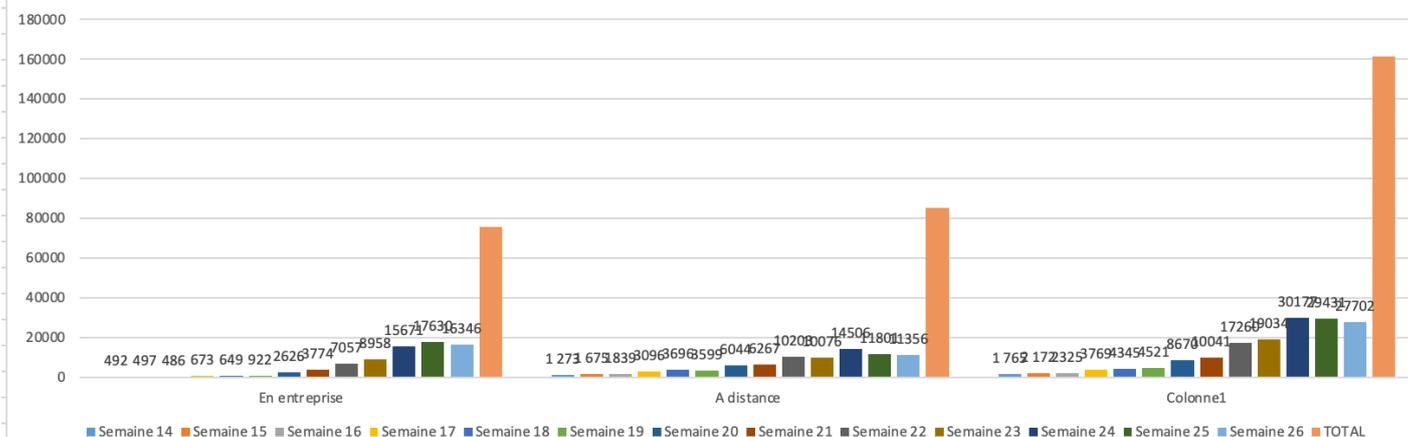
Annexe 8 Nombre de participations à des CSE sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

Dont participations au CSE sur le Covid-19



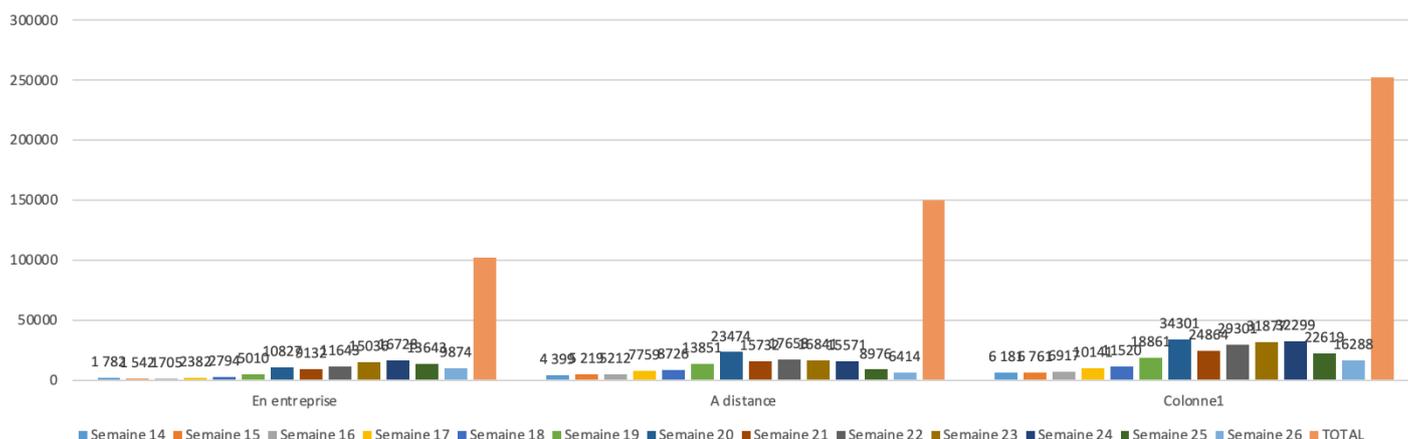
Annexe 9 Nombre de visites d'information et de prévention sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

Nombre de visites d'information et de prévention d'embauche



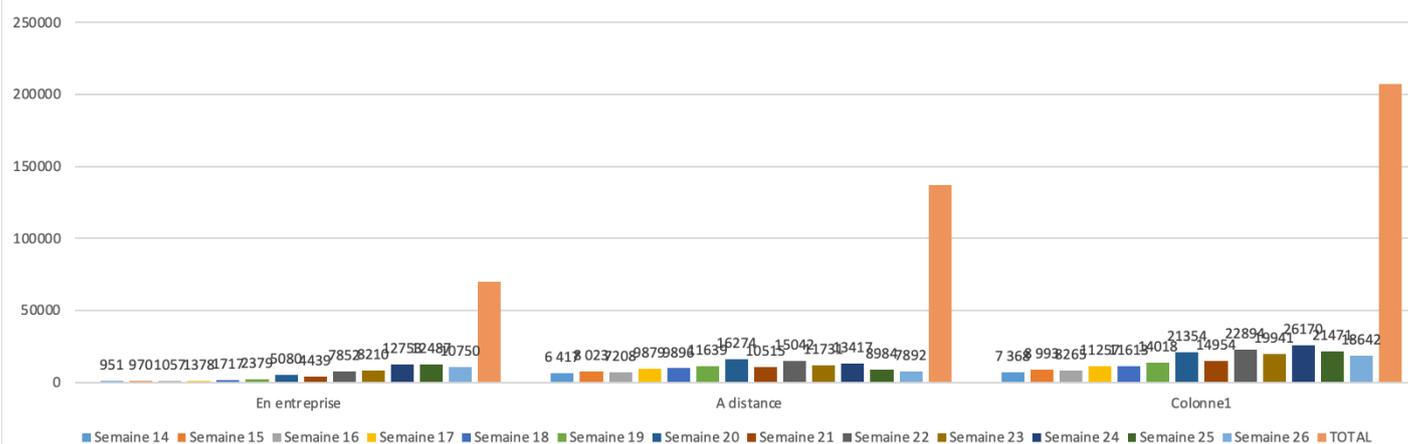
Annexe 10 Nombre de visites de reprise sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

Nombre de visites de reprise



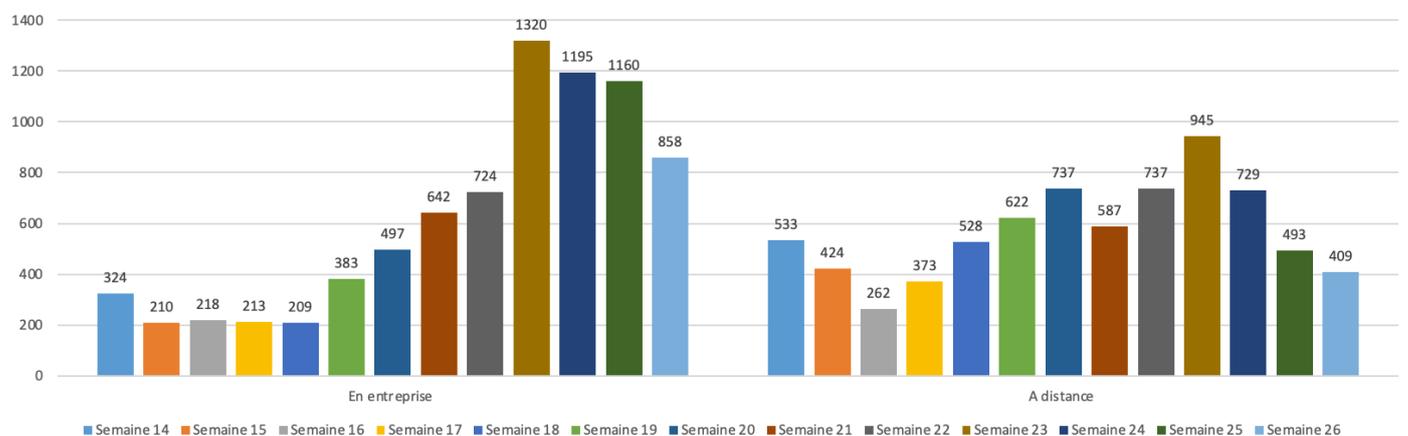
Annexe 11 Nombre de visites à la demande sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

Nombre de visites à la demande

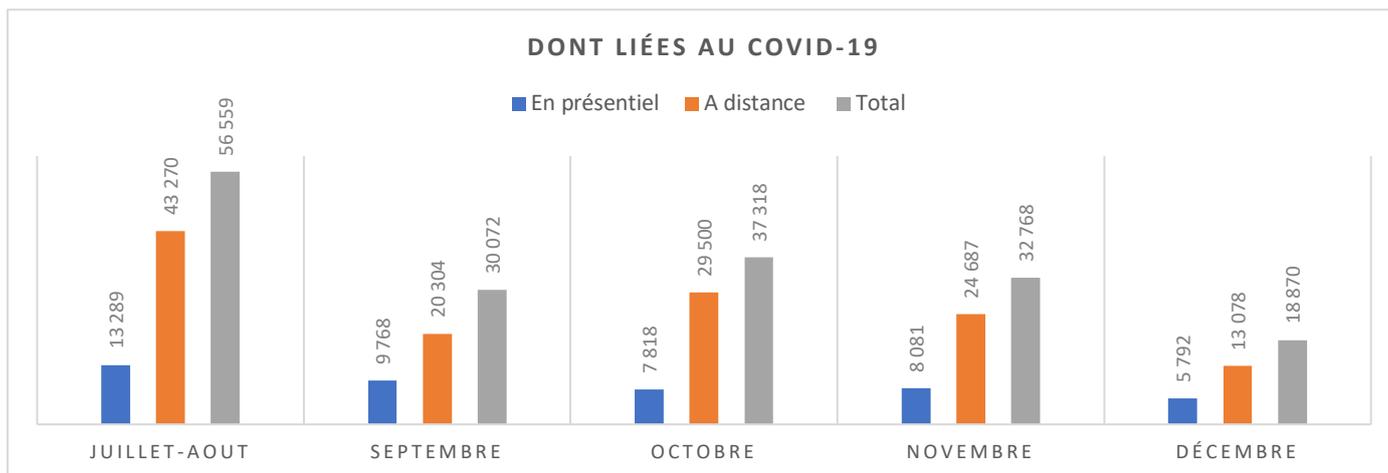


Annexe 12 Nombre de visites pour inaptitude sur l'ensemble du territoire de la semaine 14 (du 30/03/2020 au 05/04/2020) à la semaine 26 (du 22/06/2020 au 28/06/2020) de l'année 2020

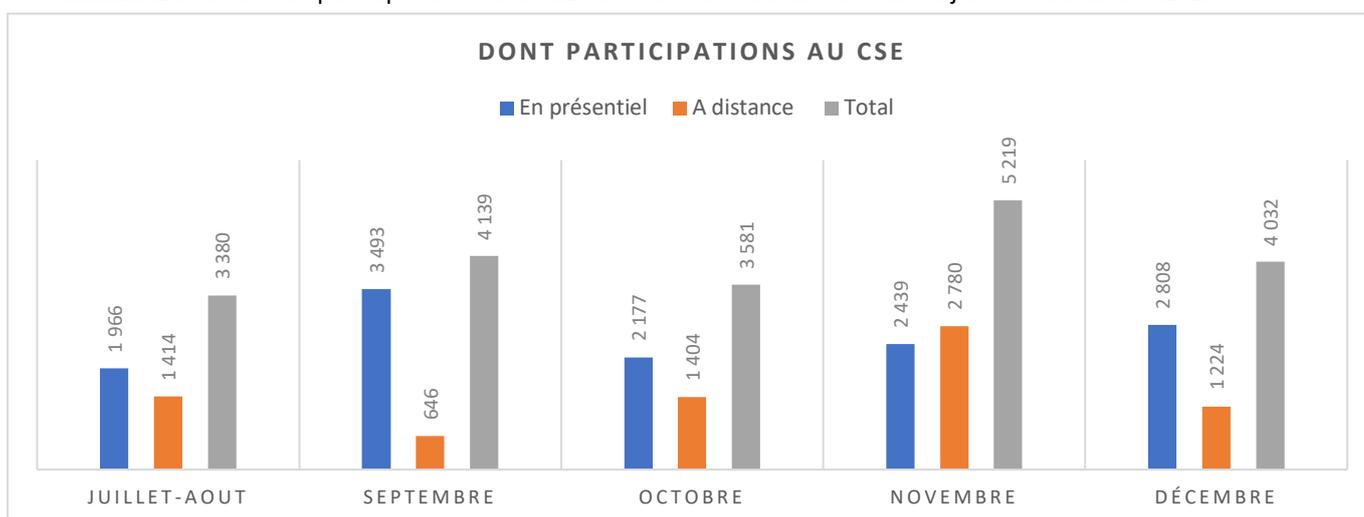
Nombre d'avis d'inaptitude rendus



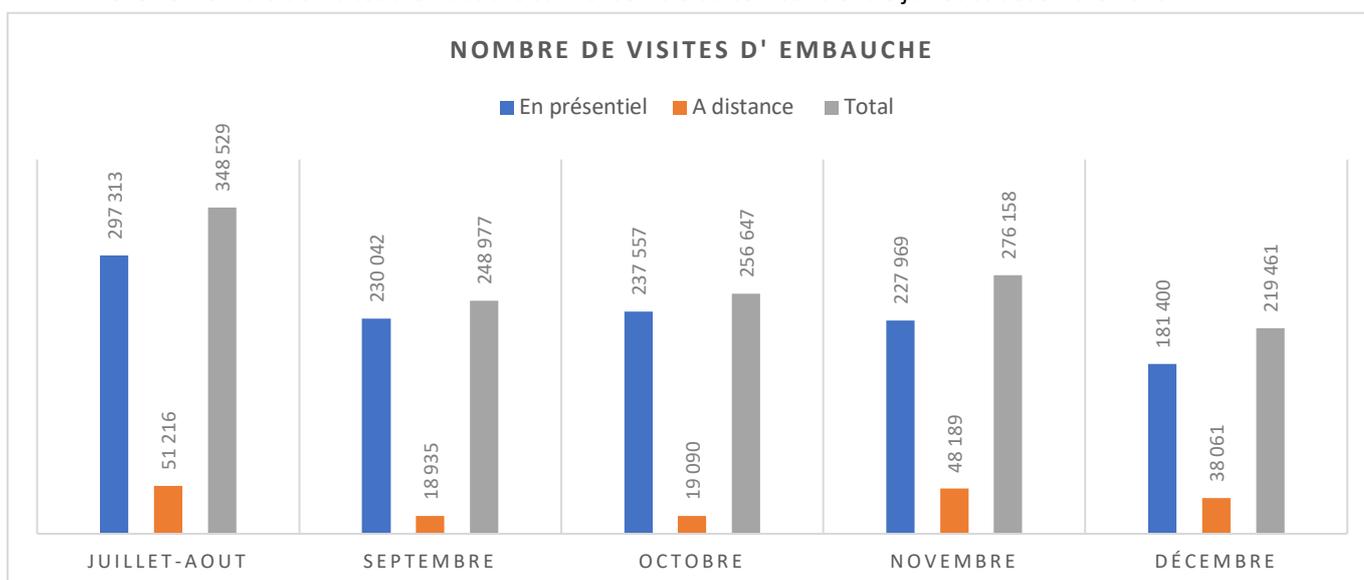
Annexe 13 Nombre d'actions liées au COVID 19 (conseils, informations) sur l'ensemble du territoire entre juillet et décembre 2020



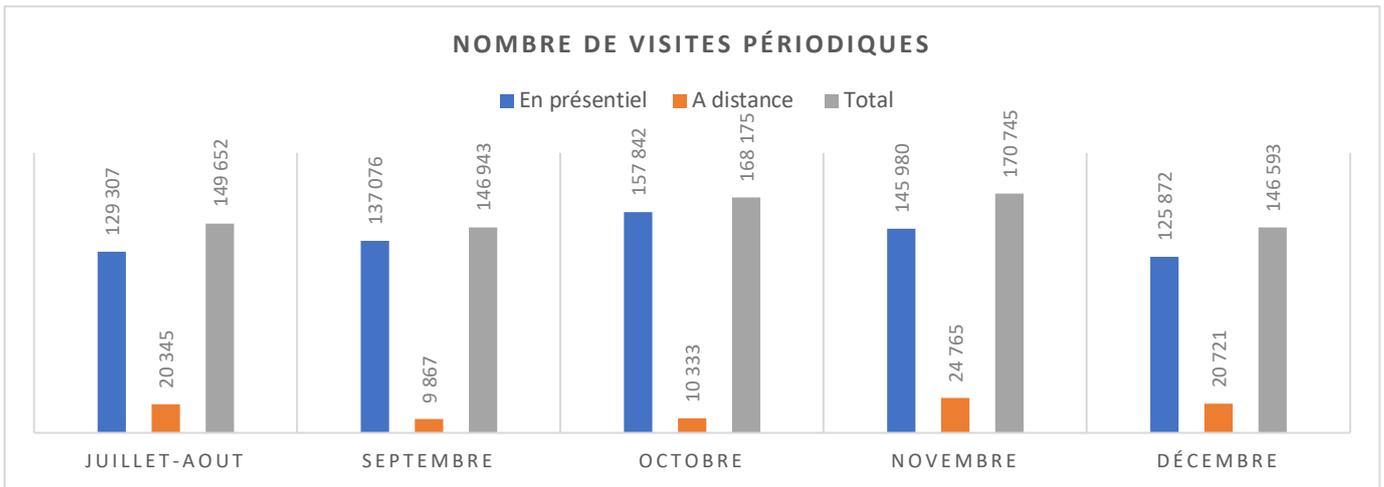
Annexe 14 Nombre de participations à des CSE sur l'ensemble du territoire entre juillet et décembre 2020



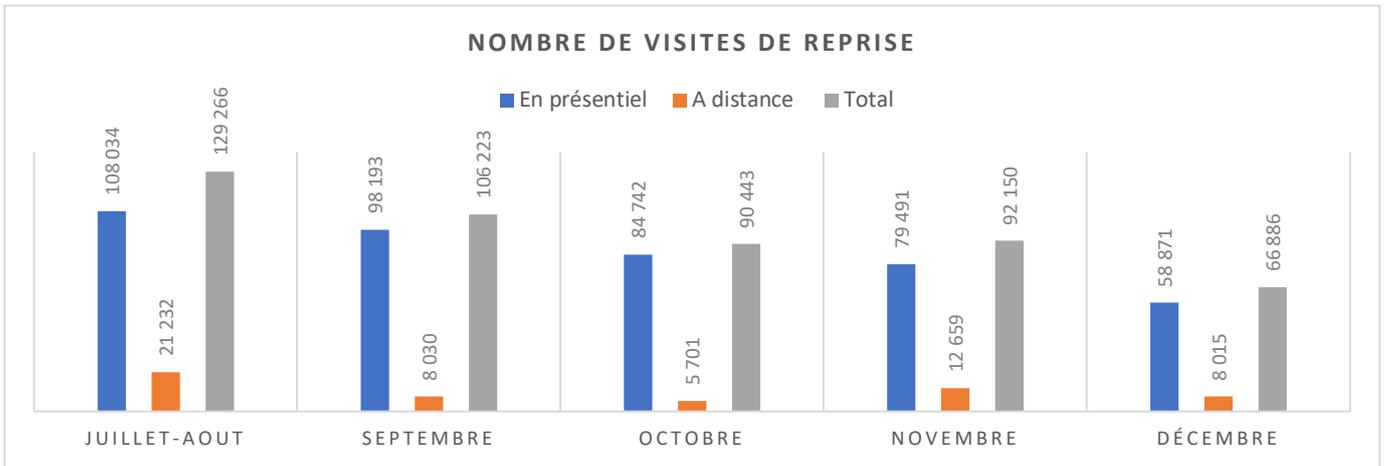
Annexe 15 Nombre de visites d'embauche sur l'ensemble du territoire entre juillet et décembre 2020



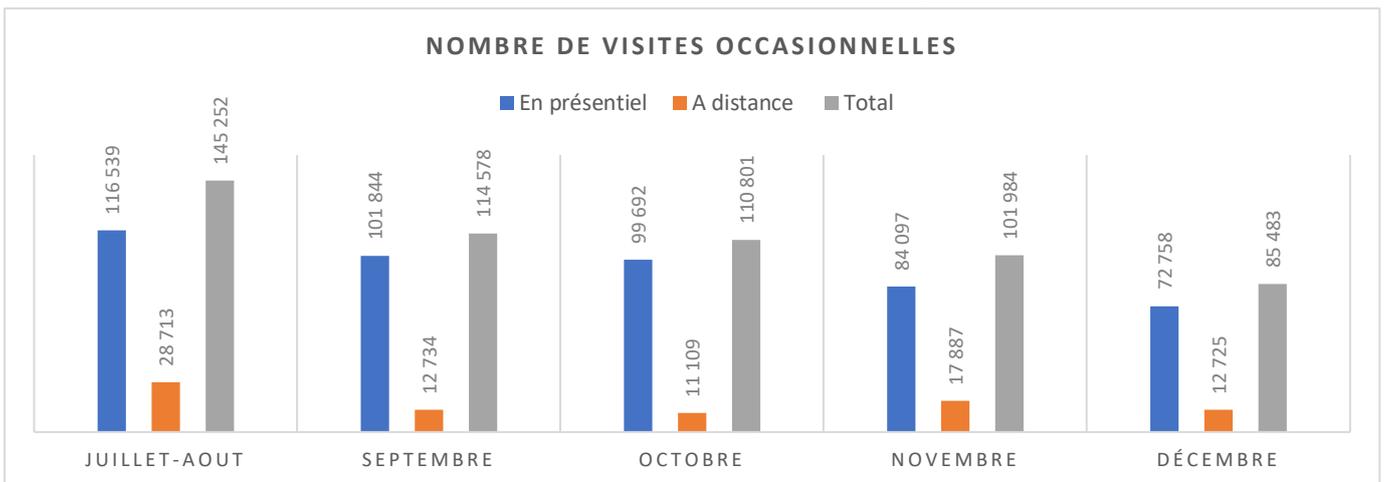
Annexe 16 Nombre de visites périodiques sur l'ensemble du territoire entre juillet et décembre 2020



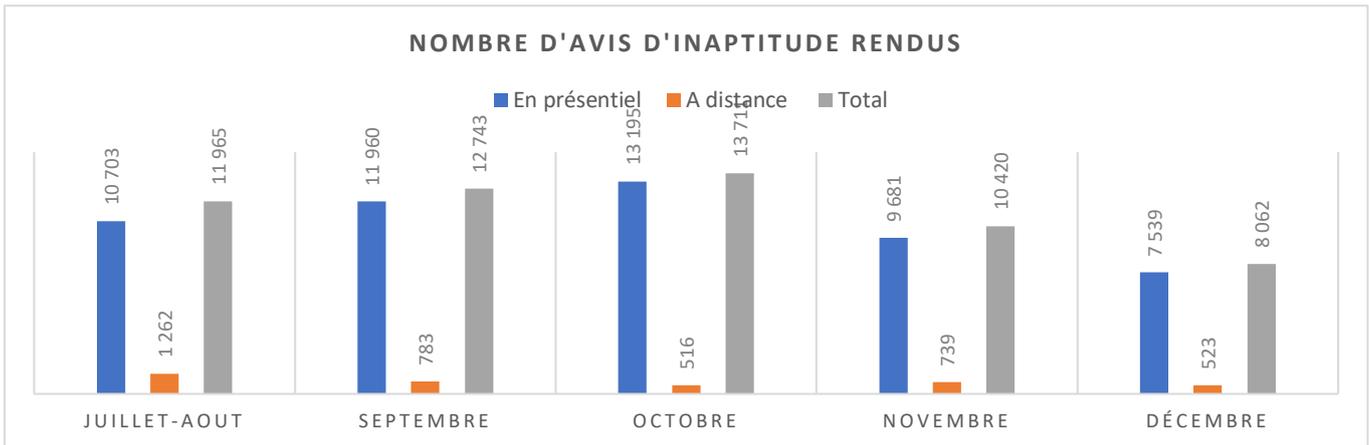
Annexe 17 Nombre de visites de reprise sur l'ensemble du territoire entre juillet et décembre 2020



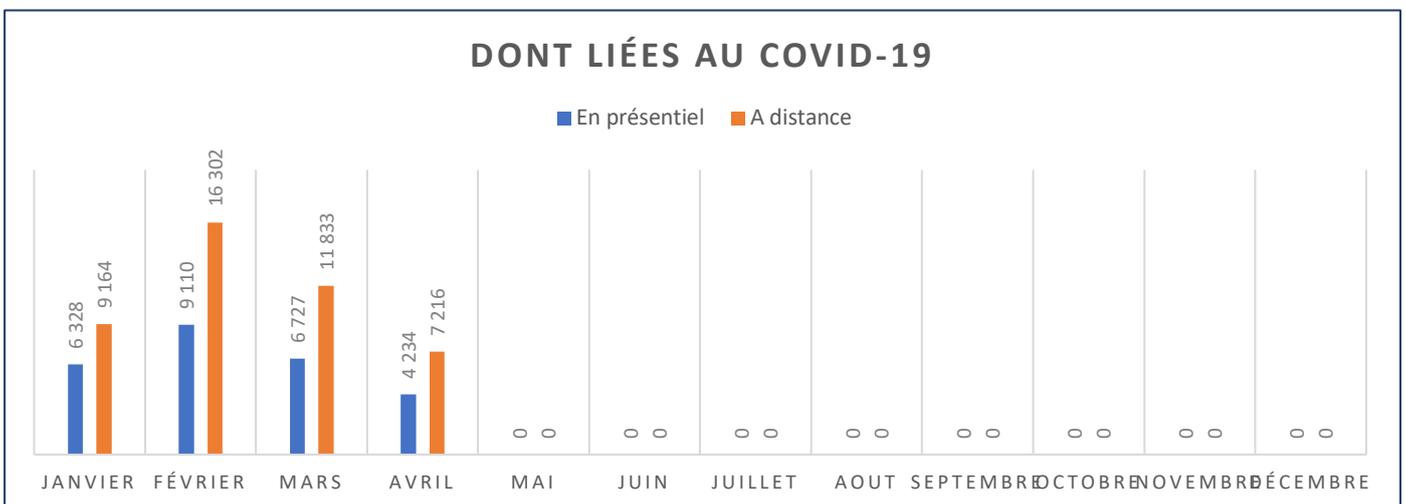
Annexe 18 Nombre de visites occasionnelles sur l'ensemble du territoire entre juillet et décembre 2020



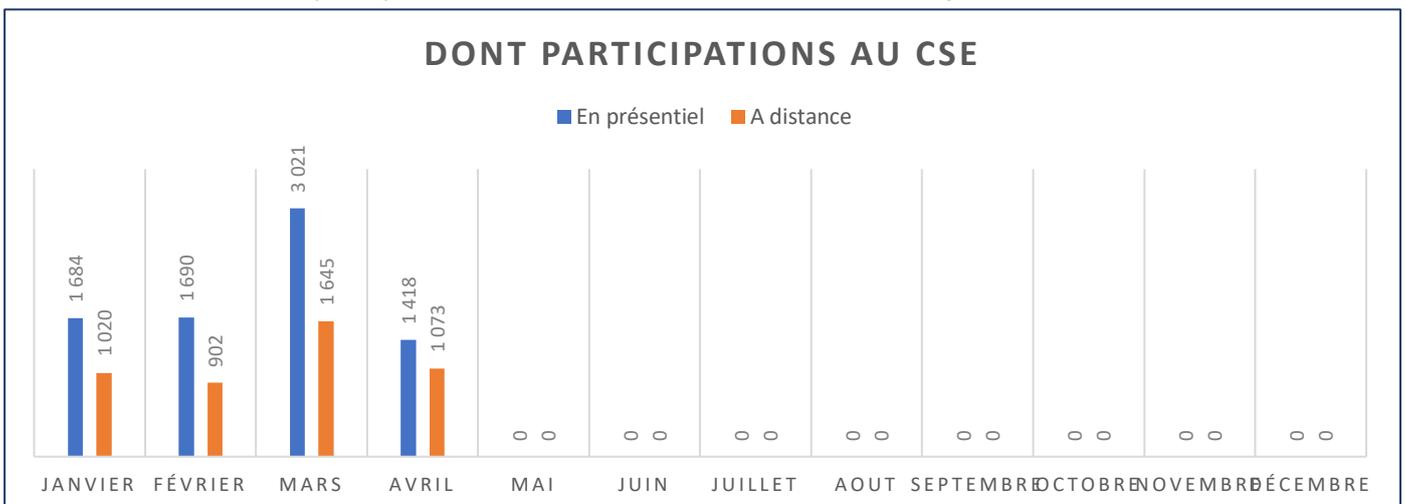
Annexe 19 Nombre de visites pour inaptitude sur l'ensemble du territoire entre juillet et décembre 2020



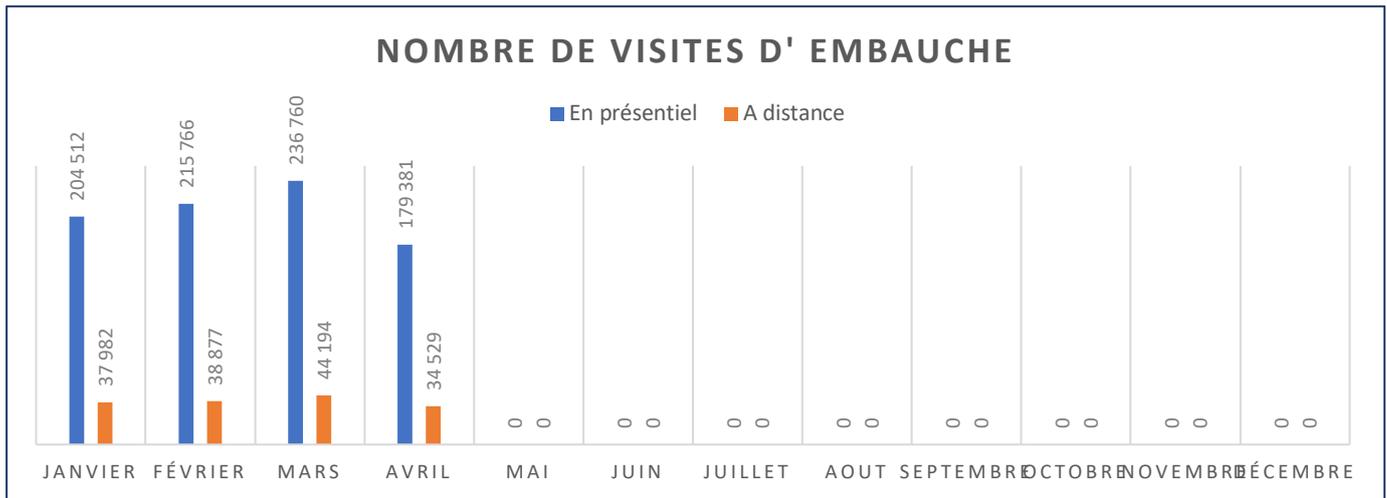
Annexe 20 Nombre d'actions liées au COVID 19 (conseils, informations) sur l'ensemble du territoire entre janvier et avril 2021



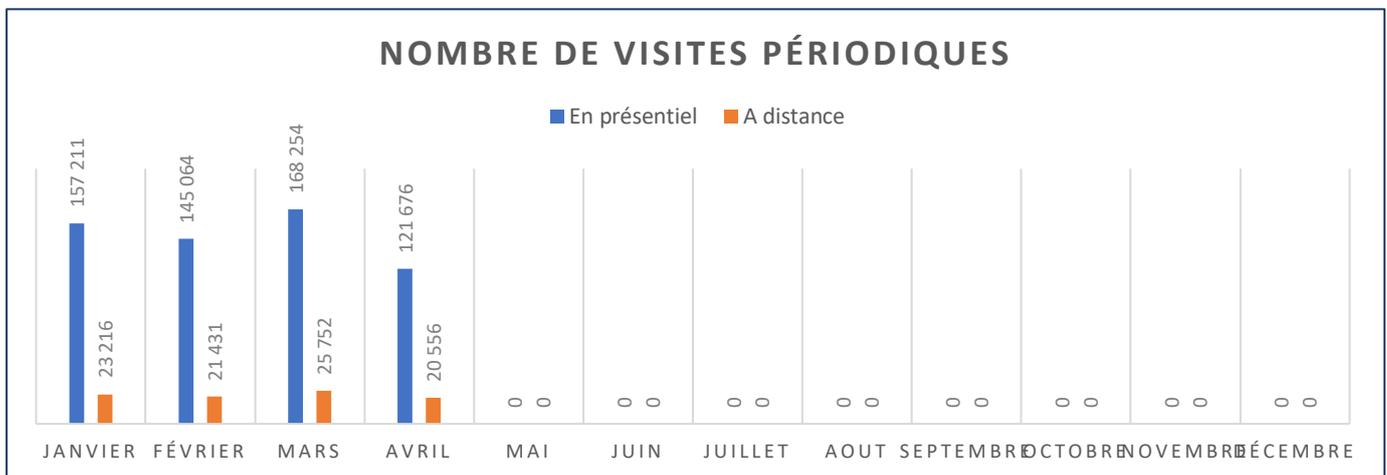
Annexe 21 Nombre de participations à des CSE sur l'ensemble du territoire entre janvier et avril 2021



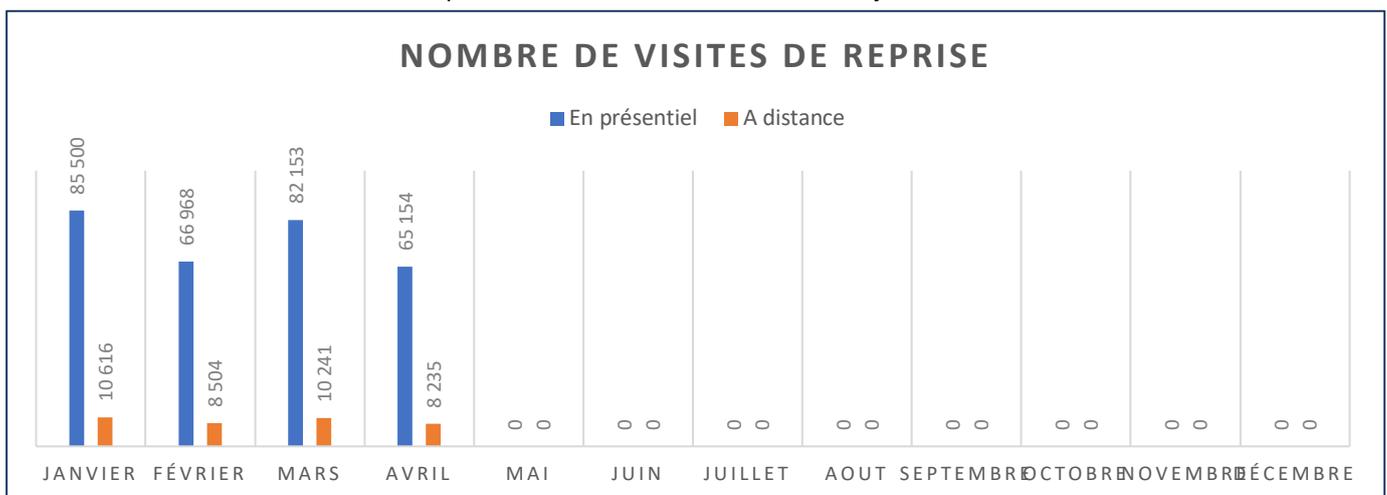
Annexe 22 Nombre de visites d'embauche sur l'ensemble du territoire entre janvier et avril 2021



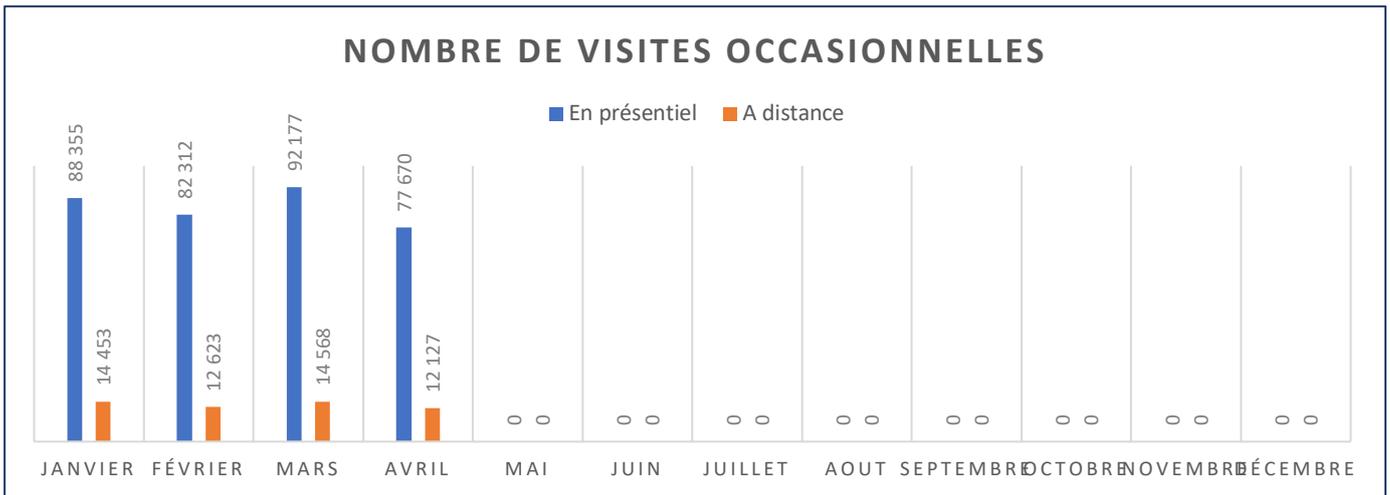
Annexe 23 Nombre de visites périodiques sur l'ensemble du territoire entre janvier et avril 2021



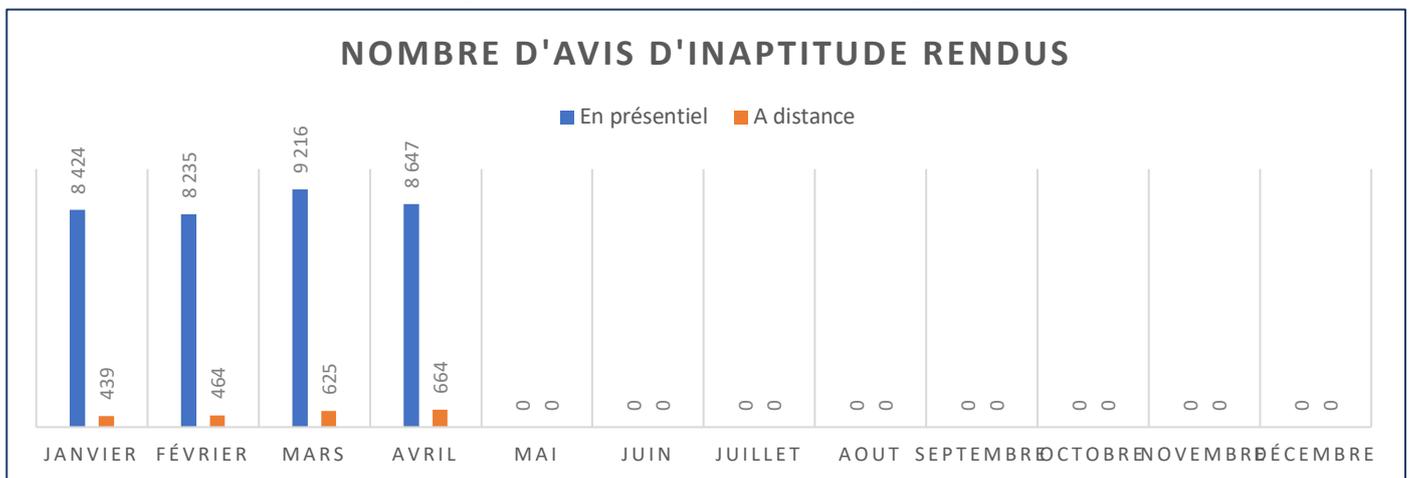
Annexe 24 Nombre de visites de reprise sur l'ensemble du territoire entre janvier et avril 2021



Annexe 25 Nombre de visites à la demande sur l'ensemble du territoire entre janvier et avril 2021



Annexe 26 Nombre de visites d'inaptitude sur l'ensemble du territoire entre janvier et avril 2021



Annexe 27 Questionnaire auto-déclaratif remis aux professionnels de santé via l'application Lime Survey « vos téléconsultations en période COVID19 que pouvez-vous nous en dire ? »

TOUTES LES QUESTIONS SONT A REPONSE UNIQUE, SAUF MENTION DU CONTRAIRE.

I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

1. Êtes-vous un homme ou une femme ?

- a) Une Femme
- b) Un Homme
- c) Autre

2. Quelle est votre fonction au sein du service de santé au travail ?

- a) Médecin du travail
- b) Médecin en cours de qualification (collaborateur médecin, interne, PAE)
- c) Infirmier de santé au travail

3. Quelle est votre ancienneté dans votre métier de professionnel au travail ?

- a) < 5 ans
- b) 5 à 10 ans
- c) > 10 ans

4. Vous travaillez en : (Plusieurs réponses possibles)

- a) Service autonome
- b) Service inter-entreprise
- c) Fonction publique hospitalière
- d) Autre. Précisez

5. Combien de salariés compte le SST dans lequel vous exercez ?

- a) 0 à 10 salariés
- b) 11 à 49 salariés
- c) > 50 salariés

6. Combien de salariés composent vos effectifs ?

- a) 0 à 1000
- b) 1000 à 4500 salariés

c) > 4500 salariés

II. Modalités de consultation à distance

7. Pendant la crise sanitaire (soit à compter de mars 2020 jusqu'avril 2021), avez-vous eu accès à une solution de consultation à distance ?

- a) Oui
- b) Non

Si vous avez répondu non à cette question, veuillez vous référer directement à la question **24**.

8. Malgré la recommandation d'avoir recours aux consultations à distance, avez-vous maintenu des consultations en présentiel, notamment lors des périodes de confinement ?

- a) Oui, quotidiennement
- b) Oui, au moins une fois par semaine
- c) Oui, mais moins d'une fois par semaine
- d) Non

9. Avez-vous eu une formation à l'utilisation des outils de consultation à distance ?

- a) Oui
- b) Non

10. A quelle solution de consultation à distance avez-vous eu recours ?

- a) Alternance visioconsultation/téléphone selon les cas
- b) Visioconsultation exclusivement
- c) Consultation téléphonique exclusivement

11. Ces solutions étaient-elles techniquement satisfaisantes ?

	Oui	Non	Non concerné
Visioconsultation			
Consultation téléphonique			

12. Pour les professionnels de santé ayant eu recours à la visioconsultation, quel(s) logiciel(s) avez-vous utilisé ? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Clickdoc
- b) Doctolib
- c) Teams

d) Autres (Qare, WhatsApp, Skype...). Précisez :

13. A quelle fréquence avez-vous eu recours à la consultation à distance ?

- a) Quotidiennement
- b) Au moins une fois par semaine
- c) Au moins une fois par mois

14. Depuis quel lieu avez-vous réalisé vos consultations à distance ?

- a) Alternance cabinet médical/domicile
- b) Cabinet médical exclusivement
- c) Domicile exclusivement

III. Concernant le salarié

15. Avez-vous demandé le consentement du patient pour réaliser les consultations à distance ?

- a) Oui, au moment de la prise de rendez-vous
- b) Oui, au moment de la consultation
- c) Non

16. Avez-vous effectué des consultations à distance pour des salariés que vous n'aviez jamais vus ?

- a) Oui
- b) Non

17. Aviez-vous systématiquement accès au Dossier Médical de Santé au Travail (DMST) au moment de la consultation ?

- a) Oui
- b) Non

18. Avez-vous déjà reprogrammé des consultations en présentiel après avoir jugé que la qualité (informations insuffisantes ou nécessité d'examen clinique ou autre) de la consultation à distance était insuffisante ?

- a) Souvent
- b) Rarement
- c) Jamais

19. Délivriez-vous le même type de document que d'habitude à l'issue de vos consultations à distance

(même de façon dématérialisée) ?

- a) Oui, je faisais comme d'habitude
- b) Non, je remettais un autre type de document (mail ou autre)
- c) Non je ne remettais rien

IV. A l'avenir

20. Dans l'après COVID, auriez-vous recours aux consultations à distance si vous aviez le choix ? (Une seule réponse attendue)

- a) Oui, régulièrement
- b) Oui, parfois
- c) Non, jamais

V. Autre

21. Ce qui a été apprécié avec les consultations à distance. (Plusieurs réponses possibles)

- Solution appréciable en période de crise sanitaire pour protéger le salarié et se protéger
- Meilleure organisation des consultations (moins d'absentéisme, gestion plus facile du planning)
- Satisfaction des salariés (moins d'attente, éviter les déplacements, moins de risque d'oublier des résultats d'examen complémentaire)
- Échanges concentrés sur l'essentiel
- Contact d'aussi bonne qualité que les échanges en présentiel
- Satisfaction des employeurs (moins de risque d'accident de trajet, gain de temps)
- Solution simple d'utilisation
- Autre. Précisez

22. Ce qui n'a pas été apprécié avec les consultations à distance. (Plusieurs réponses possibles)

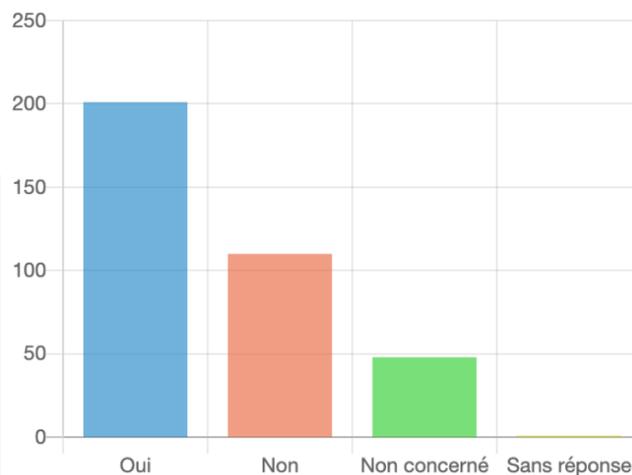
- Impossibilité de faire un examen clinique
- Difficultés techniques
- Gêne liée au caractère virtuel de la communication
- Doutes sur la confidentialité de la téléconsultation
- Absence de professionnel de santé en appui du salarié
- Difficultés d'accès au dossier médical en santé travail (DMST)
- Autre. Précisez

23. Pour ceux n'ayant pas eu recours aux consultations à distance, expliquez en les raisons. (Plusieurs réponses possibles)

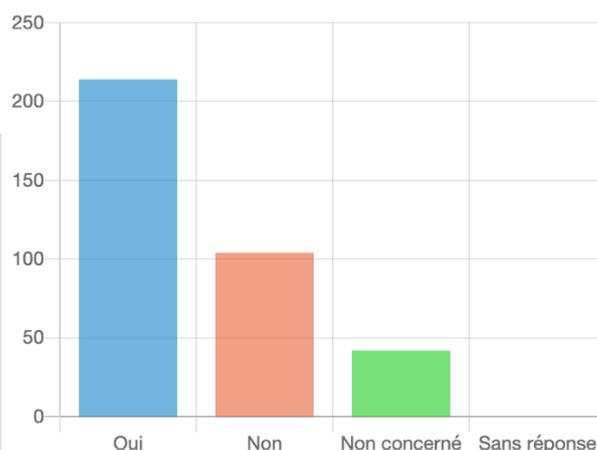
- Téléconsultation non autorisée par l'employeur
- Moyens techniques non disponibles
- Pas de réseau suffisant
- Choix personnel
- Autre. Précisez

Annexe 28 Résultats Question 11 « Ces solutions étaient-elles techniquement satisfaisantes ? »

Ces solutions étaient-elles techniquement satisfaisantes ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A1)	201	43.89%
Non (A2)	110	24.02%
Non concerné (A3)	48	10.48%
Sans réponse	1	0.22%
Non complété ou Non affiché	98	21.40%
Total(brut)	458	100.00%

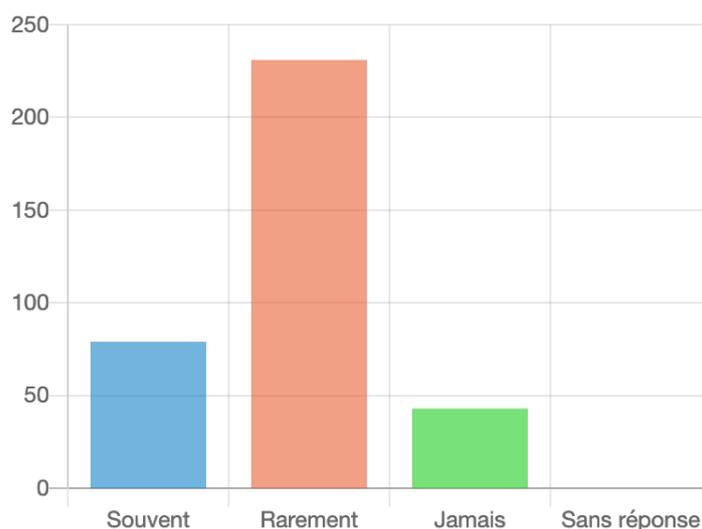


Ces solutions étaient-elles techniquement satisfaisantes ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A1)	214	46.72%
Non (A2)	104	22.71%
Non concerné (A3)	42	9.17%
Sans réponse	0	0.00%
Non complété ou Non affiché	98	21.40%
Total(brut)	458	100.00%



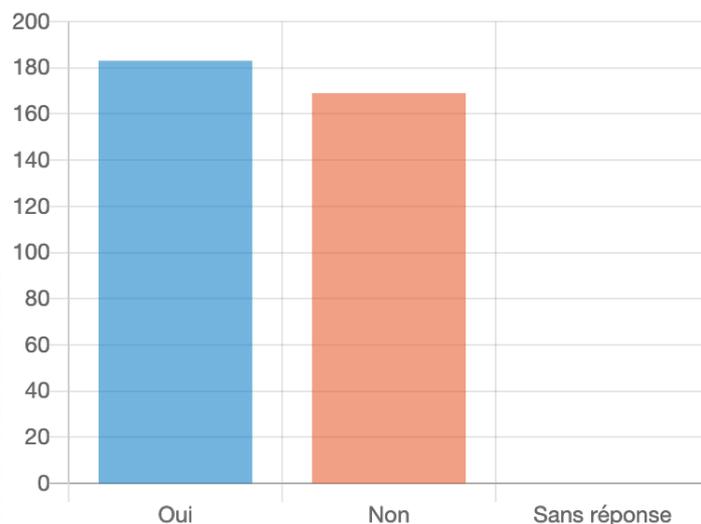
Annexe 29 Résultats Question 18 « Avez-vous déjà reprogrammé des consultations en présentiel après avoir jugé que la consultation à distance était insuffisante ? »

Avez-vous déjà reprogrammé des consultations en présentiel après avoir jugé que la consultation à distance était insuffisante (informations jugées insuffisantes, nécessité d'un examen clinique ou autre) ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Souvent (A1)	79	17.25%
Rarement (A3)	231	50.44%
Jamais (A4)	43	9.39%
Sans réponse	0	0.00%
Non complété ou Non affiché	105	22.93%
Total(brut)	458	100.00%



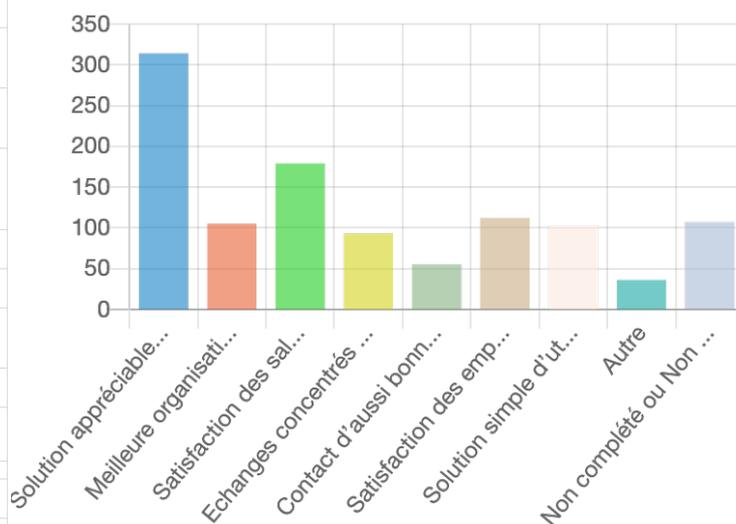
Annexe 30 Résultats Question 20 « Hors période de pandémie, êtes-vous favorables aux consultations à distance ? »

Hors période de pandémie, êtes-vous favorable aux consultation à distance ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Oui (A1)	183	47.29%
Non (A3)	167	43.15%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	37	9.56%
Total(brut)	387	100.00%



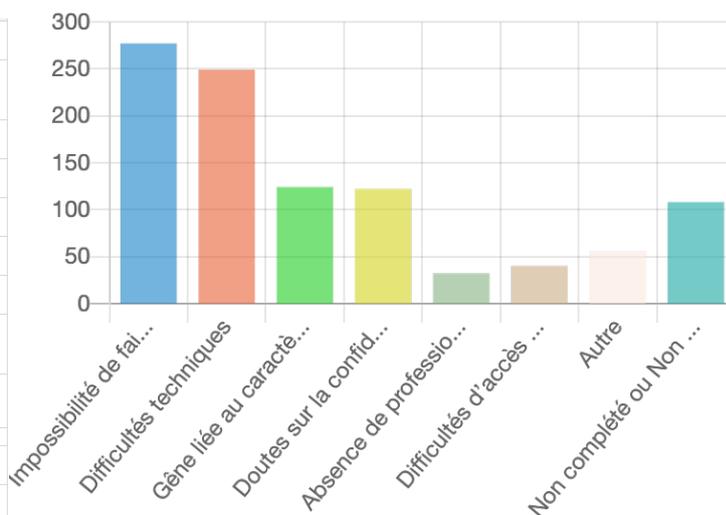
Annexe 31 Résultats Question 21 « Ce qui a été apprécié avec les consultations à distance ? »

Ce qui a été apprécié avec les consultations à distance :		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Solution appréciable en période de crise sanitaire pour protéger le salarié et se protéger (SQ001)	314	68.56%
Meilleure organisation des consultations (moins d'absentéisme, gestion plus facile du planning...) (SQ002)	105	22.93%
Satisfaction des salariés (moins d'attente, éviter les déplacements, moins de risque d'oublier des résultats d'examen complémentaire) (SQ003)	179	39.08%
Echanges concentrés sur l'essentiel (SQ004)	93	20.31%
Contact d'aussi bonne qualité que les échanges en présentiel (SQ005)	55	12.01%
Satisfaction des employeurs (moins de risque d'accident de trajet, gain de temps) (SQ006)	112	24.45%
Solution simple d'utilisation (SQ007)	102	22.27%
Autre Parcourir	36	7.86%
Non complété ou Non affiché	107	23.36%
Total(brut)	1103	100.00%



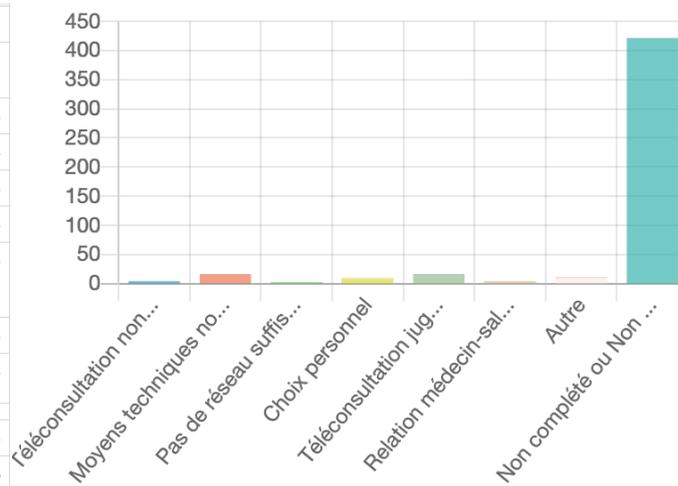
Annexe 32 Résultats Question 22 « Ce qui a été apprécié avec les consultations à distance ? »

Ce qui n'a pas été apprécié avec les consultations à distance ?		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Impossibilité de faire un examen clinique (SQ001)	277	60.48%
Difficultés techniques (SQ002)	249	54.37%
Gêne liée au caractère virtuel de la communication (SQ003)	124	27.07%
Doutes sur la confidentialité de la téléconsultation (SQ004)	122	26.64%
Absence de professionnel de santé en appui du salarié (SQ005)	32	6.99%
Difficultés d'accès au dossier médical en santé travail (DMST) (SQ006)	40	8.73%
Autre <input type="button" value="Parcourir"/>	55	12.01%
Non complété ou Non affiché	108	23.58%
Total(brut)	1007	100.00%



Annexe 33 Résultats Question 23 « Pour ceux n'ayant pas eu recours aux consultations à distance, expliquez-en les raisons ? »

Pour ceux n'ayant pas eu recours aux consultations à distance, expliquez-en les raisons.		
Réponse	Décompte	Pourcentage brut
Téléconsultation non autorisée votre l'employeur (SQ001)	4	0.87%
Moyens techniques non disponibles (SQ002)	16	3.49%
Pas de réseau suffisant, zone "blanche" (SQ003)	2	0.44%
Choix personnel (SQ004)	9	1.97%
Téléconsultation jugée insuffisante en comparaison avec consultation en présentiel (absence d'examen clinique, perte du langage non verbal...) (SQ005)	16	3.49%
Relation médecin-salariée perçue comme froide/inexistante (SQ006)	4	0.87%
Autre <input type="button" value="Parcourir"/>	10	2.18%
Non complété ou Non affiché	421	91.92%
Total(brut)	482	100.00%



Bibliographie

1. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Communiqué de presse du 31 mars 2020 « Croissance record du recours à la téléconsultation en mars ». (En ligne). Disponible sur https://www.ameli.fr/fileamin/user_upload/documents/20200331_CP_Teleconsultations_COVID_19.pdf.
2. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. « Rapport d'activité de l'année 2020 en Haute-Vienne n°87 ». (En ligne). Disponible sur https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-2020_cpam-87_0.pdf.
3. Hollander et Carr - 2020 - Virtually Perfect Telemedicine for Covid-19.pdf.
4. Ryu S. History of Telemedicine: Evolution, Context, and Transformation. *Healthc Inform Res.* 2010;16(1):65.
5. Astruc et al. - 2020 - Télémédecine les débuts de l'histoire.pdf.
6. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. « Généralisation de la téléconsultation à partir du 15 septembre 2018 ». (En ligne). Disponible sur <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-09-12-dp-generalisation-teleconsultation-15-sept-2018>.
7. Thomas Bouquet. « Téléconsultation : représentation et avis des médecins généralistes en Région Sud en 2019 ». Thèse de doctorat. Faculté de médecine de Marseille. Année 2019.
8. Fanny CYPRIANI. « Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français ». Thèse de doctorat. Faculté de médecine de Strasbourg. Année 2014.
9. Didier Melody. « Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain. Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul ». Thèse de doctorat. Faculté de médecine de Nancy. Année 2015.
10. Maxime Meulebrouck. « Télémédecine dans les Hauts-de-France : avis, représentations des médecins généralistes et sources d'amélioration ». Thèse de doctorat. Faculté de médecine d'Amiens. Année 2020.
11. Téléconsultation : pratique par les médecins en 2019 - Infographie IPSOS [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://presse.macsf.fr/photos/teleconsultation-pratique-par-lesmedecins-en-2019-infographie-ipsos-6f30-ddf57.html?lang=fr>.
12. Florence Pelissie Du Rausas. « Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA ». Faculté de médecine de Marseille. Année 2021.
13. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res.* déc 2020;7(1):11.

14. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. *JAMA*. 25 févr 2020;323(8):709.
15. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). 8 juill 2020;96:6753-8.
16. Park SE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome -coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19). *Clin Exp Pediatr*. 15 avr 2020;63(4):119-24.
17. Weiss SR, Navas-Martin S. Coronavirus Pathogenesis and the Emerging Pathogen Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus. *Microbiol Mol Biol Rev*. déc 2005;69(4):635-64.
18. Institut Pasteur. Fiche maladie « Tout sur SARS CoV2 » publié le 15 Dec 2020.
19. Malik YA. Properties of Coronavirus and SARS-CoV-2. avr 2020;42(9):3-11.
20. de Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*. août 2016;14(8):523-34.
21. Udugama B, Kadhiresan P, Kozlowski HN, Malekjahani A, Osborne M, Li VYC, et al. Diagnosing COVID-19: The Disease and Tools for Detection. *ACS Nano*. 28 avr 2020;14(4):3822-35.
22. Hasöksüz M, Kiliç S, Saraç F. Coronaviruses and SARS-COV-2. *Turk J Med Sci*. 50:549-56.
23. Yin Y, Wunderink RG. MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia: MERS, SARS and coronaviruses. *Respirology*. févr 2018;23(2):130-7.
24. Cauchemez S, Kiem CT, Paireau J, Rolland P, Fontanet A. Lockdown impact on COVID-19 epidemics in regions across metropolitan France. *The Lancet*. oct 2020;396(10257):1068-9.
25. République Française. « Communiqué de presse du 07 mai 2020 sur la baisse des consultations médicales ». (En ligne) <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/communiqué-de-presse-du-7-mai-2020>.
26. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. « Rapport de l'Assurance Maladie sur la baisse des consultations médicales en Pays de la Loire » (En ligne) Disponible sur <https://pays-de-la-loire-les-consultations-chèz-les-mèdecins-gèneralistes-en-baisse>.
27. Soline Roy pour Le figaro. Publié le 16 avril 2020. « Coronavirus : l'inquiétante baisse des consultations médicales en ville ». (En ligne). Disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/article/coronavirus-l-inquietante-baisse-desconsultations-medicales-en-ville/>.
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche médecins « Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de coronavirus ». (En ligne). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_teleconsultation-fiche-medecin.pdf.

29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche patients « Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de coronavirus ». (En ligne). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_teleconsultation-fiche-patient.pdf.
30. Doctolib. Publication du 10 avril 2020 « Doctolib dépasse le million de téléconsultations ». (En ligne). Disponible sur : <https://info.doctolib.fr/blog/covid19/2020/04/10/1-million-de-consultations-video/>.
31. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Communiqué de presse du 16 septembre 2020 « Téléconsultation, une pratique qui s'installe sur la durée ». (En ligne). Disponible sur <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf>.
32. République française. Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009, article 78. L6316-1 du code de la Santé Publique dite loi HPST « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». JORF n°0167 du 22 juillet 2009.
33. Haute Autorité de santé. « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Guides de bonnes pratiques ». (En ligne). Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques.
34. Agence Française de la santé numérique. Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine. Rapport et état des lieux de l'offre de service. Publié en mars 2019.
35. République Française. « Enquête de Vie Publique. La télémédecine, une pratique en voie de généralisation ». (En ligne). Disponible sur <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>.
36. République française. Loi n°2010-1229 du 19 octobre 2010. Article R. 6316-1 du code de la Santé Publique relatif à la définition des actes de télémédecine.
37. Hazebroucq DV. Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française.
38. Ministère de la Santé et des Sports. Rapport : La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. (En ligne). Disponible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf.
39. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. « Historique du déploiement de la télémédecine ». (En ligne). Disponible sur <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>.
40. Assurance Maladie. La téléconsultation.
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Le point sur la téléconsultation ». Publié le 27 janvier 2021.
42. Assurance Maladie. Avenant 6 de la convention médicale publiée le 15 septembre 2018.pdf.
43. Caisse nationale d'Assurance Maladie. « La téléconsultation ». (En ligne). Disponible sur <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>.
44. Haute Autorité de Santé. « Prise en charge de la téléconsultation. Accompagner les

- professionnels dans leur pratique ». (En ligne). Disponible sur <https://www.has-sante.fr/>.
45. République Française. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19.
 46. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Rapport au ministre chargé de la Sécurité Sociale. (En ligne). Disponible sur https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie_1_pdf.
 47. Haute Autorité de Santé. « Fiche mémo : mise en oeuvre de la téléconsultation et téléexpertise ». (En ligne). Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques.
 48. République Française. Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020. Article L.1111-2 du Code de la Santé Publique relatif à l'information du patient.
 49. République Française. Article R.6316-2 - Code de la Santé Publique relatif aux conditions de mise en oeuvre de la télésanté.
 50. Groupe de travail des MIT. Recommandations techniques aux médecins inspecteurs du travail sur le recours à des pratiques à distance par les services de santé au travail. Publié en mars 2020 par C. PIRON et J. CARBONELL.
 51. République Française. Décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021. Article L. 1226-1 du code du travail ainsi qu'aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19.
 52. République Française. Communiqué de presse du ministre de la santé M. Olivier Véran daté du 04 avril 2020 autorisant les consultations par téléphone.
 53. Haute Autorité de Santé. Avis provisoire. Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID 19 chez les patients à risque de formes sévères.
 54. République Française. Loi n°2021-1018 du 2 août 2021. Article L.4622-2 du Code du Travail relatif aux missions et organisations des SPST.
 55. Lecocq C, Dupuis B, Forest H. Rapport fait à la demande du Premier Ministre. Santé au travail : vers un système simplifié et une prévention renforcée. :174.
 56. Communiqué de Presse. « Pénurie de médecins dans l'Oise : Médisis inaugure sa solution de téléconsultation en santé au travail ». (En ligne) Disponible sur https://www.medisis.asso.fr/wp-content/uploads/2021/02/CPJJ_Telemedecine-Medisis.
 57. Hamadani DH, Hardouin MO, Legent DM. Livre des Actes. Journées Santé-Travail 56ème édition. La téléconsultation en santé travail : une réalité humaine augmentée; les 15 et 16 octobre 2019. 2019;4.
 58. Ministère du travail. Instruction du 17 mars 2020.

59. JP. Dewitte. 15 avril 2020. Avis relatif à la téléconsultation en santé au travail.
60. Ministère du travail. Arrêt du 16 octobre 2017 fixant le modèle de l'avis d'aptitude, d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et proposition de mesures d'aménagement de poste.
61. République Française. Décret n° 2020-459 du 11 mai 2020 fixant les conditions temporaires de prescription et de renouvellement des arrêts de travail par le médecin du travail.
62. Ministère du travail. Décret n°2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail.
63. République Française. Décret n°2021-707 du 3 juin 2021. Article R.6316-9 du code de la Santé Publique du code de la Santé Publique relatif aux conditions de mise en oeuvre de la télésanté.
64. République Française. Décret n°2021-707 du 3 juin 2021. Article R.6316-2 du code de la Santé Publique relatif aux conditions de mise en oeuvre de la télésanté.
65. Article de presse. « Le déploiement de la téléconsultation mobile ». (En ligne). <https://www.medaviz.com/comment-deployer-la-telemedecine-au-plus-pres-des-patients-sur-les-territoires/>.
66. L'enjeu de la démographie des médecins du travail - PRESANCE - Novembre 2021.pdf.
67. Article de Revue : santé et travail. Télémédecine du travail - des dérives illégales. Publié le 05 mars 2020 par Clotilde DE GASTINES et François DESRIAUX.

AUTEUR(E) : Nom : CIPRIANI

Prénom : Sara

Date de soutenance : lundi 26 juin 2023, 18 heures

Titre de la thèse : Étude de pratiques : utilisation de la téléconsultation dans les services de prévention et santé au travail pendant la pandémie de COVID-19 et perspectives

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : *Médecine et santé au travail*

DES + FST/option : *Médecine et santé au travail*

Mots-clés : téléconsultation, COVID-19

Résumé :

CONTEXTE

La fin de l'année 2019 fut marquée par l'émergence du virus de la COVID-19. Contagieux et très souvent asymptomatique, sa propagation dans la population a pu être freinée en limitant les contacts entre les individus. La situation d'urgence sanitaire n'a pas laissé d'autre choix aux SPST que de s'adapter malgré une législation floue.

OBJECTIF

Évaluer le recours à la téléconsultation (TLC) par les SPST pour le suivi de santé des travailleurs pendant la pandémie de COVID-19.

MATERIEL & METHODE

Etude quantitative des informations relatives à l'activité des SPST inter-entreprises remontées aux DREETS (de mars 2020 à avril 2021) ; puis quantitative descriptive avec le recueil direct auprès de professionnels santé au travail de la métropole de leurs pratiques en matière de TLC sur cette même période, par le biais d'un auto-questionnaire en ligne.

RESULTATS

Nous avons récolté 458 réponses à ce questionnaire, dont 387 réponses complètes.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire a permis d'assurer un suivi minimum de la santé des travailleurs. Son utilisation tend à se perpétuer avec la loi de modernisation des SPST publiée au JO le 02 aout 2021.

Composition du Jury :

Président : Pr Annie SOBASZEK (PU-PH)

Assesseurs : Pr Sébastien HULO (PU-PH), Pr Pierre Marie Wardyn (MCU)

Directeur de thèse : Pr Sophie FANTONI-QUINTON (PU-PH), Dr Corinne PIRON